



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TICIANE RODRIGUES DA SILVA

**INVESTIGANDO MUDANÇAS A PARTIR DA AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA:
ESTUDO DE CASO COM UMA MULHER COM DOR CRÔNICA**

FORTALEZA
2025

TICIANE RODRIGUES DA SILVA

**INVESTIGANDO MUDANÇAS A PARTIR DA AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA:
ESTUDO DE CASO COM UMA MULHER COM DOR CRÔNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Linha de pesquisa: Processos psicosociais e vulnerabilidades sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Lucila Moraes Cardoso.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S584i Silva, Ticiane Rodrigues da Silva.
Investigando mudanças a partir da Avaliação Terapêutica: estudo de caso com uma mulher com dor crônica. / Ticiane Rodrigues da Silva Silva. – 2025.
129 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2025.
Orientação: Profa. Dra. Lucila Moraes Cardoso.
1. Dor crônica; . 2. Avaliação Psicológica; . 3. Saúde da Mulher. I. Título.
- CDD 150
-

**INVESTIGANDO MUDANÇAS A PARTIR DA AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA:
ESTUDO DE CASO COM UMA MULHER COM DOR CRÔNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Linha de pesquisa: Processos psicossociais e vulnerabilidades sociais.

Aprovada em: 22/05/2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lucila Moraes Cardoso (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Fabiano Koich Miguel
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Prof. Dr. Emanuel Meireles Vieira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Agradecimentos

Sempre soube que esta seria a parte mais difícil — não por falta de motivos ou pessoas a quem agradecer, mas porque me vejo realizando um objetivo que, por diversas vezes ao longo desses dois anos, duvidei que conseguiria concretizar.

A Jesus, meu melhor amigo, Pai e Salvador. Obrigada, Paizinho, por ter me revelado tão cedo o verdadeiro amor de Pai e por me resgatar todas as vezes em que achei que não conseguiria continuar.

Aos meus pais, Socorro e Farias, por me ensinarem valores inestimáveis como a honestidade e a dedicação aos estudos. Em especial, à minha mãezinha, que desde cedo se dedicou ao trabalho em casas de família para que nunca faltasse alimento à nossa mesa. Você é a mulher mais forte que conheço: amo-te para sempre.

Ao meu noivo, Wagner, por me ensinar que o amor pode ser leve e saudável. Obrigada por ser meu companheiro e por querer compartilhar sua vida comigo. Quando você chegou, eu não estava pronta, e mesmo assim, pacientemente, você esperou. Amo-te.

Às minhas irmãs, Kátia, Katiana, Tatiana e Tatiane, por serem minha base, por terem cuidado de mim com tanto carinho quando eu era pequena e por continuarem se dedicando ao meu bem-estar até hoje.

Aos meus sobrinhos, Sthefany, Matheus, Yasmin, Ester e Joaquim, por terem chegado à minha vida e a tornarem mais alegre todos os dias.

Aos meus pets, Biscoito e Zack, pelas travessuras que me fazem rir e pelos desafios que me proporcionam, inclusive nos horários de estudo.

Às minhas amigas do hospital: Adryelle, Aiala, Alexia, Eliene, Emanuella, Karol, Agno, Talita e Leide, por me escutarem, me apoiarem e por serem ombros amigos em todas as vezes que chorei aperreada por causa da dissertação e não foram poucas.

À minha cliente, Fátima, que possibilitou a realização deste trabalho, por me permitir escutá-la e conhecer mais sobre sua história e sua fé.

À Darla, Renata Barreira e ao núcleo de Psicologia do Hospital Instituto Doutor José Frota por terem me apoiado e por terem acreditado em mim.

À professora Lucila, que desde 2017 me permitiu acompanhar sua forma de trabalho, sempre marcada pela ética e por um jeito muito singular de conduzir suas atividades. Obrigada por ter sido apoio quando precisei, por me escutar com atenção e por estar presente durante essa caminhada. Sua orientação e conselhos foram fundamentais para que este trabalho acontecesse.

Às amigas do Leapsi: Jamille, Fernanda e Carol, por me ensinarem tanto sobre a vida acadêmica e por serem uma base de apoio e afeto ao longo dessa trajetória.

À professora Thicianne, por compartilhar comigo sua forma de ensinar se atentando aos detalhes e a singularidade de cada aluno.

Ao grupo de supervisão de Avaliação Terapêutica do Leapsi, por ouvirem, apoiarem e compartilharem suas ideias jovens, criativas e sensíveis durante nossas reuniões. Obrigada também por me encorajarem durante o processo de AT. Vocês são potentes!

Aos professores Dr. Emanuel e Dr. Fabiano, minha profunda gratidão pela escuta atenta, pelas considerações sensíveis e contribuições valiosas feitas com tanto respeito e delicadeza. Obrigada por acolherem este trabalho com generosidade e por contribuírem de forma tão significativa para a minha formação. Levarei comigo esse momento com muito carinho e admiração.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [CAPES], pelo fomento à formação de recursos humanos qualificados no país e pelo apoio concedido durante o desenvolvimento desta pesquisa.

A cada jovem que vive nas periferias de Fortaleza que encontram na educação uma possibilidade para transformar a si e a sua realidade. Vocês são admiráveis!

A cada pessoa que, de alguma forma, fez parte dessa caminhada, meu mais sincero agradecimento. Este trabalho carrega muito mais do que referências e resultados; ele concentra afetos, encontros, dúvidas, escutas e coragens. Não cheguei até aqui sozinha, e reconheço em cada gesto, palavra e presença uma contribuição essencial para a realização deste sonho.

“O que você quer ser quando crescer?”

Resposta do menino: “Eu quero ser feliz”.

(Charlie Mackesy, O Menino, a Raposa, a Toupeira)

Resumo

Avaliação Terapêutica (AT) é um processo semiestruturado e colaborativo que pode proporcionar mudanças terapêuticas significativas na percepção de si e na melhora nos sintomas relacionados ao sofrimento psíquico dos clientes. O presente estudo teve como objetivo analisar como a AT pode contribuir nos sintomas depressivos, ansiosos e na percepção da dor em uma mulher que possui o diagnóstico de dor crônica. Trata-se de uma pesquisa de séries temporais de caso único, estruturada em três fases, a saber, linha de base, intervenção e acompanhamento, a partir da construção colaborativa de Índices de Medidas Diárias (IMD) sendo estes tristeza, ansiedade e percepção da dor. Foram realizados diferentes tipos de análises. Inicialmente, calculou-se as análises descritivas por meio do programa R Studio. Em seguida, utilizou-se o programa estatístico Simulation Modeling Analysis (SMA) para a análise de correlação por meio do coeficiente r de Pearson, com suporte do método bootstrap (5000 interações). Posteriormente, realizou-se uma análise de tendência por fase empregando a regressão de Mínimos Quadrados Ordinários no software R. Além disso, aplicou-se o teste t de Student para comparar as médias entre as fases. Por fim, foi calculado o efeito da intervenção por meio do tamanho de efeito d de Cohen. Os resultados indicaram uma redução significativa nos níveis de tristeza ao longo da intervenção, associada a menor variabilidade emocional. A ansiedade também apresentou declínio e maior estabilidade, destacando a interconexão entre sofrimento psíquico e dor crônica. Não houve mudança no índice de percepção da dor. A cliente relatou ganhos qualitativos, como maior funcionalidade, melhora do sono e envolvimento social. Os achados sugerem que a AT contribuiu para a regulação emocional e a ressignificação da experiência da cliente, promovendo autoconhecimento e melhora na sua qualidade de vida. Estudos futuros podem explorar a AT em amostras ampliadas e em conjunto com outras abordagens terapêuticas.

Palavras-chave: Dor crônica, avaliação psicológica, saúde da mulher

ABSTRACT

Therapeutic Assessment (TA) is a semi-structured, collaborative process that can provide significant therapeutic changes in self-perception and improvement in symptoms related to psychological distress. The present study aimed to analyze how TA can contribute to depressive and anxious symptoms and pain perception in a woman who has been diagnosed with chronic pain. This is a single-case time series study, structured in three phases: baseline, intervention and follow-up, based on the collaborative construction of daily measurement indices (DMI). The indicators selected collaboratively between client and therapist were sadness, anxiety and pain perception. Descriptive analyses were performed using the R Studio program. Then, the statistical program Simulation Modeling Analysis (SMA) was used for correlation analysis using Pearson's r coefficient, supported by the bootstrap method (5000 interactions). Subsequently, a trend analysis by phase was performed using Ordinary Least Squares regression in the R software. In addition, Student's t-test was applied to compare the means between the phases. Finally, the effect of the intervention was measured using Cohen's d effect size. The results indicated a significant reduction in sadness levels throughout the intervention, associated with less emotional variability. Anxiety also showed a decline and greater stability, highlighting the interconnection between psychological distress and chronic pain. Although the reduction in pain was not statistically significant, a trend towards improvement was observed post-intervention. In addition, the client reported qualitative gains, such as greater functionality, improved sleep, and social engagement. The findings suggest that AT contributed to emotional regulation and the resignification of the client's experience, promoting self-knowledge and improving quality of life. However, limitations such as the absence of a control group. Future studies can explore AT in larger samples and in conjunction with other therapeutic approaches.

Keywords: Chronic pain, psychological assessment, women's health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychological Association
AP	Avaliação Psicológica
ARIMA	AutoRegressive Integrated Moving Average
AT	Avaliação Terapêutica
BAI	Escala de Ansiedade Beck (Beck Anxiety Inventory)
BDI-II	Inventário de Depressão Beck – versão II (Beck Depression Inventory – II)
BFP	Bateria Fatorial de Personalidade
BHS	Escala de Desesperança Beck (Beck Hopelessness Scale)
BPI	Inventário Breve de Dor (Brief Pain Inventory – versão reduzida)
BSS	Escala de Ideação Suicida Beck (Beck Suicidal Scale)
CIS	Indivíduo cuja identidade de gênero corresponde ao sexo atribuído ao nascimento
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID-11	Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EPSUS-A	Escala de Percepção do Suporte Social – versão adulta
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor (International Association for the Study of Pain)
IMC	Índice de Magnitude de Mudança
IMD	Índices de Medidas Diárias
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física (International Physical Activity Questionnaire)
IJF	Hospital Instituto Doutor José Frota
Leapsi	Laboratório de Estudos e Práticas em Avaliação Psicológica
MIS	Magical Ideation Scale (Escala de Ideação Mágica)
OLS	Regressão de Mínimos Quadrados Ordinários
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor (2012)
PEPSIC	Períodos Eletrônicos em Psicologia

R-PAS	Sistema de Avaliação de Performance de Rorschach
R Studio	Software para análise estatística
Satepsi	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SMA	Análise de Modelagem de Simulação (Simulation Modeling Analysis)
SRQ-20	Self-Reporting Questionnaire (Questionário de auto-relato)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
T	Teste t de Student
UFC	Universidade Federal do Ceará
UECE	Universidade Estadual do Ceará
VPI	Violência por Parceiros Íntimos
WAI	Inventário de Aliança Terapêutica

+Sumário

Introdução	17
Fundamentação Teórica	23
Avaliação Terapêutica	23
<i>A dor sobre diferentes perspectivas</i>	33
Objetivos	46
Objetivo Geral	46
Objetivos Específicos	46
Método	47
Delineamento da pesquisa	47
Participante.....	48
Local.....	49
Instrumentos	49
Instrumentos utilizados na sessão prévia	50
Questionário Sociodemográfico	50
Self Report Questionnaire	50
Magical Ideation Scale	51
Escala de Percepção do Suporte Social – versão adulta.....	53
Inventário Breve de Dor	54
Escala de Depressão de Beck	55
Escala de Desesperança de Beck	56
Escala de Ideação Suicida de Beck	57
Escala de Ansiedade Beck (BAI)	58
Indicadores de Medidas Diárias	59
Instrumentos utilizados durante o processo.....	60
Bateria Fatorial de Personalidade.....	60

Casa, Árvore e Pessoa	61
Rorschach – Sistema de Avaliação por Performance	63
Procedimentos	65
Procedimentos Éticos.....	65
Coleta dos dados.....	66
Análise de dados.....	67
Resultados	70
Sessão prévia com a cliente	70
Sessão iniciais.....	71
Sessão de testes padronizados	73
Sessão de Intervenção	75
Sessão de Resumo e Discussão	77
Sessão de Acompanhamento	79
Comparativo pré e pós-intervenção no Método JT	80
Resumo da progressão pelos IMD.....	82
Índice Tristeza	83
Índice Ansiedade	85
Índice Dor.....	86
Discussão.....	90
Índice Tristeza	90
Índice Ansiedade	96
Índice Dor.....	102
Considerações Finais	107
Referências.....	110
Apêndices	118
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	119
Apêndice B – Questionário Sociodemográfico	121

Apêndice C – Termo de Autorização Audiovisual.....	122
Anexos	123
Anexo A – Self Report Questionnaire.....	124
Anexo B – Magical Ideation Scale.....	125
Anexo C – Inventário Breve de Dor – forma reduzida.....	126
Anexo D – Parecer do CEP da Universidade Federal do Ceará	127
Anexo E – Parecer do CEP do Instituto Dr. José Frota.....	129

Introdução

A proposta de estudo aqui apresentada ocorreu a partir de reflexões a respeito das possibilidades da Avaliação Terapêutica (AT) ser realizada com públicos distintos, como crianças, adolescentes, adultos e idosos. Do ponto de vista pessoal, essa proposta revela um desejo de refletir sobre os processos de AT, que compreende sua estrutura, alcance, potencialidades e desafios. Somado a isso, a delimitação do tema surgiu com a escuta psicológica de mulheres que fazem acompanhamento multiprofissional para dor crônica, durante o percurso como residente do Programa de Residências em Saúde em Urgência e Emergência entre os anos de 2021 e 2023.

A escolha pelo processo de AT ocorreu por ser um modelo de avaliação psicológica colaborativo, interventivo, semiestruturado e previamente planejado em seis passos terapêuticos, sendo estes: 1) formulação das perguntas avaliativas pelo cliente, 2) seleção e aplicação dos instrumentos de forma padronizada, 3) resumo e discussão, 4) sessões de intervenção, 5) sessão de devolutiva e escrita da carta e 6) sessões de acompanhamento. A estrutura da AT beneficia os clientes, favorece uma compreensão mais aprofundada dos aspectos subjetivos envolvidos no processo terapêutico e pode facilitar o avaliador a compreender as etapas da AT (Finn, 2017).

Os efeitos da AT têm sido investigados em diferentes contextos clínicos, especialmente em estudos com adultos os quais demonstraram que essa abordagem contribui para a diminuição da sintomatologia e do sofrimento psíquico, especialmente sintomas relacionados à ansiedade e à depressão, além de favorecer o aumento da autoestima (Aschieri & Smith, 2012; Durosini & Aschieri, 2021; Finn & Tonsager, 1992; Newman & Greenway, 1997; Smith et al., 2010; Tarocchi et al., 2013). Os resultados desses estudos evidenciam os benefícios da AT associados a princípios como colaboração, acolhimento, empatia e compaixão.

A aliança terapêutica, também central nessa abordagem, desempenha um papel essencial ao promover mudanças emocionais e cognitivas que influenciam a forma como o indivíduo age e se relaciona com o ambiente. Essa valorização da relação terapêutica é amplamente reconhecida por Rogers (1976) e Fischer (2003), bem como por outros autores vinculados à perspectiva humanista. Embora a AT, conforme proposta por Finn (2007/2017), seja inspirada por esses referenciais, sua aplicação não requer a adoção exclusiva da base humanista, podendo ser integrada a diferentes abordagens clínicas, desde que respeite seus princípios fundamentais.

A AT tem como princípios tornar a experiência da avaliação respeitosa, curiosa, aberta e ativa favorecendo mudanças consideradas positivas pelos clientes (Finn, 2007/2017); Villemor-Amaral & Scortegagna, 2018). Essas transformações estão relacionadas à maneira como o cliente passa a refletir sobre si mesmo e sobre seus problemas a partir de uma nova perspectiva. Vale destacar que os efeitos terapêuticos promovidos pela AT podem ocorrer de forma gradual e não linear, o que caracteriza a AT como uma abordagem potente e intervenciva (Newman & Greenway, 1997; Smith, 2010; Aschieri & Smith, 2012; Tarocchi, 2013; Smith, 2015; Aschieri, 2021). Considerando o potencial para transformações subjetivas da AT, torna-se relevante ampliar as investigações para cenários de sofrimento complexo, como o vivenciado por pessoas com dor crônica.

A dor crônica é definida como aquela que persiste por um período superior a três meses, muitas vezes indo além do tempo esperado para recuperação após uma lesão ou evento agudo (Faria, 2021). Pode ser causada por uma variedade de condições, como doenças inflamatórias, distúrbios musculoesqueléticos, neuropatia, entre outros. Além disso, é caracterizada por uma interação complexa entre fatores físicos, emocionais e sociais, sendo profundamente influenciada pela experiência subjetiva de cada indivíduo (Melzack & Wall, 1995; IASP, 2020; Faria, 2021). Essa condição pode resultar em sofrimento significativo,

afetando a qualidade de vida, as relações sociais e a funcionalidade diária do paciente, o que demanda intervenções que considerem essas múltiplas dimensões e sejam sensíveis à experiência única de cada pessoa por ela acometida (Kreling et al., 2006; Traue et al., 2009; Feio, 2017; Faria, 2021).

A dor crônica se configura como um grave problema de saúde pública, com elevados custos sociais e econômicos e, frequentemente, associada a transtornos depressivos e ansiosos, ideação suicida e dificuldades de integração social, o que evidencia sua complexidade clínica e os múltiplos desdobramentos psicossociais (Castro et al., 2021; Aguiar et al., 2021; Santos & Oliveira, 2022). Apesar de sua expressiva relevância no cenário da saúde (Ministério da Saúde, 2022), ainda são escassas as investigações que aprofundem o papel das abordagens psicológicas no manejo da dor crônica.

Estudos indicam uma relação entre dor crônica e fatores psicológicos, como ansiedade, depressão e transtornos somatoformes (Faria, 2021). Fatores sociais também influenciam na experiência de dor crônica, uma vez que a vulnerabilidade social pode afetar o diagnóstico precoce, a percepção do suporte social e o acesso ao tratamento medicamentoso (Carmo & Guizardi, 2018). Embora o uso de medicamentos represente um recurso essencial no alívio da dor, nem todos os pacientes apresentam uma resposta satisfatória a esse tipo de intervenção, o que reforça a necessidade de abordagens que considerem a complexidade e a multidimensionalidade do fenômeno doloroso (Faria, 2021). Considerando que a dor é uma experiência subjetiva, profundamente influenciada por fatores emocionais, cognitivos e sociais (Melzack & Wall, 1995; IASP, 2020), é natural que haja variações nas respostas dos indivíduos frente às diferentes formas de intervenção no manejo da dor crônica.

Diante dessa complexidade, o gênero tem sido identificado como uma variável importante em alguns estudos sobre a dor crônica, com evidências sugerindo que a experiência de dor e a busca por tratamento podem variar de acordo com diferentes

identidades de gênero. O presente estudo adota um recorte de gênero, com foco nas mulheres, em parte devido à experiência adquirida no atendimento em ambulatório durante a residência multiprofissional, no qual foi observada uma maior procura por parte das mulheres para o tratamento da dor crônica e sintomas associados. Esse dado empírico é corroborado pela literatura que mostra a tendência feminina de buscar atendimento ambulatorial para o tratamento da dor crônica (Kreling et al., 2006; Feio, 2017; Ministério da Saúde, 2017). No entanto, é importante destacar que os estudos existentes sobre o tema ainda são limitados, e as generalizações sobre a prevalência de busca por atendimento em um determinado gênero devem ser feitas com cautela.

A partir dessa análise, o trabalho se estrutura em dois eixos de fundamentação teórica. O primeiro abordará a AT como uma estratégia para ressignificar a experiência da dor crônica, enfatizando seu caráter colaborativo e intervencivo no processo avaliativo. O segundo, discutirá a dor crônica desde sua fisiopatologia até suas implicações psíquicas, fundamentando-se nas perspectivas psicanalíticas de Freud e Nasio. A escolha por essa abordagem teórica justifica-se pela necessidade de compreender a dor para além de seus aspectos físicos, reconhecendo-a também como uma manifestação subjetiva permeada por fatores emocionais e simbólicos.

A AT se propõe a facilitar reflexões e promover mudanças terapêuticas por meio do engajamento ativo da cliente, enquanto a psicanálise possibilita um aprofundamento na compreensão dos significados inconscientes da dor e suas determinações psíquicas. Ao integrar essas perspectivas, busca-se um diálogo que amplie a compreensão sobre a experiência dolorosa e favoreça intervenções mais eficazes, considerando tanto os aspectos conscientes quanto os processos inconscientes envolvidos no sofrimento crônico.

Nessa perspectiva, o objetivo geral do presente trabalho é analisar como a AT pode contribuir para a diminuição dos sintomas depressivos, ansiosos e na percepção da dor em

uma mulher com diagnóstico de dor crônica. Esse objetivo se fundamenta nas evidências teóricas e empíricas que associam a AT à promoção de mudanças subjetivas significativas (Aschieri & Smith, 2012; Finn, 2007/2017; Smith et al., 2010) e no entendimento da dor crônica como um fenômeno multifatorial que exige abordagens integrativas (Gatchel et al., 2007; Turk & Monarch, 2002; Faria, 2021).

Para desdobrar essa análise, definem-se os seguintes objetivos específicos: 1) investigar se houve diminuição dos sintomas de ansiedade em uma mulher com diagnóstico de dor crônica que participou de um processo de AT. Esse objetivo dialoga com a literatura que destaca a eficácia da AT na redução de sintomas emocionais e no fortalecimento de recursos psicológicos para lidar com experiências adversas (Finn & Tonsager, 1992; Newman & Greenway, 1997); 2) averiguar se houve redução dos sintomas depressivos em uma mulher com diagnóstico de dor crônica que vivenciou um processo de AT. A literatura aponta que indivíduos com dor crônica frequentemente apresentam sintomas depressivos que podem ser intensificados pela vivência prolongada da dor e pela percepção de perda de controle sobre a própria saúde (Feio, 2017; Faria, 2021); e 3) avaliar se houve melhora na percepção dos sintomas da dor em uma mulher com diagnóstico de dor crônica a partir de um estudo de caso. Estudos indicam que a dor não é apenas uma experiência fisiológica, mas também um fenômeno subjetivo, influenciado por fatores emocionais e cognitivos (Gatchel et al., 2007). Ao considerar o sofrimento do cliente em sua totalidade, a AT pode contribuir para a ressignificação da dor, impactando sua percepção e manejo.

Para responder ao objetivo foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso com avaliação pré e pós-intervenção e desenho de séries temporais utilizando os Índices de Medidas Diárias (IMD) a partir da linha de base, acompanhamento e pós-intervenção. A escolha por um estudo de caso único se justifica pela necessidade de uma abordagem aprofundada e detalhada para compreender os efeitos da AT na experiência da dor

crônica. Estudos de caso são particularmente adequados para investigações exploratórias e interventivas, permitindo uma análise minuciosa das transformações ocorridas ao longo do processo terapêutico (Yin, 2015).

O desenho de séries temporais contribui para a avaliação da evolução dos sintomas ao longo do tempo, possibilitando a identificação de padrões de mudança decorrentes da intervenção. Esse modelo permite observar tendências individuais, oferecendo evidências mais robustas sobre a relação entre a AT e variações nos sintomas depressivos, ansiosos e na percepção da dor por meio dos IMD. Essa abordagem idiográfica é especialmente útil no contexto clínico, pois respeita a singularidade da experiência da dor e proporciona uma análise detalhada das respostas à AT (Smith et al., 2010; 2015; Durosini et al., 2017).

Para a análise dos dados, foi adotado um conjunto de estratégias estatísticas com o objetivo de explorar e interpretar os resultados de forma abrangente. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas utilizando o software RStudio, a fim de caracterizar as variáveis investigadas. Em um segundo momento, recorreu-se ao programa Simulation Modeling Analysis (SMA), por meio do qual foram examinadas correlações utilizando o coeficiente de Pearson, com apoio do método bootstrap (5.000 interações), que confere maior robustez aos achados. A seguir, foi conduzida uma análise de tendência por fase com base na técnica de regressão dos Mínimos Quadrados Ordinários, também no R. Para investigar possíveis diferenças entre as fases, aplicou-se o teste *t* de Student. Por fim, o impacto da intervenção foi mensurado por meio do cálculo do tamanho de efeito, utilizando o índice *d* de Cohen.

Fundamentação Teórica

Avaliação Terapêutica

A AT é um processo avaliativo e colaborativo, no qual, o cliente é convidado a adotar uma postura ativa e curiosa a fim de responder às perguntas que tem sobre si. Tem como objetivo possibilitar mudanças consideradas positivas na vida das pessoas, além de propiciar a redução de sofrimento psíquico, a ressignificação de experiências, assim como melhora na autoestima e aumento de expectativa quanto ao futuro (Finn, 2007/2017). A AT foi desenvolvida a partir de verificações práticas e clínicas realizadas pelo psicólogo Stephen Finn e por um grupo de colaboradores, nos Estados Unidos e posteriormente expandida para Europa e Japão.

A AT é fundamentada em princípios humanísticos e fenomenológicos, priorizando a experiência subjetiva, a autodeterminação e o potencial de crescimento pessoal do indivíduo. Esses princípios também orientam a AT, que se diferencia das abordagens tradicionais de avaliação psicológica ao se estruturar como um processo colaborativo. Nesse modelo, a pessoa avaliada é um participante ativo na construção do conhecimento sobre si mesma (Finn, 2007/2017).

No que se refere à fenomenologia, a AT compartilha o interesse pela compreensão da experiência vivida do indivíduo. Essa abordagem busca acessar os significados subjetivos que a pessoa atribui às suas dificuldades e à sua trajetória de vida (Finn & Tonsager, 1997). Esse processo ocorre por meio de um diálogo que privilegia a escuta ativa, a construção conjunta de hipóteses e a devolutiva reflexiva, aproximando-se da perspectiva fenomenológica ao considerar a percepção do avaliado como ponto central da intervenção (Finn & Tonsager, 1997). Além disso, Finn (2003) destaca que a comunicação terapêutica na AT não tem apenas um caráter interpretativo, mas também transformador, possibilitando que a pessoa avaliada ressignifique suas vivências e desenvolva um novo olhar sobre si mesma.

A AT compartilha elementos fundamentais também da aliança terapêutica descrita por Fischer (2000), especialmente no que se refere ao estabelecimento de uma relação de confiança entre terapeuta e cliente. A construção dessa aliança favorece o engajamento no processo avaliativo e potencializa os efeitos terapêuticos da avaliação, reforçando a ideia de que a AT não é apenas um meio de coleta de informações, mas também uma ferramenta de mudança psicológica. Fischer (2017) destaca que a qualidade da relação entre terapeuta e cliente influencia diretamente os resultados da intervenção, sendo um fator determinante para o desenvolvimento de *insights* e mudanças significativas. Dessa forma, a AT se estabelece como um método flexível e integrativo, permitindo que profissionais de distintas perspectivas teóricas utilizem seus recursos para promover reflexões e transformações na vida dos indivíduos avaliados.

Embora a AT esteja fundamentada em princípios humanistas e fenomenológicos, sua aplicação não está restrita a terapeutas que sigam exclusivamente essas abordagens teóricas. O modelo pode ser conduzido por psicólogos de diferentes orientações, desde que sejam preservados seus princípios essenciais, como colaboração, respeito, humildade, compaixão, abertura e curiosidade (Finn, 2007/2017; Villemor-Amaral & Resende, 2018).

O princípio da colaboração, conceito tão importante e elencado na AT, refere-se a como o terapeuta e o cliente se colocam, isto é, as suas implicações, pois entende-se que os resultados são mais úteis quando os clientes estão engajados no processo. O princípio do respeito está na postura do terapeuta. Tharinger et al. (2013) afirmam que os clientes são considerados os especialistas sobre suas vidas, dessa forma, cabe ao terapeuta ter uma postura aberta para ouvir as narrativas de vida dos clientes.

A humildade consiste no terapeuta reconhecer seus limites, seus preconceitos e compreensão de que não poderá entender completamente o funcionamento do outro a partir de sua prática. A compaixão promove no cliente a compaixão por si, o que abre espaço para

as mudanças acontecerem. A abertura e a curiosidade de forma genuína são os valores que podem inspirar o cliente a ver a si mesmo e às suas circunstâncias de vida de uma nova maneira (Tharinger et al., 2013).

O processo de AT é semiestruturado em seis passos, em que cada passo tem um objetivo específico planejado para viabilizar benefícios terapêuticos diretos ao cliente. O primeiro passo são as “sessões iniciais” que consistem em escutar de forma ativa e atenta o cliente e ajudá-lo a construir as perguntas que tem sobre si, isto é, são questionamentos que envolvam dúvidas, incertezas ou dificuldades percebidas ao longo da vida. Essas perguntas que serão o foco da avaliação (Villemor-Amaral & Resende, 2018). De acordo com Finn (2007/2017), esse momento inicial ocorre em uma ou duas sessões, além disso, o terapeuta obterá informações sobre o funcionamento dinâmico do cliente, bem como quais são as suas dúvidas sobre a avaliação, suas ansiedades e expectativas.

A elaboração conjunta entre terapeuta e cliente tende a contribuir para a diminuição da ansiedade e o fortalecimento autorreflexivo e de vínculo, aumentando o impacto terapêutico das avaliações (Finn, 2007/2017; Silva et al., 2021). Nessa etapa, é importante que o cliente se sinta acolhido, que suas demandas sejam respeitadas e aceitas. Além disso, é fundamental que o terapeuta esteja atento para entrar apenas em questões que possam ser respondidas ao método da AT (Scaduto et al., 2019).

O passo seguinte consiste na aplicação padronizada dos instrumentos psicológicos. É orientado que sejam escolhidos instrumentos de autorrelato e projetivos baseados nas perguntas formuladas (Finn, 2007/2017). Nessa etapa, é importante combinar métodos de autorrelato e projetivos, pois os resultados dos instrumentos podem fornecer dados que se complementam e enriquecem a avaliação (Villemor- Amaral & Resende, 2018).

Acredita-se que os testes de autorrelato avaliam o modo como as pessoas pensam, sentem e se comportam diante de situações mais estruturadas. Finn (2007/2017) afirma que a

aplicação desses testes tende a diminuir a ansiedade por apresentar conteúdos mais familiares ao cliente. Contudo, os métodos projetivos, que são menos estruturados e com estímulos mais abrangentes que demandam interpretações singulares, possibilitam conhecer aspectos menos conscientes e carregados de afetividade, sendo mais facilmente acessíveis por meio de imagens ambíguas (Finn, 2012; Smith & Finn, 2014).

Destaca-se que não existe uma predefinição ou uma lista dos testes a serem utilizados. A escolha dos instrumentos ocorre a partir do conhecimento teórico, técnico e da experiência do terapeuta e das demandas apresentadas em cada caso (Finn, 2007/2017; Scaduto et al., 2019). A escolha dos instrumentos precisa estar interligada com as questões do cliente e que façam sentido para ele. Ainda, pode ocorrer um momento de inquérito estendido, no qual o terapeuta perguntaria sobre a experiência do cliente com a tarefa, atentando-se para eventos da avaliação que estejam relacionados às perguntas do cliente (Finn, 2007/2017).

O terceiro passo é a intervenção (Finn, 2007/2017). Esse momento é caracterizado pela exploração dos problemas vividos pelo cliente por meio de intervenções terapêuticas, nas quais podem ser utilizadas técnicas e recursos diversos para auxiliá-lo a encontrar respostas para suas perguntas iniciais (Finn, 2007/2017). Essa etapa exige do terapeuta uma posturaativa e criativa, pois o uso dos resultados dos testes não se limita a uma devolutiva padronizada, mas um trabalho dinâmico e personalizado (Finn, 2009; Tharinger et al., 2008).

A criatividade do terapeuta é essencial para traduzir os achados da avaliação em experiências que possam gerar reflexões significativas para o cliente (Finn, 2009; Tharinger et al., 2008). Isso pode envolver desde metáforas e narrativas até atividades expressivas e vivenciais que ressoem com a subjetividade do indivíduo (Smith & Finn, 2014). Dessa forma, os resultados dos testes podem ser utilizados de maneira inovadora, facilitando *insights* e promovendo mudanças no modo como o cliente percebe a si mesmo e suas dificuldades (Finn, 2007/2017). Com isso, as sessões de intervenção visam não apenas responder às

questões iniciais do cliente, mas também ampliar sua visão sobre si mesmo e descobrir novas formas de ser, pensar e agir (Giasson et al., 2023).

O quarto passo é o momento de resumo e discussão dos resultados encontrados até o momento no processo de AT. É nessa etapa que as perguntas para avaliação são respondidas diretamente, com base em todos os conteúdos que foram dialogados e trabalhados ao longo dos atendimentos (Villemor-Amaral & Resende, 2018). Os resultados obtidos são discutidos de acordo com a percepção que o cliente tem sobre seus questionamentos.

Finn (2007/2017) sugere que os resultados sejam apresentados a partir de três níveis de conhecimento que possam facilitar a compreensão do cliente sobre si. O primeiro diz respeito às informações que o cliente já tem sobre si, ou seja, que são do seu conhecimento, que estão na sua consciência. O segundo nível são aquelas informações que possam ampliar a visão que o cliente tem de si, isto é, de seu funcionamento. O último nível são informações mais complexas e desconhecidas para o cliente. São questões que usualmente conflitam com a imagem que o cliente tem de si. Dessa forma, a orientação é que essas informações sejam trabalhadas em processos terapêuticos de médio e de longo prazo.

O quinto passo é a síntese do processo, no qual, é elaborada uma carta que aborda as perguntas iniciais do cliente e os apontamentos construídos colaborativamente ao longo do processo. A ideia da produção de uma carta está atrelada ao entendimento de que a devolutiva por escrito combinado a devolutiva oral é superior do que àquelas que são devolvidas apenas oralmente (Finn, 2007/2017).

Villermor-Amaral e Resende (2018) consideram que essa forma de devolutiva é valiosa por ser um meio que o cliente pode acessar sempre que sentir necessidade, podendo propiciar um maior aprofundamento do entendimento a cada vez que for retomada. Contudo, ressalta-se que a Resolução do CFP 06/2019 que aborda a elaboração de documentos psicológicos não traz em seu cerne a modalidade de carta como documento. Assim, no Brasil,

além da carta que é uma proposta da AT, tem sido comum disponibilizar um laudo psicológico para o cliente.

Por fim, como último passo, são realizadas sessões de acompanhamento depois de um tempo que os atendimentos encerraram para ampliar a discussão sobre a avaliação e elucidar dúvidas que possam surgir após o processo (Finn, 2007/2017). Nessa etapa, terapeuta e cliente se reencontram para dialogar sobre as mudanças que ocorreram nas demandas apresentadas e quais caminhos e formas de soluções que foram encontradas pelo cliente. Essa etapa é muito rica, principalmente para clientes que não dão continuidade na psicoterapia.

Por ser um modelo semiestruturado de avaliação, a AT tem uma vasta aplicabilidade em relação ao público que pode participar, podendo ser utilizada com crianças, adolescentes, adultos, casais e famílias com as devidas adaptações necessárias considerando o período de desenvolvimento e as demandas de cada cliente. Além disso, pode ser utilizada em diferentes contextos como clínico, hospitalar, em situações de pesquisas, entre outros (Tharinger et al. 2012).

Quanto aos benefícios terapêuticos possibilitados pela AT, diferentes estudos como os de Finn e Tonsager (1992), Newman e Greenway (1997), Smith et al. (2010), Aschieri e Smith (2012), Tarocchi et al. (2013) e Durosini e Aschieri (2021) investigaram empiricamente que há efeitos e mudanças positivas para o cliente, por exemplo, a diminuição da sintomatologia/sofrimento psíquico, bem como resultados positivos nas variáveis autoestima, autoconsciência e empatia pelos outros. Além disso, há os estudos de Smith et al. (2009), Finn (2010), Aschieri e Smith (2012), Tarocchi et al. (2013), Durosini et al. (2017) e Lee (2018), entre outros, que investigaram a utilização da AT em diferentes cenários e com públicos diferentes.

A pesquisa de Smith et al. (2009) descreveu um estudo de caso no qual foi utilizado a AT, a partir de IMD e análise de séries temporais. Ele usou técnicas estatísticas para

examinar dados longitudinais com o objetivo de identificar padrões, tendências e possíveis efeitos decorrentes de intervenções, para verificar se haveria mudanças significativas nos sintomas apresentados pelo cliente. Dentre os resultados, destacou-se a melhora na qualidade das relações familiares e diminuição da sintomatologia do cliente (Smith et al., 2009).

Finn (2010) conduziu um estudo de caso em AT com um homem adulto que buscou ajuda por se sentir desorganizado e possuir dificuldades nos relacionamentos amorosos, além de acreditar ter o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O processo colaborativo da AT possibilitou o cliente a entrar em contato com as suas emoções e questionar esquemas mentais que foram construídos ao longo da sua história, principalmente, no que diz respeito ao diagnóstico de TDAH. Nesse caso, o processo de AT auxiliou o cliente a rever as suas “histórias sobre si próprio e o mundo” (Finn, 2010).

No trabalho de Aschieri e Smith (2012), os autores apresentaram um estudo de caso único com análise de séries temporais com uma mulher adulta que apresentava queixas relacionadas ao seu desempenho acadêmico, além de ter dificuldades para iniciar e manter relacionamentos afetivos. O resultado do estudo corroborou os benefícios terapêuticos da AT, proporcionando mudanças positivas como a diminuição dos sintomas relatados, possibilitando que a cliente reconhecesse os afetos que possui sobre si e pelos outros.

Tarocchi et al. (2013) apresentaram um estudo de caso com uma mulher que possuía o histórico de repetição de traumas interpessoais com frequentes crises de pânico, episódios de ansiedade e depressivos ao longo da vida. A cliente passou por todas as etapas da AT e, como resultado, observou-se a diminuição dos níveis de solidão, desespero e seus sentimentos de ansiedade.

Durosini et al. (2017) realizaram um estudo de caso com um homem que vivenciava processo de luto com sintomas depressivos e estresse pós-traumático. Os resultados mostraram que, durante o período de intervenção, houve aumento estatisticamente

significativo de seu sentimento referente à saudade de seus entes que partiram e ausência de mudança nos sentimentos de fracasso e solidão. Os autores mencionam que foram notadas melhorias, apesar dos valores não terem alcançado significância estatística, o que pode sugerir o início de uma melhora da gravidade dos sintomas do cliente durante a AT.

Foi realizado um estudo por Lee (2018) com uma cliente que apresentava desregulação emocional e emoções negativas, especialmente sentimentos de tristeza diante de situações em que era confrontada. Durante as sessões de avaliação e explicação dos resultados obtido com a aplicação dos instrumentos, foi realizado o inquérito estendido. A partir da discussão dos resultados, foi possível observar que a cliente não conseguia expor seus sentimentos, sentindo-se na maior parte do tempo sozinha e sobrecarregada. Nesse caso, AT possibilitou a cliente identificar os seus sentimentos e o contexto por trás de sua envolvido em contenção emocional.

No cenário brasileiro, pesquisas sobre AT também têm sido desenvolvidas e apresentam uma vasta aplicabilidade em diferentes contextos. Cita-se o trabalho pioneiro de Villemor-Amaral (2016), que discute as diferentes propostas da avaliação psicológica apresentadas por autores brasileiros e da AT. Posteriormente, publicações continuaram a explanar e aprofundar o tema, como é possível observar nas pesquisas de Fernandes et al. (2021), Giasson et al. (2023), Vieira (2021), Villemor-Amaral e Resende (2018) e Villemor-Amaral e Cardoso (2023).

Villemor-Amaral (2016) realizou um estudo para diferenciar as propostas de avaliações psicológicas terapêuticas publicadas por pesquisadores brasileiros e da AT até então publicada nos EUA. A pesquisadora abordou os procedimentos de avaliação psicológica, constatando que ainda é prevalente o modo mais tradicional da avaliação, principalmente ao que concerne ao psicodiagnóstico. Por fim, ressalta a originalidade, a

neutralidade teórica e estruturação da AT como aspectos que podem preencher as lacunas nos serviços públicos brasileiros relacionados à saúde mental.

Villemor-Amaral e Resende (2018) iniciam o trabalho apontando as fragilidades que nem sempre são evidenciadas quando se planeja um processo avaliativo de modelo tradicional. Com isso, o cliente pode não sentir os reais benefícios do processo enquanto potencializador de mudanças de si ou de aspectos relacionados a sua vida, além de, em algumas situações, a experiência da avaliação ser transformada em sentimentos negativos. Como uma proposta diferenciada da forma tradicional, foi apontado que a AT, devido ao seu caráter semiestruturado, colaborativo, intervencivo, usualmente, costuma produzir uma experiência terapêutica de forma imediata.

Fernandes et al. (2021) conduziram um estudo de caso com uma mulher adulta que apresentava como demanda aspectos relacionados à autoimagem, relacionamentos, além de queixas referentes a sentimentos de medo e preocupação excessiva. Os resultados do estudo apontaram benefícios terapêuticos da AT que proporcionaram maior autoconhecimento e autorreflexão, possibilitando mudanças em sua maneira de lidar com situações difíceis.

O estudo de caso com outra cliente mulher desenvolvido por Giasson et al. (2023) buscou compreender o potencial do uso dos testes psicológicos e da relação colaborativa da AT. Além disso, discutiu os resultados apresentados pela cliente atendida, como ampliação de sua autopercepção e modificações do modo de agir em seus relacionamentos amorosos, concluindo que a experiência terapêutica promovida pela AT possibilitou mudanças positivas. Além de artigos, dissertações de mestrado também vêm sendo produzidas nos últimos anos, por exemplo, as desenvolvidas por: Chicalski (2021), Fernandes (2019), Fernandes (2021), Giasson (2020), Ribeiro (2022) e Targino (2021).

A pesquisa de Chicalski (2021) objetivou estudar o processo da AT frente à queixa de ansiedade, com a participação de duas mulheres adultas que apresentavam essa queixa. As

análises e intervenções realizadas ao longo dos processos foram orientadas pela perspectiva da psicanálise e se observou a amenização de sintomas ansiosos nas duas clientes.

A dissertação de Fernandes (2019) objetivou identificar as contribuições da AT como recurso à promoção da saúde mental em professoras. Foram atendidas duas clientes e concluiu-se que o modelo de AT com adultos é adaptável ao contexto brasileiro, tendo ambas as participantes alcançado a redução dos sintomas iniciais e mudanças no modo de lidar com situações difíceis.

O estudo de Giasson (2020) também abordou professoras e teve por objetivo analisar como as estratégias da AT contribuem para o enfrentamento do sofrimento psíquico. Os resultados da pesquisa confirmaram que a AT de fato contribuiu para o enfrentamento do sofrimento psíquico, além de identificar que a relação terapêutica foi essencial para que o processo de AT obtivesse sucesso.

O estudo conduzido por Ribeiro (2022) com mulheres que vivenciaram Violência por Parceiros Íntimos, se propôs a investigar como a AT pode influenciar a autoestima de mulheres que passaram por tais vivências. Como resultados, observou-se a redução da sintomatologia referente a sofrimento psíquico e ao trauma vivenciado por essas relações, além do estímulo promovido pela AT a fatores de mudança. Targino (2021) buscou analisar, a partir de uma perspectiva feminista e pela abordagem histórico-cultural, os fenômenos expressos nas narrativas de mulheres atendidas em processos de AT, realizando uma análise de material audiovisual correspondente aos quatro processos.

Nesse conjunto de estudos, os benefícios da AT são associados aos seu princípios, bem como à colaboração durante todo o processo entre cliente e psicólogo. Ressalta-se que a capacidade da AT em promover mudanças, inclusive na diminuição do sofrimento, pode se relacionar não diretamente à amenização dos sintomas, mas em como o cliente passa a perceber a si mesmo (Newman & Greenway, 1997). Dessa maneira, no processo de AT,

observa-se que o psicólogo atua diretamente no intuito de aprofundar a percepção que o sujeito tem de si mesmo que, por vezes, para ele estão encobertas e são relacionadas com situações de vida que foram vivenciadas ao longo de sua história (Tharinger et al. 2013).

Nessa perspectiva, cumpre mencionar a relevância deste trabalho que relaciona a AT com a dor crônica, pois, em suma, a dor passa a ser vista como expressão de afetos, levando-se em conta as dimensões biopsicológicas que implicam sofrimento psíquicos e, notadamente, sintomas depressivos e ansiosos associados à dor, principalmente, de mulheres que vivenciam ou vivenciaram contextos de vulnerabilidade social (Feio, 2017; Messias et al. 2021; Rodrigues et al. 2020).

A dor sobre diferentes perspectivas

As pessoas toleram a dor de formas distintas. Enquanto umas podem ter dificuldades para suportar a dor de um pequeno corte, outras podem aguentar a dor provocada por lesões ou por traumas de maior gravidade. Assim, a capacidade de lidar com a dor varia de acordo com a personalidade, o humor e a maneira como cada indivíduo consegue manejar a sua experiência dolorosa (Faria, 2021).

A dor crônica, por sua vez, é caracterizada por persistir por mais de três meses, ultrapassando o tempo esperado de recuperação após um evento agudo (Faria, 2021; Ministério da Saúde, 2022). Suas causas podem ser diversas, incluindo processos inflamatórios, disfunções neuromusculares e fatores psicossociais. Trata-se, portanto, de um fenômeno multidimensional, cuja vivência é atravessada por aspectos físicos, emocionais e socioculturais (Faria, 2021; Kreling et al., 2006; Traue et al., 2009; Feio, 2017).

Historicamente, o fenômeno da dor esteve atrelado aos preceitos religiosos e espirituais, sendo àquelas pessoas que sentiam algum tipo de dor vistas como castigadas por uma divindade espiritual devido a algo de “errado” que haviam feito, o que gerava ainda

sofrimento e vergonha social (White & Stein, 2009). Com o avanço da medicina e, consequentemente, da produção dos fármacos para o alívio da dor, houve a necessidade de estimular as pesquisas sobre as implicações da dor na vida das pessoas.

De modo geral, a dor se refere à percepção de um sentimento ou a uma sensação que a pessoa pode descrever como irritativa, dolorosa, latente, persistente, pulsátil ou intolerável (Patel, 2009). Somado a isso, passa a ser vista como uma experiência desagradável associada ao dano real ou potencial da estrutura tecidual que engloba um conjunto de fatores que são sensoriais, emocionais e subjetivos (*International Association For The Study Of Pain*, 2019). Ela também é vista como uma doença pela Classificação Internacional de Doenças (CID-11), sendo classificada como dor primária, ligada a dor crônica em si, ou secundária, que envolve uma doença de base cujo um dos sintomas é a dor (Treede et al. 2015).

Essa definição se torna importante para a compreensão de que a dor não é necessariamente um dano físico no tecido lesionado, o que exclui a ideia de que pode ser explicada apenas pelos aspectos físicos e/ou fisiológicos (White & Stein, 2009). A natureza multidimensional da dor abarca elementos físicos; psicológicos/emocionais, que podem incluir sintomas depressivos, mudança de humor e apatia; fatores sociais, pois interferem nas relações, podendo levar ao isolamento e ao distanciamento social; e, por fim, aspectos espirituais, na alteração da relação das pessoas com suas crenças, valores e ao sentido da vida, podendo desenvolver sentimentos de desamparo e desesperança (Messias et al., 2020).

Nos estudos sobre a dor é necessário que além da compreensão acerca da polissemia da definição do fenômeno, também sejam consideradas algumas especificações que auxiliem na avaliação e tratamento da dor como tipificação, localização, origem, intensidade, entre outros. Segundo o Manual de Avaliação e Tratamento de Dor (2020), ela pode ser classificada a partir de seu mecanismo fisiopatológico: neuropática, nociplástica, nociceptiva ou mista; e, de acordo com seu tempo de evolução, pode ser considerada aguda ou crônica.

A dor neuropática é causada por alguma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial. Além disso, pode ter se originado por dano tecidual anterior e por efeitos do processo inflamatório decorrentes da lesão. Ainda, é caracterizada por ser uma sensação de queimação, peso, agulhadas, ferroadas ou choques, podendo ou não ser acompanhada de “formigamento” ou “adormecimento”, relacionada a diferentes patologias, como infecção por *herpes zoster*, diabetes, hanseníase, câncer, infecção pelo vírus da imunodeficiência (HIV) etc. (Manual de Avaliação e Tratamento de Dor, 2020; Ministério da Saúde, 2021).

A dor nociplástica ou psicogênica está relacionada a nocicepção alterada, quando não há nenhuma evidência de dano, sendo resultado de desregulação neuronal persistente, tendo como exemplos a fibromialgia, enxaqueca e síndrome do cólon irritável. É usual associar esse tipo de dor a quadros de depressão e ansiedade, com características imprecisas e difusas (Manual de Avaliação e Tratamento de Dor, 2020).

Já a dor nociceptiva está relacionada a um nociceptor periférico, de origem inflamatória podendo ser localizada. A nocicepção diz respeito a um receptor periférico que envia sinal causando a percepção da dor a um estímulo. A dor mista é a associação de mais de uma etiologia de dor, possuindo características da dor neuropática e nociplástica. Além de considerar a origem da dor, no Manual de Avaliação e Tratamento de Dor (2020) é mencionada a importância de se realizar a avaliação da dor considerando localização, irradiação, qualificação, intensidade e magnitude na vida das pessoas.

A partir da natureza da dor, foi criado em 2012, pelo Ministério da Saúde, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor (PCDT) que indica o tratamento medicamentoso para os diferentes tipos de dores, classificadas de acordo com uma escala de graus numéricos que correspondem a uma determinada combinação de medicamentos. No caso de dor nociceptiva ou mista são utilizados analgésicos, anti-inflamatórios e fármacos para o tratamento de condições que podem estar associadas, como antidepressivos e relaxantes

musculares. Caso os sintomas não diminuam após uma semana, com a utilização da dose máxima recomendada desses medicamentos, pode-se utilizar opioides fracos e fortes (Ministério da Saúde, 2012).

No tratamento da dor neuropática são utilizados antidepressivos tricíclicos, de forma isolada ou em combinação com antiepilepticos, ficando os opioides reservados apenas para pacientes que não respondem aos medicamentos mencionados. O PCDT também menciona que pacientes com qualquer tipo de dor devem recorrer a tratamentos não farmacológicos, por exemplo, a prática de atividade física, psicoterapia, terapia com calor local e fisioterapia, conforme a capacidade de cada um e sob orientação de profissional habilitado (Ministério da Saúde, 2021).

No que diz respeito à localização da dor, isto é, a região onde o paciente a sente, pode-se classificar como superior, inferior, esquerdo, direito, anterior e posterior. A irradiação segue o trajeto de uma raiz nervosa. Para realizar a qualificação da dor, solicita-se que o paciente descreva como a sua dor lhe parece e que tipo de emoção ou sensação ela lhe traz como: “essa dor é quente?”, “parecem como agulhadas?”. A intensidade da dor é resultado da interpretação geral dos seus aspectos sensoriais, emocionais e culturais (Manual de Avaliação e Tratamento de Dor, 2020).

Já a magnitude pode ser considerada como o principal indicador para a elaboração ou mudança do plano terapêutico e, por se tratar de uma experiência subjetiva, é necessário que sua quantificação se baseie em critérios padronizados a fim de minimizar os erros em sua mensuração (Manual de Avaliação e Tratamento de Dor, 2020). Para isso, utiliza-se alguns instrumentos de avaliação da dor, como escalas numéricas e/ou visuais, questionários e entrevistas. Outro fator importante na avaliação é a implicação nas atividades do dia a dia, por exemplo, se traz prejuízo para iniciar ou manter o sono, se interfere nos relacionamentos, nas atividades sociais, laborais e recreativas. Nessa perspectiva, Marquez (2011) afirma a

necessidade de considerar a dor como a complexa síntese de fatores biológicos, psicológicos, comportamentais e fisiológicos.

Saunders (1991), ao tratar da dor em pacientes oncológicos, considera também a dimensão espiritual, assim, chama esse fenômeno de Dor Total. O conceito de Dor Total está relacionado não apenas aos aspectos físicos da dor, mas ao sofrimento psíquico que é originado a partir de sua vivência, além de abranger o contexto social que a pessoa está inserida. Ela deu importância, em seus trabalhos, para a escuta e entendimento da experiência de sofrimento, considerando a pessoa como um ser total, isto é, holístico. Nessa perspectiva, o campo biomédico começou a perceber que os fatores “somáticos” arraigados ao corpo, não poderiam ser separados de fatores “psicológicos”, como aprendizado, lembrança, alma e os processos afetivos. Junto com o reconhecimento das influências sociais na percepção dolorosa, esses fatores formam o núcleo do conceito biopsicológico da dor (White & Stein, 2009). Por fim, ainda para se diferenciar e esmiuçar o fenômeno da dor, parte-se que ela pode ser aguda ou crônica.

A dor aguda é caracterizada por se manifestar em um período relativamente curto, que varia de dias a semanas, relacionada à lesão tecidual ou de algum órgão, ocorrendo após doenças, traumas e infecções, sendo a sua cura por meio da construção do tecido lesionado (Manual de Avaliação e Tratamento de Dor, 2020). Um exemplo de dor aguda é quando uma pessoa “esbarra” o dedo mindinho em algum objeto ou a dor de dente que após o uso de analgésicos logo pode ser aliviada. Assim como há elementos fisiológicos relacionados à dor, existem mecanismos psicológicos que atuam na experiência dolorosa. Em relação aos mecanismos psicológicos da dor, na dor aguda a interpretação é de uma ameaça à integridade do organismo afetado, podendo resultar em comportamentos de escape, proteção, busca de apoio, medo e ansiedade (Faria, 2021).

A dor aguda é um sintoma de alerta que, por vezes, é um sinal de sobrevivência apresentando uma fisiologia estabelecida e que pode ser tratada em um decurso de tempo. Já a dor crônica é a principal razão das demandas de atendimento nos serviços de saúde e a principal causa de afastamento no contexto de trabalho, acarretando licenças médicas, aposentadorias por doença e indenizações trabalhistas (Brandão-Júnior, 2015). Normalmente, é de difícil identificação temporal e causal, podendo ser resultante de alguma condição crônica ou de consequências de lesões previamente tratadas. Por isso, requer conhecimento especializado e, muitas vezes, abordagem de tratamento interdisciplinar, pois é uma dor que pode se originar no corpo, no cérebro ou na medula espinhal (Manual de Avaliação e Tratamento de Dor, 2020). Esse tipo de dor varia de acordo com a idade e sexo, porém, mulheres e pessoas de idade mais avançada, como idosos, têm uma maior propensão para desenvolvê-la (Ministério da Saúde, 2021).

Quando se amplia o conceito de dor a partir de uma perspectiva biopsicológica, parte-se do pressuposto que ela também é simbólica, o que faz com que cada pessoa perceba a dor de forma singular, isto é, de acordo com seu mundo subjetivo (Faria, 2021). Sendo assim, a dor pode ser acompanhada de fortes emoções, por exemplo, a associação entre a dor e a sua relação emocional é evolutiva, isso significa dizer que a dor produz mudanças nas pessoas conforme vai progredindo (Traue et al. 2009).

Nos estudos psicanalíticos da dor, especificamente, nas obras de Freud, o conceito de dor é impreciso, tendo sido abordado pelo psicanalista em diversas de suas obras, entendida como angústia, desprazer, masoquismo e pulsão (Júnior, 2019). Freud refere à excitação de origem corporal da dor, afirmando que não é possível deixar de senti-la, pois, o corpo a sente e imprime ao psiquismo uma pressão: a dor é um fenômeno misto que surge no limite entre o corpo e a psique, sendo considerado “um furo” no psiquismo. Cumpre mencionar que, para

Freud (1893), a dor provoca falta de interesses no mundo, bem como traz os sentimentos de perda.

Em “Luto e Melancolia”, Freud (1917) menciona que os conceitos de dor e luto se aproximam, tendo em vista que a dor estaria relacionada à perda do objeto e que o processo de luto é compreendido como uma “ferida dolorosa”. Nasio (1997), por sua vez, médico e psicanalista que se dedicou a estudar o fenômeno da dor, afirma que não há diferença entre a dor física e a dor psíquica. Para ele, a dor física, uma vez alicerçada no inconsciente, poderá reaparecer em acontecimentos sofridos e sem explicações da vida cotidiana. Nesse sentido, quando a dor é experienciada, pode remeter a outras experiências dolorosas que foram vividas anteriormente (Nasio, 2008).

Nasio (1997) aborda a dor física seguindo os três tempos: lesão, comoção e reação. De modo geral, a lesão está relacionada com o afeto que é sentido no corpo. O mecanismo de ação é que a lesão será sentida e vivida imaginariamente, após isso, seria processada como uma representação imagética do local que foi lesado, ou seja, o corpo a entende como uma agressão do mundo externo para o interno. Desse modo, toda lesão corporal, seja um ferimento mais superficial ou um mais profundo, será vivenciado como uma ruptura, como algo estranho à própria pessoa (Nasio, 2008).

No que diz respeito à comoção, o sentimento de dor deixa marcas nas pessoas. O abalo interno ao sentir a dor é tão intenso que seu impacto imprime uma imagem não apenas na memória, mas no solo do inconsciente (Nasio, 1997). Dessa maneira, a dor da comoção fica marcada no inconsciente, porém, seus retornos assumirão outras formas além das que foram processadas na memória. Nasio (2008, p.14) afirma que:

A pessoa que sofreu um trauma pode se lembrar das circunstâncias do incidente, reencontrar as sensações insuportáveis que experimentou e viver com medo de uma nova agressão, mas há outras formas de retorno do trauma que ela ignora. A dor passada

ressurgirá de modo inesperado, em outro lugar que não a memória consciente. Talvez sob a forma de outra dor inexplicada, como uma dor psicogênica; ou então no próprio corpo, sob a forma de uma manifestação psicossomática; ou ainda na consciência, transfigurada em outro afeto, tão opressor quanto a culpa.

A reação à dor está relacionada ao processo psíquico que o corpo humano desencadeia ao sentir a manifestação dolorosa. Isso significa dizer que a dor física consiste na expressão sensível de uma superestimação reativa da parte ferida do corpo (Nasio, 2008). Dessa forma, a dor é resultado de uma dupla percepção, uma voltada para o exterior, que capta a lesão e a sensação dolorosa, e a outra voltada para o interior, que capta o transtorno psíquico (Nasio, 2008). Posto isso, Nasio (1997) atribui um valor simbólico e afirma que “a dor é pura, real, emoção brutal, hostil e estranha”.

Os principais diagnósticos de dor crônica em mulheres estão associados aos quadros de dor lombar, fibromialgia, síndrome do intestino irritável, artrite e artroses (Aguiar, et al., 2021). Assim como existem elementos emocionais na dor aguda, ora aqui já mencionados, também há fatores emocionais na dor crônica. Os componentes emocionais envolvidos na experiência da dor crônica podem ser mais significativos do que aqueles apresentados na dor aguda, tendo em vista as repercussões emocionais mais intensas e o tempo de duração, pois, podem levar de três meses a uma vida inteira com esses sintomas. Pessoas com dor crônica podem apresentar elevada prevalência de transtornos depressivos, ansiosos, de sexualidade, dificuldades no sono, uma maior propensão ao uso de substâncias, o uso excessivo de medicamentos que podem desenvolver quadros de hipocondria, o que acarreta repercussões negativas nas atividades laborais, sociais, familiares e de vida diária (Faria, 2021). Outro fator importante nos estudos da dor crônica é que as mulheres que apresentaram um maior nível de dor crônica também possuíam um menor nível de escolaridade (Sá et al., 2009).

Nos estudos realizados por Gonçalves et al. (2008), as mulheres participantes com maior índice de depressão também possuíam baixa escolaridade. Um dos fatores associados para que as mulheres mais acometidas por dores crônicas se refere aos eventos vivenciados durante a vida, como traumas relacionados aos contextos de violências, sejam estas físicas, psicológicas e/ou emocionais e verbais (Feio, 2017).

Almeida et al. (2001) realizara uma pesquisa que teve como objetivo avaliar se alguma violência do tipo verbal, física ou sexual com mulheres tinha relação com o diagnóstico de dor crônica. A pesquisa foi realizada com 91 mulheres. Ela demonstrou que mais de 90% das pacientes apresentaram histórias de violência verbal e física e mais de 40% do tipo de violência sexual, associado a algum transtorno mental, sendo os mais evidentes os transtornos de humor, somatoformes e de ansiedade, o que impactava diretamente na percepção da dor. Nesse cenário, observa-se que há uma interação entre os fatores biológicos e psicossociais que aumentam a probabilidade de que pessoas com histórico de vulnerabilidade social apresentam um maior nível de dor (Almeida et al., 2001; Feio, 2017; Messias et al., 2021).

O conceito de vulnerabilidade social é amplo, isto é, não diz respeito apenas à ausência ou a escassez de recursos materiais e financeiros ou a fragilidade no acesso aos demais recursos que são considerados como essenciais para a sobrevivência. Eles envolvem os vínculos precários, bem como, a desigualdade no acesso aos serviços públicos (Carmo & Guizardi, 2018). Constatou-se que as mulheres com dores crônicas que fazem parte desse perfil, podem vivenciar situações de extrema vulnerabilidade social e são as que tendem a buscar mais o atendimento médico especializado para o tratamento da dor (Feio, 2017; Gonçalves et al., 2008).

Nos estudos de Carmo e Guizardi (2018), Feio (2017) e Gonçalves et al. (2008), foram constatados que a maior busca nos serviços públicos de saúde também é realizada por

mulheres. A Lei n. 14.705, de outubro de 2023, dispõe sobre as diretrizes para o atendimento às pessoas acometidas por Síndrome de Fibromialgia ou Fadiga Crônica ou por Síndrome Complexa de Dor Regional ou outras doenças correlatas. Consta nessa lei que as pessoas acometidas por essas condições deverão ter atendimento multidisciplinar por equipe composta de profissionais das áreas de medicina, de psicologia, de nutrição e de fisioterapia; acesso a exames complementares; assistência farmacêutica e acesso a modalidades terapêuticas reconhecidas, inclusive fisioterapia e atividade física (Lei n. 14.705, 2023).

A partir de uma busca por meio dos descritores “dor crônica” e “mulheres” na base de dados Períodos Eletrônicos em Psicologia (PEPSIC) foram levantadas as principais terapêuticas que estão sendo pesquisadas para o tratamento da dor crônica em mulheres. Foram obtidos cinco estudos.

Souza e Laurenti (2017) realizaram um estudo sobre a fibromialgia em mulheres, para tanto, utilizaram como método comportamental a análise funcional da dor crônica. No estudo, consideraram a operacionalização das contingências, a sua origem e a manutenção da síndrome. A análise das contingências foi orientada por uma perspectiva molar, investigando a dor como uma classe de comportamentos constituída ao longo da história de vida do indivíduo. Os resultados apontam que a dor crônica na fibromialgia é uma classe comportamental, envolvendo elementos respondentes e operantes, isto é, de acordo com o ambiente, as respostas emocionais em relação a dor podem ser reforçadas ou não. E, ainda, sugerem recursos teóricos para a elaboração de tratamentos psicoterápicos.

No estudo de Souza et al. (2019), objetivou-se descrever a prevalência de dor crônica dos usuários das unidades básicas e verificar o nível de atividade física e os fatores associados à dor crônica. Foi realizado um estudo transversal com amostra de 540 adultos por meio de entrevistas e do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Os resultados indicaram que as pessoas que praticavam atividade física como lazer tiveram

menor probabilidade de apresentar dor crônica. Eles concluíram que a prevalência de dor crônica em usuários de unidades básicas de saúde foi elevada, tendo ainda uma maior prevalência no sexo feminino, com um aumento em pessoais mais velhas que destacaram percepções negativas sobre a saúde. O estudo concluiu que a atividade física e o lazer foram fatores de proteção para o surgimento de dor crônica.

A pesquisa de Araújo (2020) utilizou-se de entrevistas narrativas para analisar a experiência de mulheres que vivem com fibromialgia, em relação ao estilo de vida e suas repercussões no autogerenciamento da dor em seu cotidiano. Realizou-se uma pesquisa guiada pelo método Narrativas de Vida, com 14 mulheres. Os dados foram produzidos por meio da entrevista e observação-participante, seguido da análise temática. A partir da organização dos dados emergiram três categorias: processo de adoecimento e as experiências de dor; os fenômenos culturais e mudanças de estilo de vida; e reaprendendo a conviver e autogerenciar a dor. No estudo, destaca-se como a cultura pode influenciar nas questões relacionadas à saúde, uma vez que cada família possui suas próprias formas de cuidar. Teve como resultados a ressignificação dos modos de viver, transformando padrões comportamentais na alimentação, atividade física, relações familiares e sociais, aprenderam a lidar com suas emoções e na capacidade de resolução de problemas, no autogerenciamento da dor, com mais autonomia, domínio e autoconhecimento, melhorando a qualidade de vida.

Barradas (2021) buscou avaliar a eficácia, os benefícios e as vantagens da musicoterapia na pessoa com dor crônica. Participaram 49 pessoas, sendo 41 mulheres e 8 homens. Os diagnósticos mais frequentes foram de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, fibromialgia ou dor neuropática e as lesões, envenenamentos e outras consequências de causa externa, que diz respeito às hérnias discais cervicais ou lombares. Nessa investigação de natureza quase-experimental, de pré e pós-teste, os dados foram coletados em quatro momentos: o primeiro momento, foi a aplicação de um questionário

baseado na revisão de literatura; em seguida, foi realizado a coleta de dados inicial; por conseguinte, foi realizado uma nova coleta durante o processo; e, por fim, foi avaliado a eficácia da musicoterapia. O sintoma mais frequente estava associado a dor, seguido de cansaço, parestesias, paresia, ansiedade, humor deprimido e mal-estar geral. Como resultados, a musicoterapia diminuiu o impacto da interferência da dor na relação com os outros, na alegria de viver e no desempenho de atividades específicas. Ainda, teve impacto no manejo da dor e contribuiu para o desenvolvimento de métodos próprios para a diminuição da dor. Algumas das vantagens apontadas pelos participantes foram o convívio, relaxamento, sensação de bem-estar, alívio da dor, novas aprendizagens e a interpretação da dor de outra forma.

O estudo de Gomes et al. (2021) teve como objetivo compreender a experiência de viver com dor crônica em mulheres que tiveram o diagnóstico de câncer de mama. Eles realizaram uma pesquisa qualitativa com base na hermenêutica-dialética, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas com seis mulheres que tiveram o diagnóstico de câncer de mama. A partir das entrevistas, elencaram a dor como consequência do tratamento, um processo cenestésico, um tributo à doença sofrida e expressão de afetos e apegos. Como resultado desse estudo, concluíram que o processo de escuta dessas narrativas foi importante para o desenvolvimento de um cuidado humanizado, ainda reforçando que as narrativas partem de uma “dor como fragmentação, murmúrio e monólogo do corpo, para uma situação de convívio, expressão de afetos e aceitação da dor como transição para sobrevivência”.

Em suma, nos estudos apontados destacam-se como resultados o uso da farmacologia, a musicoterapia, a prática da atividade física e a necessidade da psicoterapia do paciente com dor. Na maioria das pesquisas, há sugestão de que sejam realizados novos estudos nesse campo de atuação, a fim de fomentar e criar subsídios para o tratamento de pacientes com dor crônica. Partindo desse levantamento, hipotetiza-se que a AT seria mais uma possível

estratégia para a diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos em mulheres com dor crônica.

Objetivos

Objetivo Geral

Analisar como a AT pode contribuir para a diminuição dos sintomas depressivos, ansiosos e na percepção da dor em uma mulher com diagnóstico de dor crônica.

Objetivos Específicos

- Investigar se houve diminuição dos sintomas de ansiedade em uma mulher com diagnóstico de dor crônica que participou de um processo de AT.
- Averiguar se houve redução dos sintomas depressivos em uma mulher com diagnóstico de dor crônica que vivenciou um processo de AT.
- Avaliar se houve melhora na percepção dos sintomas da dor em uma mulher com diagnóstico de dor crônica a partir de um estudo de caso.

Método

Delineamento da pesquisa

Este estudo se configura como sendo de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso com avaliação pré e pós-intervenção e desenho de séries temporais. O estudo de caso é definido pelo aprofundamento exaustivo sobre determinado objeto, o que tende a possibilitar um amplo e detalhado conhecimento sobre ele (Gil, 2008). Uma das vantagens de se utilizar o estudo de caso é justamente sua aplicação aos contextos contemporâneos e às situações da vida que possibilitam a elaboração de *insights* pelos participantes (Meirinhos & Osório, 2010; Yin, 2022).

Yin (2022) estabelece que a escolha do caso deve ter como base uma avaliação criteriosa em relação aos fatores que dizem respeito à complexidade do fenômeno, a variação contextual, os objetivos da pesquisa e os recursos disponíveis. O desenho experimental de caso único é uma metodologia de pesquisa utilizada principalmente em contextos clínicos e terapêuticos que pode ser realizado com um participante ou com um grupo e é uma ferramenta valiosa para investigar os efeitos de intervenções terapêuticas (Smith, 2012).

Esse tipo de desenho é caracterizado por sua flexibilidade e rigor metodológico, podendo incluir diferentes fases, como linha de base, intervenção e seguimento (Barlow et al., 2009). Essa metodologia tem sido frequentemente utilizada em estudos que avaliam a eficácia e efetividade da AT com participantes em contextos diversos, como se observa em Smith et al. (2009), Smith e George (2012), Tarocchi et al. (2013), Durosini et al. (2017) e Borges (2024).

Esse desenho metodológico envolve a comparação entre medidas obtidas antes e durante a intervenção e em possíveis fases subsequentes (Smith, 2012). O desenho metodológico deste estudo incluiu três fases: linha de base, intervenção e acompanhamento. Já a escolha pela análise de séries temporais se deu pelo potencial que essa abordagem tem de

revelar não apenas se a mudança ocorre, mas também como ela se desdobra ao longo do tempo (Tarocchi et al., 2013). As séries temporais são caracterizadas pela medição repetida de variáveis de interesse, permitindo que os pesquisadores examinem semelhanças e diferenças no curso da mudança, tanto durante o tratamento quanto no seu resultado (Smith, 2012).

Participante

A pesquisa foi conduzida com uma participante, com o codinome “Fátima” devido a sua crença religiosa em Nossa Senhora de Fátima. Identificou como uma mulher CIS, ou seja, que sua identidade de gênero corresponde ao sexo que lhe foi atribuído ao nascimento, com 53 anos de idade, com o ensino fundamental incompleto e com o diagnóstico de dor crônica há mais de 10 anos. Foi selecionada pela psicóloga do ambulatório onde realiza tratamento para dor crônica, com sede em um hospital público terciário de referência em trauma da cidade de Fortaleza, Ceará. Após a seleção e aceitação da cliente, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), iniciou-se o processo.

Considerou-se como critérios de inclusão que a participante se identificasse como sendo do sexo feminino, tivesse de 18 a 59 anos, apresentasse o diagnóstico de dor crônica, fizesse uso de medicamentos para dor sem melhorias significativas por no mínimo seis meses e aceitasse participar da pesquisa mediante o uso de filmagem e gravação, como sugerem Finn e seus colaboradores (2017). Como critério de exclusão, Finn e Tonsager (1997) aconselham que o processo de AT não ocorra com a participação de pessoas que apresentem sinais de sofrimento psíquico agudo ou severo, como ideação suicida ativa, crises psicóticas ou situações emocionais e/ou cognitivas que impedem o cliente de colaborar com o processo. Além disso, a AT também não é indicada para casos os quais a demanda esteja relacionada a um caráter classificatório ou que tenha a finalidade de prejudicar o cliente (Finn, 2017).

Local

Os atendimentos foram realizados em uma clínica de psicologia da cidade de Fortaleza/Ceará, onde psicóloga pesquisadora atende. A escolha do local se deu por meio das limitações físicas da cliente provocadas pela dor, no qual, a localização é mais próxima de sua residência. Assim, os atendimentos eram realizados aos sábados, de 12h às 14h, horário previamente acordado com a cliente.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram administrados e divididos em três momentos, quais sejam na sessão prévia, durante o processo de AT e ao final para avaliação do processo de AT.

Na sessão prévia, foram aplicados o questionário sociodemográfico (Apêndice B) e instrumentos de rastreamento de características, sintomas e de sofrimento psíquico: *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), *Magical Ideation Scale* (MIS), Escala de Percepção do Suporte Social – versão adulta (EPSUS-A), Inventário Breve de Dor – forma reduzida (*Brief Pain Inventory – BPI*), Escala de Desesperança BECK (BHS), Escala de Ideação Suicida (BSS), Escala de Ansiedade Beck (BAI) e Inventário de Depressão Beck (BDI - II). Ainda nesta sessão, foi construído colaborativamente com a cliente, os IMD que a cliente respondeu por meio do *Google Forms*. Todos esses instrumentos foram reaplicados no final do processo de AT.

Durante o processo de AT, nas sessões de intervenção, foram utilizados os instrumentos de autorrelato como a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) a Escala de Autoestima de Rosenberg e os projetivos Casa, Árvore e Pessoa (HTP) e o *Rorschach Performance Assessment System* (R-PAS). Destaca-se que devido aos erros durante a

aplicação da Escala de Rosenberg pela psicóloga, ela foi descartada e seus resultados não foram utilizados. Ademais, todos os instrumentos usados durante as sessões de testes padronizados estão com parecer favorável para uso no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi) do Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Instrumentos utilizados na sessão prévia

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é um instrumento elaborado pela pesquisadora a fim de registrar informações para a identificação da participante, como data de nascimento, idade, gênero, naturalidade, raça/cor, estado civil, escolaridade, profissão, contexto familiar e social, tempo de acompanhamento no ambulatório de dor crônica, demanda inicial e quais medicamentos que utilizava para diminuição da dor e o tempo de uso. O questionário é composto por perguntas abertas e fechadas (Apêndice B).

Self Report Questionnaire

O *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) (Anexo A) é um instrumento de triagem desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) utilizado principalmente em serviços de atenção básica em saúde (UBS) para avaliar elementos associados à saúde mental e para rastrear Transtornos Mentais Comuns (TMC), como humor depressivo e ansioso, sintomas somáticos, baixa energia, fadiga, insônia e pensamentos depressivos (Santos et al. 2009). O instrumento é composto por 20 itens, sendo quatro sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicoemocionais, contendo respostas do tipo ‘sim’ e ‘não’, dentre as quais cada resposta afirmativa recebe o valor 1 (Gonçalves et al., 2008).

No que diz respeito aos parâmetros psicométricos do instrumento, o estudo desenvolvido por Santos et al. (2009) teve como objetivo avaliar o desempenho do SRQ-20

com base nos indicadores de validade em relação a sensibilidade, especificidade, taxa de classificação incorreta e valores preditivos, além de determinar o melhor ponto de corte para classificação dos TMC. O estudo incluiu 91 pessoas selecionadas de forma aleatória que residiam em áreas urbanas de Feira de Santana, no estado da Bahia. Obteve-se como resultados, o ponto de corte de 6/7, o que revela um desempenho razoável com área sob a curva de 0,789. Os resultados indicam que o SRQ-20 possui característica regular na população investigada.

Nos estudos realizados por Silveira et al. (2021), cujo objetivo foi investigar as evidências de validade do SRQ-20, utilizando uma amostra de 161 participantes. Foi realizado um estudo de comparação entre participantes clínicos e não clínicos, a fim de verificar a capacidade do instrumento em diferenciar grupos com transtornos psiquiátricos e predizer risco de suicídio. Foram realizadas análises descritivas, correlações, ANOVAs, análises de regressão logística e curvas ROC. Compararam-se as médias do SRQ-20 para o grupo clínico e não clínico por meio de um *teste t* calculou-se o poder de efeito com *d* de Cohen. Os resultados evidenciaram um $t(160) = 15,77$ ($p < 0,001$) e $d = 1,44$, indicando uma diferença significativa e com tamanho de efeito grande ($d \geq 0,80$, Cohen, 1988) entre esses dois grupos em relação à manifestação de sintomas mentais comuns. Além disso, o instrumento também demonstrou como bom preditor do risco de suicídio, apontando ainda grande tamanho de efeito na capacidade do instrumento em diferenciar grupo clínico e não clínico. Dessa forma, pode-se considerar o instrumento como sendo eficaz para o rastreamento de sintomas e sofrimento psíquico (Silveira et al. 2021).

Magical Ideation Scale

A *Magical Ideation Scale* (MIS) (Anexo B) é uma escala de autorrelato que avalia pensamentos mágicos, quadro psicopatológico grave que pode estar relacionado a episódios

psicóticos, como a esquizofrenia ou personalidade do tipo paranóide. Os pensamentos mágicos são caracterizados por meio dos tipos de crenças que podem ser vistas como incomuns, de conteúdos bizarros que se afastam do pensamento usual e coletivo, focados na possibilidade de eventos acontecerem sem que eles tenham relação de causa. Além disso, a pessoa pode apresentar pensamentos supersticiosos ligados a religiosidade de forma não convencional ou a fenômenos paranormais, acreditando possuir poderes como telepatia, clarividência e capacidade de ler mentes, por exemplo (Vieira et al., 2016).

O instrumento é composto por 30 itens de sequências do tipo verdadeiro ou falso que precisam ser analisadas e assinaladas pelo participante. Pode ser utilizada por pessoas adultas que possuem o nível de escolaridade a partir do ensino fundamental. A escala foi adaptada à população brasileira por Vieira et al. (2016), tendo em vista que não possui padronização para a população brasileira. Nesse sentido, a pesquisa foi realizada em dois momentos, a priori, referente à tradução e adaptação da MIS, com uma amostra de 283 participantes, pessoas adultas, de faixas etárias variadas, com níveis de escolaridade distintos a fim de verificar a adequação da linguagem para o contexto brasileiro. Como resultado foi possível constatar que a MIS pode ser administrada para sujeitos adultos, com nível de escolaridade a partir do ensino fundamental, de instituições de ensino público ou privado. Ainda, é possível destacar que a escala, após traduzida para o português, foi sensível para discriminar pessoas com comprometimento intrapsíquico mais severo do que de outras pessoas que não possuíam histórico de agravamento psíquico. O segundo momento do estudo a fim de verificar a validade do instrumento, contou com uma amostra de 70 pessoas, sendo 35 delas com o diagnóstico de esquizofrenia do tipo paranoide e com um grupo de pessoas sem histórico de busca por tratamento psicológico e/ou psiquiátrico. Os resultados obtidos revelaram elevada discrepância do desempenho de ambos os grupos, tendo o grupo de pacientes maior média, elevada magnitude comparado ao grupo de não pacientes. Tais resultados indicam que

pessoas com diagnóstico de esquizofrenia têm maior probabilidade de pontuarem na MIS de maneira elevada, o que sugere, mais indícios de pensamentos mágicos.

Escala de Percepção do Suporte Social – versão adulta

Entende-se o suporte social como um construto multidimensional que diz respeito à percepção afetiva que a pessoa tem em relação a sua rede de apoio em contextos e grupos diversos como a família, escola, trabalho, igreja etc. Tal percepção é essencial no processo de saúde-doença (Cardoso & Baptista, 2014). A EPSUS-A tem o objetivo de avaliar o quanto as pessoas percebem as relações sociais no que diz respeito a afetividade, interações sociais, auxílios de ordem prática na tomada de decisão e enfrentamento de problemas (Cardoso & Baptista, 2016).

A escala pode ser utilizada por adultos de 18 a 62 anos a partir das seguintes categorias: afetivo (composto por 17 itens); interações sociais (5 itens); instrumental (7 itens) e enfrentamento de problemas (7 itens). A escala é composta por 36 itens respondidos por meio de uma escala Likert de quatro pontos, variando entre zero (nunca) e três (sempre) (Cardoso & Baptista, 2014).

No que se refere aos estudos psicométricos, foram realizados quatro estudos a fim de verificar a validade e a precisão do instrumento. Participaram da pesquisa 533 estudantes, dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Bahia, com a faixa etária variando entre 18 e 62 anos. O primeiro utilizou análise fatorial e de precisão por meio da consistência interna. Foram analisados 77 itens por meio do índice de Kaiser Meyer Olkin (KMO). Como resultados obteve-se cargas fatoriais 0,45, o que sugere um parâmetro adequado para esse tipo de análise.

No segundo estudo, Cardoso e Baptista (2016) indicaram que a escala possui evidências de validade com base na estrutura interna, com índices $\alpha=0,92$ para fator afetivo,

$\alpha=0,75$ para interações sociais, $\alpha=0,82$ no fator de instrumental e $\alpha=0,83$ para enfrentamento de problemas. Considerando os estudos de Messias et al. (2020), no qual, evidenciaram que pacientes com dor crônica possuem uma menor percepção sobre suporte familiar, por outro lado, diversas variáveis podem ser consideradas protetivas, como a percepção positiva do suporte social em relação ao desenvolvimento de depressão e sintomatologia depressiva.

Trata-se de instrumento de uso exclusivo por psicólogos e, portanto, não está disponível para domínio público. Ressalta-se que a escala possui parecer favorável no Satepsi.

Inventário Breve de Dor

Instrumento multidimensional, autoaplicável e bastante utilizado nos serviços de saúde. Faz uso de uma escala de 0-10 para graduar os seguintes itens: intensidade, interferência da dor na habilidade para caminhar, atividades diárias do paciente, no trabalho, atividades sociais, humor e sono (Anexo C). A dor avaliada pelo paciente é aquela presenciada no momento do questionário e a mais intensa, a menos intensa e a média da dor das últimas 24 horas.

Foi realizado um estudo com o BPI com 475 pacientes do ensino fundamental, cuja idade média foi de 54,37 anos ($DP = 14,56$), sendo a maioria do sexo feminino, para se verificar a confiabilidade da validação do inventário. Foi utilizada a análise fatorial exploratória e confirmatória. Os resultados apresentaram a adequação do modelo por meio de ‘ $X POT.2 (9)$ ’ = 48,6. $p = 0,106$, ‘ $x POT.2$ ’ / $gl = 912,52$, $GFI = 0,98$, $AGFI = 0,91$, $CFI = 0,98$ e $RMSEA = 0,07$ ($IC90\% = 0,05-0,08$) que apoiam a adequação psicométrica do inventário. Considerando o viés da aplicação e da interpretação das respostas, os resultados não foram considerados.

Escala de Depressão de Beck

A depressão é uma alteração afetiva que pode ser caracterizada pela presença de humor deprimido e capacidade reduzida de ter prazer (American Psychiatric Association, 2014). Exerce prejuízos sobre a vida social, como a piora nas relações interpessoais, bem como o declínio das funções neurocognitivas (Sloman et al., 2003). A depressão é uma das principais condições emocionais para a qual as pessoas procuram ajuda, além disso, é o principal fator para mortes por suicídio (World Health Organization, 2017).

Existem alguns instrumentos que podem auxiliar no rastreio e na identificação dos sintomas. As escalas Beck foram desenvolvidas por Aaron Beck, sendo adaptadas e traduzidas inicialmente por pesquisadores como Cunha (2017), Werlang et al. (2010), Mizuta e Carvalho (2022) e Beck et al. (2022). No total, são quatro escalas, a saber: Inventário de Depressão (BDI-II), Inventário de Ansiedade (BAI), Escala de Desesperança (BHS) e a Escala de Ideação Suicida (BSI) que rastreiam, respectivamente, sintomas relacionados à depressão, a sentimentos de desesperança, ansiedade e atitudes de ideação suicida. Atualmente, as escalas estão com parecer favorável pelo Satepsi.

O Inventário de Depressão (BDI-II) constitui-se em uma forma objetiva para avaliar as manifestações comportamentais da depressão. Foi atualizada a partir dos critérios diagnósticos de depressão do DSM - IV, podendo ser utilizada por pessoas a partir dos 10 anos de idade. O instrumento comprehende 21 categorias de sintomas e atividades, com quatro alternativas cada uma, em ordem crescente do nível de depressão. Avalia sentimentos de tristeza, pessimismo, fracasso, insatisfação, culpa, punição, auto aversão, autoacusações, ideias suicidas, choro e irritabilidade. O paciente escolhe a que lhe parecer mais apropriada para a situação e sentimentos vivenciados. A soma dos escores identifica o nível de depressão. Em relação a aspectos de fidedignidade, em estudo inicial, o coeficiente alfa de

Cronbach para escala total foi de 0,93 para pacientes e de 0,92 para estudantes universitários (Anunciação et al. 2019).

Escala de Desesperança de Beck

Assim como a escala de depressão, esse é um instrumento que engloba 20 itens, consistindo em afirmações que envolvem cognições sobre desesperança, pessimismo e oferece indícios de risco de suicídio. Entende-se como desesperança a visão negativa que a pessoa tem de si mesma e sobre o futuro (Beck & Steer, 1988). Pode ser utilizada por pacientes que possuem entre 18 e 90 anos. O paciente deve concordar ou discordar da afirmação, permitindo-se avaliar a extensão das expectativas negativas que o paciente tem com respeito ao futuro imediato e remoto. Os itens abrangem fatores de desesperança, incluindo a falta de esperança em relação ao futuro, a crença na falta de solução para os problemas, a sensação de impotência e a perda de motivação. A soma dos escores identifica o nível de desesperança (Cunha, 2017).

No que diz respeito aos estudos normativos do instrumento, foi realizado com 1.859 pessoas, do sexo feminino e masculino, das cinco regiões do Brasil. Além disso, participaram do estudo 55 pacientes com diagnósticos de depressão maior. O tamanho da amostra é considerado superior, o que indica uma quantidade razoável de pessoas para os cálculos amostrais. Nos estudos de fidedignidade, o instrumento apresentou bons indicadores, com correlações superiores a 0,30 e coeficiente *alfa* de 0,93. Corroborando com isso, os estudos psicométricos com o BDI-II realizados por Anunciação et al. (2019) apontam indicadores adequados de fidedignidade, com coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,96, assim como a sua forma resumida utilizada nos contextos de saúde, com *alfa* de 0,92 para o BDI-PC.

Escala de Ideação Suicida de Beck

É um instrumento de autorrelato, que objetiva a identificação da presença de ideação suicida, além de avaliar os planos, comportamentos e atitudes que podem ser encontrados no paciente, que indiquem risco para o suicídio. Ressalta-se que o suicídio é um grave problema de saúde pública que atinge idades, grupos sociais e culturas distintas e é a segunda causa de morte mais recorrente entre jovens de 15 a 29 anos.

A ideação suicida é definida como a presença de pensamentos recorrentes, planos e desejos de cometer suicídio. Por outro lado, o comportamento suicida diz respeito a ideias sobre a própria morte, tentativas e ações que resultam na morte da pessoa (Carvalho & Valentin, 2023). Esse instrumento pode ser utilizado por pessoas de 18 a 90 anos de idade. É uma ferramenta constituída por 21 itens: 19 itens são apresentados cada um com três alternativas de respostas; e os dois últimos são de caráter informativo e não são incluídos no escore final, ambos fornecem informações importantes sobre o número de tentativas prévias e a intencionalidade no desejo de morrer.

No que diz respeito aos dados psicométricos do instrumento, o estudo normativo foi composto por 1.859 adultos, com idades entre 18 e 90 anos, de ambos os sexos. A amostra foi dividida em um grupo de pessoas que não reportavam ideação, não possuíam histórico de tentativas prévias e outro grupo com ideação suicida, ideação suicida atual e histórico de tentativa, além disso, pacientes com transtorno depressivo maior ou transtorno misto. A amostra do estudo é considerada razoável para o cálculo amostral.

Em relação aos estudos de validade, foram realizados a partir da análise paralela, correlação item-total, alfa de *cronbach* e correlação por meio de teste-reteste. Para as pessoas sem ideação suicida, observou-se a correlação item-total superior a 0,50 para mais de 70% dos itens, tendo ainda como indicador de consistência interna superior a 0,90. Portanto, teve como conclusão resultados satisfatórios.

Em relação ao teste-reteste, as médias encontradas foram semelhantes as que foram obtidas na primeira aplicação, sendo $p > 0,05$, com efeito $d = 0,20$ e correlação alta ($r = 0,71$) o que indica estabilidade nos escores. De modo geral, os resultados sugerem que a BSS é composta por um único fator, apresentando bons níveis de consistência interna, com escores estáveis ao longo do tempo e com fidedignidade para a versão brasileira com o valor de $\alpha > 0,90$ sendo considerado excelente (Cunha, 2017).

Escala de Ansiedade Beck (BAI)

A ansiedade pode ser caracterizada como sensação de medo ou preocupação frente a uma situação específica. Além disso, esse sentimento pode estar relacionado a um comportamento de esquiva, manifestações psicológicas como tremor, sensação de formigamento, taquicardia etc. (Carvalho & Valentin, 2023).

Os transtornos de ansiedade se configuram como um dos mais prevalentes no mundo e, segundo a OMS (2017), tendem a afetar mais mulheres do que homens. Existem alguns instrumentos e escalas que são utilizadas a fim de verificar e identificar esses sintomas, como a BAI. Esse instrumento tem o objetivo de medir os sintomas comuns de ansiedade. Pode ser utilizada nos mais diferentes contextos como, clínica, hospital, ambulatório e em outras áreas de avaliação.

A BAI consta de uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. O paciente opta por aquela que lhe parecer mais apropriada. Também pode ser aplicada com pessoas que possuem entre 18 e 90 anos. Os estudos normativos da escala foram compostos por uma amostra de 2.198 pessoas, de ambos os sexos, de faixas etárias variadas e distribuídas nas cinco regiões do país. Ressalta-se que o tamanho amostral do estudo é superior a 100 o que significa que é uma quantidade razoável

para o cálculo amostral. Por fim, a soma dos escores identifica o nível de ansiedade (Cunha, 2017).

Nos estudos de Cunha (2017) o valor de $\alpha > 0,90$ e o alfa de *Cronbach* varia de 0,83 a 0,90, sendo consideradas medidas excelentes. Em relação aos estudos brasileiros atuais de validade, foram utilizadas a análise paralela, a correlação item-total, o alfa de *Cronbach* e a correlação para a verificação por meio do teste-reteste.

Na análise paralela, identificou-se até dois fatores para os itens da BAI, com a diferença do *eigenvalue* do item 1 ser 10 vezes maior do que o item 2. Já na correlação item-total, para a população geral, teve como resultados superior a 0,40 para todos os itens, e 0,50 para a maioria dos itens, ou seja, tais achados demonstraram alta associação, sendo também confirmada pela consistência interna, que foi superior a 0,90. Por fim, no teste-reteste, as médias encontradas foram semelhantes ($M = 49$, $DP = 9,6$ e $M = 46,8$ e $DP = 8,2$) não tendo diferença significativa ($p > 0,05$), apresentando um pequeno efeito ($d = 0,25$) e correlação alta ($r = 0,83$) o que indicam estabilidade dos escores (Carvalho & Valentin, 2023). Em suma, os estudos com BAI apresentam estrutura unidimensional, com consistência interna satisfatória.

Indicadores de Medidas Diárias

Na sessão prévia, foram construídos conjuntamente com a cliente, os Índices de Medidas Diárias (IMD) que são medidas idiográficas apresentadas por Durosini et al. (2017) e Smith et al. (2010; 2012). Os IMD são aspectos da dinâmica psíquica que o examinando gostaria de avaliar. Dessa forma, juntamente com a psicóloga, a cliente selecionou três índices, sendo estes: “Como eu sinto a minha tristeza hoje?”, “O quanto estou ansiosa hoje?” e “Qual é o meu nível de dor hoje?”. Eles foram medidos diariamente, por meio de escalas do tipo *likert* com variação de 1 (me sinto muito triste, por exemplo) a 5 (intensidade máxima),

que representarão a extensão com que foram experimentados ao longo do dia. Os índices foram medidos por um período mínimo de 21 dias antes das sessões de AT (linha de base), tempo mínimo necessário de relatórios diários para análise confiável dos sintomas presentes antes do processo de AT (Smith et al., 2015).

As medidas foram mantidas de forma contínua ao longo de todo o processo de AT cuja duração variou entre 30 e 45 dias, respeitando a proposta de intervenção que caracteriza essa modalidade (Finn, 2007; Haynes et al., 2009). Após o encerramento da AT, o acompanhamento também ocorreu em um período equivalente (30 a 45 dias), contemplando uma sessão final com o objetivo de avaliar a estabilidade das mudanças observadas. Essa organização temporal está em consonância com delineamentos de estudos de caso clínico em psicologia, que recomendam a mensuração sistemática e frequente dos indicadores de mudança para identificar padrões de evolução ao longo do tempo, bem como a manutenção ou regressão dos efeitos após o fim da intervenção (Kazdin, 2011; Smith et al., 2009).

Instrumentos utilizados durante o processo

Bateria Fatorial de Personalidade

É um instrumento psicológico que avalia a personalidade a partir da Teoria dos Cinco Grandes Fatores, a qual inclui cinco dimensões: extroversão, socialização, realização, neuroticismo e abertura às experiências. É um instrumento desenvolvido no Brasil por Nunes et al. (2010), que contém 126 itens auto avaliativos em uma escala do tipo *Likert* que varia de 1 (descreve-me muito mal) a 7 (descreve-me muito bem) pontos.

A extroversão, diz respeito a intensidade das interações pessoais, ou seja, como as pessoas interagem com os demais, como elas são comunicativas, ativas, assertivas e falantes, com isso, avalia o nível de comunicação, altivez, dinamismo/ assertividade e interações sociais. A socialização tem relação com a qualidade das relações interpessoais e se relaciona

aos tipos de interações que uma pessoa apresenta ao longo de um contínuo, abrange a amabilidade, pró-sociabilidade e confiança. O fator realização representa o grau de organização, competência, prudência e empenho para alcançar determinados objetivos. O fator neuroticismo está relacionado ao nível de ajustamento e instabilidade emocional, assim como pode representar as diferenças individuais que ocorrem quando as pessoas vivenciam padrões emocionais associados a desconforto psicológico. No instrumento, é avaliado a vulnerabilidade, instabilidade emocional, passividade/falta de energia e depressão. Por fim, o fator de abertura a mudanças é em relação a abertura a ideias, liberalismo e busca por novidades.

O instrumento possui consistência interna para amostra geral, com alfa de *Cronbach* para as dimensões extroversão (0,84), socialização (0,85), realização (0,83), neuroticismo (0,89) e abertura às experiências (0,74), todas consideradas consistências satisfatórias (Nunes et al., 2013). Destaca-se que não é um instrumento disponibilizado para domínio público.

Casa, Árvore e Pessoa

O HTP é um teste desenvolvido, em 1948, por John N. Buck e tem como objetivo compreender os aspectos da personalidade da pessoa e a forma como interage com outras e com o ambiente. Configura-se como um instrumento projetivo gráfico que estimula a projeção de elementos da personalidade a fim de proporcionar uma compreensão dinâmica das características e do funcionamento da pessoa (Buck, 2003). Durante a realização do teste, é pedido para que se faça três desenhos sequenciais: uma casa, uma árvore e uma pessoa, os quais devem ser desenhados em folhas separadas, utilizando lápis e borracha.

O desenho da casa, árvore e pessoa são representações conscientes e inconscientes que o sujeito tem de si. Os desenhos são analisados a partir de três perspectivas: adaptativa (adequação à tarefa), expressiva (estilo próprio da pessoa) e projetiva (elementos

psicodinâmicos). O HTP pode constituir como parte de uma avaliação inicial, para o estabelecimento do *rappor* ou de uma intervenção terapêutica durante um processo de avaliação (Buck, 2009).

A aplicação deve ser realizada de forma individual e presencial, com pessoas de seis a 90 anos de idade. Ao final da aplicação propõe que se realize um inquérito acerca de características e descrições de cada desenho realizado, por exemplo, no desenho feito da pessoa, pode solicitar que o examinando fale um pouco dessa pessoa, quem ela é, o que está fazendo ou sentindo (Buck, 2003).

O estudo de fidedignidade do HTP foi verificado por meio do cálculo de concordância entre três avaliadores que verificaram os aspectos adaptativos, expressivos e projetivos. A amostra foi selecionada, de forma aleatória, composta por 40 pessoas, sendo 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Os resultados foram calculados por percentuais de concordância e pelo índice de concordância Kappa (acima de 0,74), assim, tendo atingido valores satisfatórios em ambas as métricas. No que diz respeito a evidências de validade do instrumento foram realizados estudos de validade de construto (comparação entre idades) e de critério (comparação de grupos controles com oito grupos clínicos, sendo estes, crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica; crianças com dificuldades em aprendizagem; crianças e adolescentes que manifestaram comportamento autolesivo; crianças com câncer; idosos com depressão; adultos com depressão; internos em casa de cuidados e pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Todos os estudos apresentam resultados satisfatórios no quesito evidências de validade

Ressalta-se que os resultados desse instrumento foram analisados a partir de uma perspectiva qualitativa da cliente, considerando sua experiência subjetiva ao longo do processo avaliativo. Para a análise do HTP foram considerados os aspectos formais do desenho, tais como tamanho, traços e proporções, mas os significados atribuídos pela própria

cliente às figuras desenhadas também foram contemplados na análise considerando os aspectos adaptativos, expressivos e projetivos. Dessa forma, a avaliação foi conduzida de maneira colaborativa e interpretativa, em sintonia com os princípios da AT (Finn, 2007).

Rorschach – Sistema de Avaliação por Performance

É um instrumento projetivo que contém pranchas com borrões de tintas desenvolvido por Herman Rorschach. As pranchas apresentam estímulos complexos e ambíguos sendo estruturados para possibilitar múltiplas semelhanças perceptivas que formam imagens visuais. Trata-se de pedir ao examinando que responda a seguinte pergunta: “Com que isso se parece para você?”. A resposta a essa pergunta permite observar o comportamento do cliente quanto à resolução de problemas de forma visual, cognitiva e perceptiva, ou seja, possibilita uma experiência *in vivo* da personalidade da pessoa em ação. Assim, o instrumento avalia características da personalidade e do processamento cognitivo (Meyer et al., 2017).

O instrumento é composto por 10 pranchas com 10 manchas de tinta, para as quais o avaliado deve produzir de duas a três respostas por cada cartão e o aplicador registrar tudo o que for expresso verbal e fisicamente. A codificação das respostas pode ser fornecida por diferentes sistemas de codificação. Para este estudo, utilizou-se o Sistema de Avaliação por Performance no Rorschach.

No que diz respeito aos estudos psicométricos do instrumento, especificamente aos de precisão, foi realizado um estudo por Resende e Martins (2015) com 60 protocolos infantis por meio da concordância entre juízes pelo índice de correlação intraclasses [ICC]. Obteve-se como resultados, elevada concordância entre juízes para 49 indicadores avaliados, entre 0,79 e 1,00. O resultado do estudo contribuiu para a literatura prévia, no qual, atesta bons e excelentes índices de precisão entre avaliadores.

Em relação aos estudos de validade do teste, foram desenvolvidas pesquisas por Vieira e Villemor-Amaral (2015; 2022) que tiveram como objetivo buscar evidências de validade para o *Rorschach Performance Assessment System* (R-PAS) para o contexto brasileiro. Foram administrados o R-PAS e a *Magical Ideation Scale* em 70 adultos, sendo divididos em dois grupos, um com 35 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e 35 que não possuíam o diagnóstico. Os resultados das comparações evidenciaram que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, no que concerne às variáveis Hd, FQu, FQn, DV2, DR2, MAH e Content Complexity. Contudo, notou-se alterações nos resultados para outras variáveis no grupo de não pacientes que obtiveram uma média superior a apresentada pelas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em FQo, indicando diferenças estatisticamente significativas entre eles.

Um estudo de metanálise objetivou avaliar a produção científica referente ao Método de Rorschach. Foram analisados 892 estudos entre os períodos de 2000 a 2010. Os resultados pontuaram que 85,2% ($n = 760$) tratavam de investigar o instrumento por meios estatísticos, enquanto o restante ($n = 132$) tratavam de discutir a teoria. Nos estudos técnicos ($n=264$), um dos principais elementos investigados era a validade do Rorschach em diferentes contextos, com comprovação empírica de que o instrumento avalia os constructos que se propõem avaliar (Castro, 2012). Destaca-se que não é um instrumento disponibilizado para domínio público.

Tabela 1.

Síntese dos instrumentos utilizados na pesquisa

Sessão Prévia	Etapa de Testes	Sessão de acompanhamento
	Padronizados	
Questionário Sociodemográfico	BFP	SRQ-20

SRQ-20	Escala de Rosenberg	MIS
MIS	HTP	EPSUS-A
EPSUS-A	Rorschach	Inventário Breve de Dor
Inventário Breve de Dor		Escala de Desesperança – BHS
Escala de Desesperança		Escala de Ideação Suicida – BSI
Escala de Ideação Suicida		Escala de Ansiedade – BAI
Escala de Ansiedade		Inventário de Depressão – BDI
Inventário de Depressão		

Legenda: Escala de Rosenberg foi descartada na análise.

Procedimentos

Procedimentos Éticos

Inicialmente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Instituto Doutor José Frota, de Fortaleza, para que sejam garantidos todos os cuidados éticos relacionados ao estudo, conforme destacam as Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam sobre os princípios éticos para pesquisa com seres humanos. Esta pesquisa teve sua aprovação a partir dos pareceres nº 6.847.154 (Anexo D) e nº 6.928.922 (Anexo E), respectivamente. Assim, após a aprovação do estudo, divulgou-se a pesquisa no ambulatório para a psicóloga do ambulatório que selecionou uma potencial participante.

Cumpre mencionar que os atendimentos em AT são gravados e filmados, como sugere Finn (2007/2017). Portanto, a participante da pesquisa foi informada sobre a gravação e, mediante a concordância com tal condição, assinou o Termo de Autorização Audiovisual (Apêndice C). Foi explicado que os vídeos das sessões auxiliam no processo de AT. Destaca-se que os vídeos foram armazenados em um *drive online*, pelo Gmail, tendo acesso apenas a pesquisadora e os membros do grupo de supervisão do Laboratório de Estudos e

Práticas em Avaliação Psicológica (Leapsi) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), do qual a pesquisadora faz parte.

Salienta-se que se inclui no processo de AT a formação de um grupo de supervisão formado por pesquisadores e por estudantes da graduação envolvidos com a aprendizagem da AT, para auxiliar a pesquisadora a conduzir o processo. Ressalta-se que todas as despesas da cliente foram custeadas pela pesquisadora. Além disso, cabe destacar que a paciente poderia desistir em qualquer momento da pesquisa e que a recusa em participar não acarretaria qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora ou pelos demais profissionais do ambulatório.

A pesquisa poderia acarretar alguns possíveis riscos mínimos da participação, que seriam cansaço ou constrangimento durante as sessões, porém, tudo foi planejado para minimizar esses riscos. Mesmo assim, caso houvesse algum desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse, a participante poderia interromper o processo a qualquer momento e, se desejasse, a pesquisadora prestaria acolhimento e atendimento psicológico necessários. Por fim, foi garantido o sigilo de acordo com as disposições do Código de Ética Profissional (Resolução Conselho Federal de Psicologia nº 010/05).

Coleta dos dados

O momento de coleta dos dados foi dividido em três fases. A primeira, diz respeito em realizar um levantamento geral de dados sobre a participante, considerando os critérios de inclusão e exclusão do estudo e de criar com a cliente os IMD e as perguntas iniciais, sendo estas: Por que eu nunca me aceitei do jeito que eu sou? O meu corpo? Por que eu sempre estava procurando desafios, procurando sempre provar para alguém que eu era capaz? Eu ainda procuro estar sempre atrás de eventos, cursos. Quero sempre me esconder? Não sou perseverante nas coisas que eu faço? Na segunda fase, foi conduzido o processo de AT em si,

tendo como ponto de partida as perguntas elencadas. A cliente preencheu os IMD durante todo o processo e após a sessão de Resumo e discussão, foi iniciada a terceira fase do estudo. A terceira correspondeu ao período entre a Sessão de Resumo e Discussão e a Sessão de Acompanhamento (6º passo da AT). A extensão na linha de base foi de 20 dias, período de intervenção de 56 dias e pós-intervenção de 56 dias.

Análise de dados

Foram realizados dois procedimentos de análise de dados. O primeiro foi por meio de uma comparação pré e pós-avaliação, pelo o método proposto por Jacobson e Truax (método JT). O método JT busca avaliar a efetividade da intervenção com base em dois critérios principais, quais sejam, se o participante apresenta uma mudança clínica confiável e se essa mudança é estatisticamente significativa (Jacobson & Truax, 1991), por meio de um Índice de Medida Confiável (IMC). Pereira e Del Prette (2008) discutem a aplicação do IMC, enfatizando sua importância na avaliação da eficácia de intervenções psicológicas. Eles destacam que o IMC permite verificar se as mudanças observadas nos escores dos testes são significativas, contribuindo para uma compreensão mais precisa dos efeitos das intervenções.

Além disso, Aguiar et al. (2008) ressaltam que, embora o IMC não indique diretamente a significância clínica das mudanças, ele é considerado um pré-requisito para essa avaliação, pois assegura que a magnitude da mudança excede a margem de erro de medição. Esses autores enfatizam que, enquanto a significância clínica está relacionada ao impacto da intervenção na vida do cliente, o IMC refere-se à validade interna, ou seja, ao grau em que os resultados podem ser atribuídos aos procedimentos utilizados e não a erros de medida. Esses critérios ajudam a determinar se a intervenção realmente gerou benefícios práticos e observáveis para o cliente, permitindo uma análise individualizada dos resultados.

Além disso, a presença de uma mudança clínica confiável pode indicar se o cliente está em menor risco de recaídas após o término do processo terapêutico (Evans et al., 1998).

O segundo procedimento de análise de dados foi o estudo de séries temporais que consiste em medições repetidas de variáveis ao longo do tempo, com o objetivo de identificar e entender mudanças nos dados e seus padrões ao longo do tempo (Smith, 2012). No contexto de AT, os estudos de efetividade com o modelo metodológico experimental de caso único, baseado em séries temporais, são divididos em três etapas: linha de base, intervenção e pós-intervenção (Durosini et al., 2017; Smith et al., 2010).

Na primeira fase, a linha de base, realizada na sessão prévia, a cliente e o terapeuta identificaram os índices a serem medidos diariamente. Não há um número fixo de índices na literatura, o que permite flexibilidade. A partir daí, a cliente avaliará os índices diariamente, utilizando um modelo de resposta em escala Likert de 0 a 10, no qual 0 significa “nada” e 10 “muito grave” (Durosini et al., 2017; Smith et al., 2010). Para este estudo, a escala foi ajustada de 1 a 5.

Conforme preconizado pela AT, o processo tem início 21 dias após a sessão de triagem, que compreende os cinco primeiros passos do modelo. A sessão de acompanhamento, por sua vez, ocorre em um intervalo mínimo de 42 dias após a sessão de resumo e discussão. Durante as fases de intervenção e pós-intervenção, a cliente mantém o registro diário dos índices, permitindo um acompanhamento contínuo de sua evolução ao longo do processo (Smith & Durosini, 2020).

Para essa análise dos dados, foi utilizado o ambiente estatístico R, devido à sua flexibilidade e capacidade de realizar análises avançadas de dados longitudinais, especialmente adequadas para estudos de caso único. Para a análise do caso único se utilizou como modelo a abordagem de séries temporais. Somado a isso, foram realizadas análises de correlação por meio do r de Pearson pelo programa estatístico SMA. Após isso, foi realizada

uma análise de tendência por fase de cada indicador utilizando a regressão de mínimos quadrados ordinários por meio do R e o teste *t* de Student para avaliar as diferenças de médias entre as fases de linha de base e intervenção e entre a intervenção e a pós-intervenção. Por fim, foi calculado, por meio do *d* de Cohen's, a magnitude e a direção da mudança ao longo do tempo. Os resultados desta pesquisa serão mais bem explicados a seguir.

Resultados

Os resultados serão apresentados em três subtópicos, sendo eles um breve histórico das sessões da cliente, os resultados obtidos pelo método JT e a progressão dos IMD.

Os IMD foram calculados por meio do programa estatístico R. Inicialmente, foi feita a estatística descritiva para verificar a média e o desvio padrão de cada índice de forma isolada utilizando o tempo e as fases, ou seja, a linha de base, intervenção e pós-intervenção. Posteriormente, foram realizadas análises de correlação por meio do r de Pearson pelo programa estatístico SMA. A correlação de Pearson foi calculada para avaliar a relação entre os escores obtidos e as três fases da pesquisa. Para realizar as análises com o r de Pearson, utilizou-se como suporte o *bootstrap* com 5000 interações, no qual, permite dar mais confiabilidade à análise.

Após isso, foi realizada uma análise de tendência por fase de cada indicador utilizando a regressão de mínimos quadrados ordinários por meio do R para verificar se houve mudança ao longo do tempo em cada uma das três fases do estudo. A análise foi conduzida com o objetivo de identificar a presença de tendências estatisticamente significativas e a evolução de cada índice da cliente dentro da própria fase. Ademais, foi realizado o teste *t* de Student para avaliar as diferenças de médias entre as fases de linha de base e intervenção e entre a intervenção e a pós-intervenção para verificar se houve diferenças estatisticamente significativas. Por fim, foi calculado por meio do *d* de Cohen's a magnitude e a direção da mudança ao longo do tempo a partir da diferença entre essas médias.

Sessão prévia com a cliente

A cliente do presente estudo teve o codinome Fátima para resguardar o sigilo das informações e por respeito a sua fé em ser devota de Nossa Senhora de Fátima. Foi encaminhada para o processo de AT pela psicóloga do ambulatório de dor crônica de um

hospital público da cidade de Fortaleza por queixa de sintomas ansiosos e depressivos.

Inicialmente, foi agendado, via *WhatsApp*, a sessão prévia para serem elaborados os IMD e conhecer a história de vida da cliente.

Na sessão prévia, Fátima contou o histórico de sua vida, apresentou-se e falou de suas queixas. Ao longo da sessão, Fátima mencionou que a maior parte do tempo se sente entristecida e referiu sentimentos de baixa autoestima em relação ao seu corpo. Relatou que possui vergonha de si mesma e que não tem conseguido realizar atividades físicas após o afastamento de suas atividades sociais e laborais por conta da dor crônica. Além disso, mencionou sentimentos ansiosos e como uma resposta a esse sentimento e a outras situações de sua vida, passou a comer mais.

Fátima sugeriu que os IMD fossem sobre ansiedade e depressão. Também foi acordado que seria importante avaliar a percepção de dor crônica, tendo em vista, que tal condição implica diretamente em sua qualidade de vida e ser o tema da pesquisa. Dessa forma, foram apontados os três índices: ansiedade, depressão e dor. Na sequência, foi realizada a aplicação dos instrumentos psicológicos: SRQ-20, MIS, EPSUS-A, BAI, BDI-II, BHS e BSI. Todos esses instrumentos foram administrados também no período de pós-intervenção.

Sessão iniciais

Após o período da linha de base, Fátima trouxe três perguntas na sessão inicial que havia anotado anteriormente. A primeira delas foi: “Por que eu nunca me aceitei do jeito que eu sou? O meu corpo?”. Ao refletir sobre essa questão, relatou ter sofrido bullying na infância e adolescência, sendo chamada por apelidos pejorativos. Disse que recorreu a dietas e ao uso de medicamentos sem prescrição para tentar emagrecer, e que, na época, reagia com choro ou agressividade. Além disso, compartilhou falas maternas que a afetavam profundamente, especialmente aquelas que a comparavam ao irmão, destacando as diferenças

de personalidade entre ambos. Relembrou que, em determinado momento da vida, dedicava-se mais ao autocuidado, frequentando academia, nutricionista e realizando caminhadas. No entanto, afirmou que interrompeu esses cuidados após o casamento, uma gestação difícil e o falecimento do pai. Ainda em relação à pergunta inicial, associou sua dificuldade de aceitação corporal a uma fala do seu companheiro, que observou que ela tende a comer mais quando está ansiosa. Fátima reconheceu esse padrão desde a adolescência, período em que trabalhava com a família e consumia doces de forma compulsiva. Concluiu que utiliza a comida como estratégia para lidar com a ansiedade.

A segunda pergunta foi: “Por que eu sempre estava procurando desafios, tentando provar para alguém que eu era capaz?”. Fátima relacionou essa busca constante à baixa autoestima e ao desejo de validação, especialmente diante dos pais. Relatou que ouviu, em diversas ocasiões, que não seria capaz de trabalhar como segurança, mas mesmo assim decidiu fazer o curso, enfrentou situações adversas e conseguiu exercer a função. Disse que, apesar do medo, sustentava seu desejo. Atualmente, porém, afirmou que se sente diferente e mais insegura. Relacionou essa mudança à morte do pai, evento que marcou o início de um período depressivo. Nesse contexto, buscou apoio em um grupo de oração, o que a ajudou no enfrentamento do luto.

Por fim, apresentou a terceira pergunta: “Eu ainda procuro estar sempre atrás de eventos, cursos. Quero sempre me esconder?”. Ao comentar essa questão, afirmou que anteriormente buscava esses espaços como uma forma de evitar se expor, mas que hoje enxerga mudanças nesse comportamento. Disse que tende a se posicionar ao fundo das salas para evitar ser chamada, em parte por vergonha do próprio corpo. No entanto, compartilhou que buscou enfrentar esse medo ao aceitar participar da leitura da liturgia na igreja. Embora tenha relatado dificuldades e vergonha, afirmou que o fez não para agradar aos outros, mas como uma forma de enfrentar o que sentia internamente.

Sessão de testes padronizados

Com base nas perguntas elencadas por Fátima, foi realizada a aplicação BFP, HTP e Rorschach, sendo tais aplicações ocorrendo em três dias distintos. Na administração do BFP, a cliente se envolveu com a atividade, demonstrando interesse e cuidado no preenchimento, levantando dúvidas pontuais que foram prontamente respondidas.

Ao refletir sobre um dos itens da BFP, relacionado à dificuldade com atividades que exigem imaginação ou fantasia, compartilhou que associa esse aspecto à tendência de se esconder, temor de julgamentos e vergonha do corpo. Mencionou que atualmente busca ressignificar essas experiências e tem aprendido a estabelecer limites frente a falas que a desqualificam, afirmando que não precisa “reter o que o outro despeja”.

Na aplicação do HTP, a cliente iniciou o desenho da casa rapidamente, finalizando em aproximadamente três minutos. Ao ser convidada a narrar uma história sobre a casa, demorou alguns segundos para organizar as ideias e compartilhou que a casa representa o espaço onde atualmente reside, adquirida com recursos familiares. Relatou que seus filhos passaram a morar com ela durante a pré-adolescência, momento em que enfrentou desafios relacionados à comunicação e disciplina, caracterizando-se por um estilo rígido de comando. A cliente destacou que, após o falecimento de seu pai, tem buscado fortalecer os vínculos familiares e promover maior aproximação entre os filhos. Quando questionada sobre os aspectos afetivos da casa, associou o espaço à busca por harmonia e paz, evidenciando seu desejo por um ambiente equilibrado.

No desenho da árvore, também finalizado em cerca de três minutos, a cliente rememorou momentos de sua infância, especialmente finais de semana em locais arborizados onde realizava piqueniques com amigos próximos, reforçando a importância das relações afetivas e do contato com a natureza para seu bem-estar. Ao ser questionada sobre as características da árvore, apontou a necessidade de água para sua manutenção e mencionou

que a árvore estava saudável, embora tenha notado algumas folhas caídas. A cliente também fez referência a uma amiga que mudou de cidade, ressaltando a dor da separação e a importância do vínculo estabelecido, comparando essa amizade a um laço fraternal. As maçãs desenhadas na árvore foram associadas a elementos de sustento e renovação.

Por fim, no desenho da pessoa, que levou cerca de cinco minutos para ser concluído, a cliente inicialmente não associou o desenho a nenhuma pessoa específica, mas posteriormente identificou a figura como uma representação de si mesma. Descreveu a pessoa como alguém que não se aceita plenamente e está desconectada de sua própria identidade. Ao explorar os sentimentos ligados a essa figura, a cliente expressou dificuldade para compreender suas emoções e autopercepção, relatando vergonha em situações sociais e medo do julgamento alheio. Refletiu sobre a necessidade de se aceitar como é, reconhecendo que sua própria insatisfação impacta a convivência e o relacionamento com os outros. Apesar das dificuldades, demonstrou esperança de transformação e superação, utilizando o termo “ainda” para indicar expectativa de melhora futura.

Na terceira aplicação de testes padronizados, aplicou-se o Rorschach. Foi iniciada com a apresentação das pranchas seguindo o procedimento padronizado, solicitando que a cliente dissesse a que cada imagem lhe parecia. As respostas da cliente foram predominantemente associadas a elementos da natureza presentes em seu cotidiano, como animais (morcego, aranha-caranguejeira, urubus, macacos, ursos, pássaros, gato), bem como figuras humanas (bonecos, pessoa vestida de fantasia), objetos naturais (árvore, montanha, solo queimado) e sensações evocativas (nuvem poluída, fogo, couro de animal).

Durante o inquérito, a cliente detalhou suas percepções, explicando os motivos que a levaram a associar as manchas a cada figura, trazendo referências pessoais e afetivas. A atividade exigiu concentração e mobilizou conteúdos emocionais profundos, conforme

relatado pela cliente ao final, que mencionou sentir que “puxa muito da mente” e demonstrou estar se sentindo bem com a experiência.

Sessão de Intervenção

Durante a sessão, foi explicada a realização de uma atividade com frases trazidas pela cliente durante os atendimentos anteriores, com espaço no verso para que ela construísse novas narrativas e possibilidades. A cliente escolheu um cartão com a frase: “Eu não me aceito, eu tenho vergonha do meu corpo”. Relatou que esse sentimento ainda dói, porém, menos do que antes. Compartilhou que foi à missa durante a semana e percebeu uma mudança na sua percepção, sentindo-se bonita ao se olhar no espelho, algo que fazia tempo não fazia. Comentou que evitava espelhos e balanças, e que essa mudança foi muito positiva para ela, apesar de ainda se perceber acima do peso.

Escreveu no verso do cartão: “eu posso mudar mais”, explicou que a mudança é um processo e que esse pensamento é o início de sua trajetória. Identificou que precisa melhorar a autoestima e cuidar da saúde para sair da obesidade, conforme laudo médico que a classificou como obesa e sedentária. Manifestou força de vontade para sair do sedentarismo e mencionou que antes não tinha essa motivação.

Em seguida, escolheu o cartão com a frase: “Quando a gente discutia, eu não enfrentava ela, agora eu silencio mais”, relacionado a discussões com um familiar próximo, que ela descreve como agressivo. A cliente afirmou que silencia por medo e que pede ajuda divina para lidar com essa relação. Refletiu sobre a postura desse familiar e decidiu não repetir os mesmos padrões com seus filhos. Além disso, a cliente explicou que aprendeu que, em momentos de raiva, silenciar e aguardar para conversar em outro momento é mais produtivo. Essa estratégia tem funcionado nas relações com seus filhos, mãe e esposo.

Em seguida, escolheu o cartão: “Eu me deixo de lado, para cuidar dos outros”.

Comentou que sempre se colocou em segundo plano, especialmente após o nascimento do filho mais novo, período em que deixou de se exercitar e sua saúde piorou devido a múltiplas demandas familiares e adoecimentos. Hoje busca tratamento para melhorar, algo que antes não conseguia fazer, pois sempre priorizava os outros.

Reconheceu estar em um momento de mudança, pensando em si mesma, com a consciência de que tudo tem seu tempo e sua hora, e que esse momento é seu. Além disso, afirmou que, atualmente, consegue expressar sua opinião e não tem mais vergonha de dizer que está em acompanhamento psicológico, algo que antes ocultava por vergonha.

A cliente escolheu a frase: “Eu tenho preconceito comigo mesmo”. Compartilhou que tem vergonha de se expressar em grupos e sente dificuldade em usar as palavras certas, o que a fazia se esconder socialmente. Está afastada dos grupos de oração devido às limitações físicas, mas sente falta e pretende voltar sem esse preconceito. Escolheu ainda a frase: “Aquilo que te irrita no outro, é algo que você não aceita em você”. Confirmou que isso é verdadeiro e que identifica semelhanças entre ela, a mãe e o irmão, principalmente comportamentos autoritários que procura corrigir em si mesma para não repetir padrões.

Outra frase retirada foi: “Quando as coisas vão fracassando, eu desisto logo”. Relatou desistências anteriores, inclusive nos estudos e nos negócios, e percebe que esse padrão está relacionado à baixa autoestima. Deseja romper com esse ciclo e mantém a persistência, exemplificada pelo desejo de continuar a hidroginástica. Identificou que sustentar seus desejos é importante para superar essa tendência. A cliente avaliou a atividade como libertadora e identificou que já vinha se libertando de algumas questões.

Finalizando, retirou o cartão: “O problema não está nas pessoas, está em mim”. Escolheu outra frase relacionada: “Eu tomava tarja preta para conseguir emagrecer”. Relatou uso de medicamentos sem prescrição para melhorar a autoestima e a aparência. Reconheceu

que continua automedicando de forma irresponsável e que isso está ligado ao hábito de silenciar sua dor emocional. Manifestou o desejo de não silenciar mais e de cuidar melhor de si mesma, afirmando que precisa mudar essa postura. Ademais, afirmou que os problemas não estão nas pessoas e que precisava mudar para tentar ver as coisas a partir de uma nova perspectiva.

Sessão de Resumo e Discussão

A partir das perguntas elaboradas pela cliente desde o início do processo — como “Por que nunca me aceitei do jeito que sou? Meu corpo?” — foram retomadas reflexões anteriormente mobilizadas. Destacou-se a dificuldade da cliente em cuidar de si enquanto atendia às demandas alheias, frequentemente se colocando em segundo plano. Em suas palavras, apenas após eventos de adoecimento familiar e pessoal passou a perceber essa negligência consigo mesma.

Durante a sessão, a cliente compartilhou um episódio em que preferiu silenciar sua dor emocional para não preocupar terceiros, demonstrando novamente o funcionamento marcado por contenção emocional. Refletiu sobre como, historicamente, evitava adoecer ou demonstrar fragilidades, funcionando a partir de uma lógica de negação de suas necessidades. Contudo, afirmou que atualmente comprehende que pode, sim, adoecer e sentir — e que tem buscado validar essas emoções. Relatou que antes evitava até permitir que os outros cuidassem dela, o que associava ao orgulho, mas hoje acredita que a evitação tem relação com o desejo de não causar preocupação aos outros. Além disso, pontuou-se o avanço no sentido de ela conseguir, hoje, expressar suas necessidades e tomar decisões próprias.

Retomou-se, então, sua segunda pergunta: “Por que estou sempre procurando desafios, querendo provar que sou capaz?”. Foi discutido que em momentos de insegurança, havia comportamentos impulsivos com o intuito de validação externa. A cliente reconheceu

esse padrão e associou-o a decisões importantes tomadas sem reflexão ou diálogo. Embora não demonstre arrependimento por algumas escolhas, reconhece que as faria de maneira diferente, com maior cautela.

Foi discutido sobre as consequências desses movimentos e como o desejo de agradar ou mostrar competência gerava sofrimento e conflitos internos. Fátima mencionou que, ao longo da vida, usou máscaras sociais para aparentar tranquilidade e felicidade, quando, na verdade, carregava sentimentos intensos de raiva e frustração. Ressaltou que o processo terapêutico a ajudou a se perceber mais, nomeando sentimentos e reconhecendo padrões que antes eram invisíveis a si.

No que diz respeito a sua terceira pergunta: “Eu ainda procuro estar sempre atrás de eventos, quero sempre me esconder?”. Foi discutido sobre a dificuldade em se expressar publicamente e o receio de ser julgada. A cliente mencionou que reconhece sua timidez e medo de errar, principalmente em situações imprevisíveis. Destacou, contudo, que se sente mais confortável para falar em contextos onde se sente segura — como durante as sessões.

Por fim, foi discutida a sua quarta pergunta: “Não sou perseverante nas coisas que faço?”. A cliente reconheceu a dificuldade de sustentar projetos e desejos pessoais, especialmente quando iniciados para atender às expectativas de outros. Relatou situações profissionais em que agiu por pressão do companheiro e que se afastou das atividades após adoecer física e emocionalmente. Ao refletir sobre seu funcionamento, reconheceu que muitas vezes desconsiderava suas vontades, colocando o outro em um lugar de maior saber e decisão. Ademais, afirmou o desejo de mudar, de expressar suas opiniões, desejos e sentimentos com maior clareza, lembrando de situações em que persistiu em atividades que lhe eram significativas, demonstrando que essa capacidade existe, mas precisa ser fortalecida.

Sessão de Acompanhamento

No período de pós-intervenção, a cliente compartilhou espontaneamente sentimentos de saudade em relação ao processo avaliativo e questionou sobre a possibilidade de continuidade. Ao ser convidada a falar sobre como se sentia, afirmou estar bem, descrevendo-se como “ótima”. Ao ser questionada sobre o preenchimento dos IMD, relatou que esse processo implicava em admitir aspectos de si mesma que antes eram mais facilmente projetados no outro.

A cliente afirmou que o percurso vivenciado lhe proporcionou reconhecer quem é enquanto pessoa e compreender caminhos possíveis para alcançar seus objetivos. Relatou que antes sentia vergonha de si, mas que atualmente tem aprendido a se aceitar, compreendendo que a aceitação dos outros não deve depender da negação de sua identidade. Ressaltou que, anteriormente, se reconhecia como alguém que precisava sempre demonstrar saber de tudo, e que após o adoecimento sentiu-se paralisada, sendo o suporte profissional fundamental para sua retomada subjetiva.

Referiu melhora no quadro geral, com redução da frequência de procedimentos médicos e maior autonomia para realizar atividades cotidianas. Embora relate idas esporádicas a serviços de emergência, relatou ter procurado atendimento psiquiátrico, sendo orientada a buscar encaminhamento via Unidade Básica de Saúde. Destacou também episódios de hipertensão e a necessidade de acompanhamento contínuo por profissionais da atenção primária e especializada. A escuta psicológica validou esse percurso como parte de um processo de responsabilização e autocuidado. Relatou ainda que, anteriormente, sentia vergonha de frequentar serviços de saúde mental, mas que hoje comprehende a importância desses acompanhamentos.

Ao ser questionada sobre o conteúdo da carta devolutiva, compartilhou que aguardava com expectativa e que se sentiu “maravilhada” com as descobertas acerca de si mesma.

Descreveu um sentimento de “renovo” (sic), e foi orientada de que a leitura da carta poderia ser retomada sempre que necessário, por se tratar de um material que sintetiza o processo construído. Relatou mudança na percepção sobre si, destacando avanços no processo de autoaceitação, no posicionamento diante das próprias necessidades e na capacidade de priorizar-se. Compartilhou que costumava refletir sobre os encontros mesmo após as sessões e que, no início, foi difícil lidar com os próprios limites decorrentes da dor crônica.

Ao ser perguntada sobre o que mais lhe chamou atenção na carta, mencionou a temática da motivação. Reconheceu que anteriormente procrastinava com frequência e dependia do incentivo de outras pessoas para seguir com determinadas atividades. Atualmente, percebe-se mais autônoma e responsável por seu engajamento, inclusive nos tratamentos. Apontou mudanças no humor, afirmando que voltou a sorrir, e destacou que, atualmente, consegue interagir com vizinhos e familiares em momentos cotidianos que antes não eram possíveis. Compartilhou que “está conseguindo sair da cama” (sic), o que foi compreendido como uma conquista diante do contexto de dor crônica e das repercussões emocionais associadas. Por fim, foram reaplicados os instrumentos utilizados na sessão prévia.

Comparativo pré e pós-intervenção no Método JT

Inicialmente, foi realizada a análise qualitativa por meio do método JT com objetivo de analisar se as mudanças dos resultados dos instrumentos aplicados na fase pré (sessão prévia) e pós-processo (sessão de acompanhamento) de AT são confiáveis. Esses critérios ajudaram a determinar se a intervenção realmente gerou benefícios práticos e observáveis para a cliente por meio da comparação dos resultados pré e pós. Os dados foram obtidos a partir da aplicação dos instrumentos psicológicos SRQ-20, MIS, EPSUS-A, BAI, BDI-II, BHS e BSS sendo analisados considerando a significância estatística das mudanças

observadas entre os momentos de avaliação por meio do grau de confiança (GC). Os resultados seguem na tabela abaixo.

Tabela 2.

Resultados Pré e Pós AT pelo método JT

Instrumentos	Fator	Nota de Corte	Pré	Pós	IMC	GC
SRQ-20	Sofrimento	A partir de 7	13	7	-3	Mudança Negativa
	Psíquico					Confiável
MIS	Pensamentos	Homem: 19	4	6	0,67	Ausência de Mudança
	Mágicos	Mulher: 20				
BAI	Ansiedade	Moderado (20-32)	32	13	-6,2	Mudança Negativa
		Leve (11-19)				Confiável
BDI-II	Depressão	Leve (14-19)	16	15	-0,2	Ausência de Mudança
BHS	Desesperança	Mínimo (0-4)	3	4	0,25	Ausência de Mudança
BSS	Suicídio	-	0	0	0	Ausência de Mudança
EPSUS -A	Supporte Social	25-125	88	83	-1,12	Ausência de Mudança

Nota: tabela feita pela autora.

Os resultados dos escores pré e pós AT (Tabela 2) teste e reteste indicaram uma redução significativa nos escores de sofrimento psíquico (SRQ-20) e ansiedade (BAI). O SRQ-20, que avalia a presença de sofrimento psíquico, apresentou uma queda de 13 para 7 pontos, atingindo o critério de mudança negativa confiável, o que sugere uma melhora significativa nesse indicador. Da mesma forma, os escores da BAI, que medem níveis de ansiedade, reduziram de 32 para 13 pontos, caracterizando também uma mudança negativa confiável e indicando uma transição do nível de ansiedade de moderado para leve.

Os escores referentes a pensamentos mágicos (MIS), depressão (BDI-II), desesperança (BHS) e ideação suicida (BSI) não apresentaram mudanças estatisticamente

significativas ao longo do período avaliado. No caso da MIS, houve um leve aumento no escore de 4 para 6, mas sem significância estatística. A escala de depressão (BDI-II) apresentou uma redução discreta no escore, passando de 16 para 15, sem atingir uma mudança confiável. Na de desesperança (BHS) teve uma leve variação de 3 para 4 e os escores de ideação suicida (BSS) permaneceram inalterados (zero). Cumpre ressaltar que os dados dessas três escalas, desde o início evidenciava valores míimos e assim se mantiveram ao longo do processo. Dessa forma, os resultados sugerem que a intervenção pode ter sido eficaz na redução do sofrimento psíquico e da ansiedade, mas não promoveu mudanças significativas nos demais indicadores avaliados.

No que se refere à percepção de suporte social, os escores obtidos na EPSUS-A permaneceram estáveis ao longo do processo, passando de 88 (classificado como “alto”) para 83 (ainda dentro da faixa de “médio alto”). A ausência de mudança confiável, conforme o método de JT indica que não houve variação clinicamente significativa nesse domínio. Tal estabilidade é considerada positiva, uma vez que o suporte social já era percebido como elevado no início do processo e manteve-se em nível satisfatório após a intervenção, atuando possivelmente como um fator protetivo ao longo do acompanhamento.

Resumo da progressão pelos IMD

O processo de Fátima foi composto por oito sessões no total. A fase de linha de base iniciou no dia seguinte a sessão prévia, depois foram realizadas seis sessões na fase de intervenção e uma sessão na fase de pós-intervenção. O processo durou 138 dias, sendo 26 dias de linha de base (fase 1), 56 dias de intervenção (fase 2) e 56 dias de pós-intervenção (fase 3). Quanto às marcações, a cliente fez no total $N = 20$ marcações na linha de base, $N = 43$ marcações na fase de intervenção e $N = 56$ no pós-intervenção.

Foram construídos três IMD na sessão prévia. Todos os IMD tiveram como resposta uma escala tipo *likert* de cinco pontos, na qual um era nada e cinco era muito. No quadro 1 são apresentados os índices construídos pela cliente.

Quadro 1.

Índices de Medidas Diárias - Fátima

IMD – Fátima	
IMD 1	Como eu sinto a minha tristeza hoje?
IMD 2	O quanto estou ansiosa hoje?
IMD 3	Qual é o meu nível de dor hoje?

Índice Tristeza

Os resultados das análises descritivas do índice de tristeza tiveram na linha de base uma $M = 2,5$ e $DP = 1,46$, na fase de intervenção obteve-se uma $M = 1,58$ e $DP = 0,78$ e na fase de pós-intervenção $M = 1,57$ e $DP = 0,61$. Os dados sugerem uma diminuição das médias e do desvio padrão, o que pode indicar estabilidade na diminuição do sentimento de tristeza ao longo do tempo.

Em seguida, foram realizadas as análises de correlação. Os resultados apontam um valor de $r = -0,29$ e $p = 0,001$. Os achados indicam uma correlação negativa fraca entre os escores de tristeza e as fases do estudo, ou seja, conforme as fases progrediam, os escores de tristeza diminuíram significativamente, indicando que a probabilidade de esse resultado ter ocorrido por acaso pode ser considerada baixa.

Na análise de tendência utilizando a regressão de Mínimos Quadrados Ordinários (OLS) na fase A, os dados indicaram que os índices de tristeza se mantiveram estáveis ao longo do tempo. A análise de regressão não indicou uma tendência estatisticamente significativa, coeficiente de regressão $r = -0,011$ e $p = 0,859$ o que sugere que os níveis de

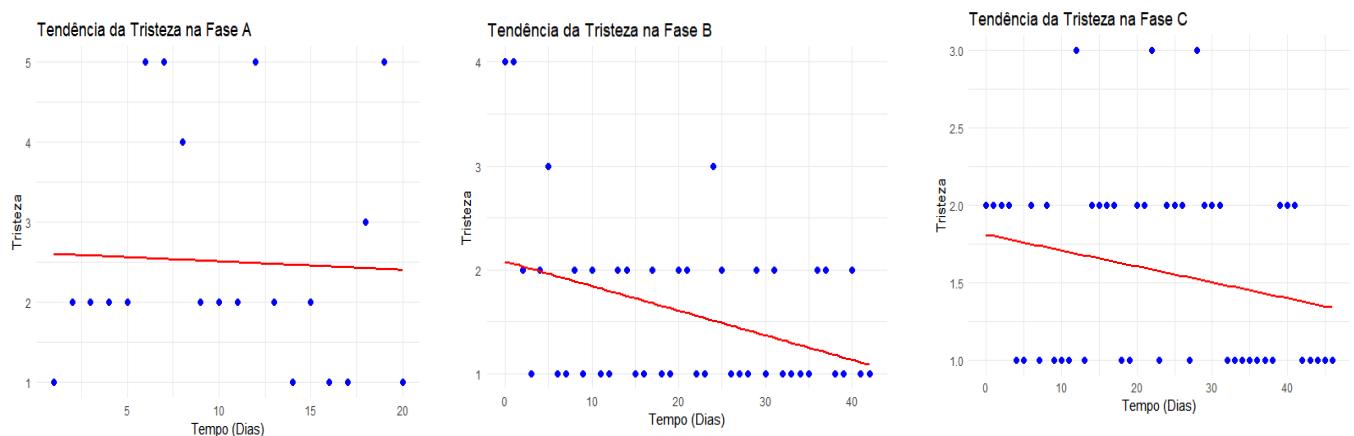
tristeza da cliente podem não ter apresentado uma variação significativa durante o período inicial. Os resultados da fase A podem ser observados no Gráfico 1.

Na fase B, de intervenção, houve uma mudança significativa nos níveis de tristeza. A análise de regressão mostrou um coeficiente de regressão de $r = -0,024$ e $p = 0,013$, indicando uma diminuição significativa no índice de tristeza durante essa fase. Isso sugere que a intervenção pode ter um efeito positivo nos níveis de tristeza da cliente, assim como outras variáveis devem ser consideradas. Esses dados podem ser observados no Gráfico 2.

Na Fase C, após a intervenção, os dados mostraram uma pequena redução nos índices de tristeza, mas sem uma mudança estatisticamente significativa. O coeficiente de regressão foi de $r = -0,010$ e $p = 0,122$ o que pode sugerir que, apesar de uma leve diminuição, os níveis de tristeza não mudaram de maneira estatisticamente significativa após o término da intervenção. Os dados apresentados podem ser vistos no Gráfico 3.

Gráficos 1, 2 e 3.

Tendência do indicador de tristeza na fase A, B e C



Índice Ansiedade

Considerando o segundo índice, o de ansiedade, os resultados das análises obtidas na linha de base revelam uma $M = 2,5$ e $DP = 1,14$; na fase de intervenção obteve-se uma $M = 1,37$ e $DP = 0,84$; e na fase de pós-intervenção, $M = 1,25$ e $DP = 0,48$. Assim como o índice de tristeza, o resultado do IMD de ansiedade também indica uma diminuição das médias e do desvio padrão, não apenas uma redução dos níveis de ansiedade ao longo do tempo, mas também uma estabilidade na fase de pós-intervenção.

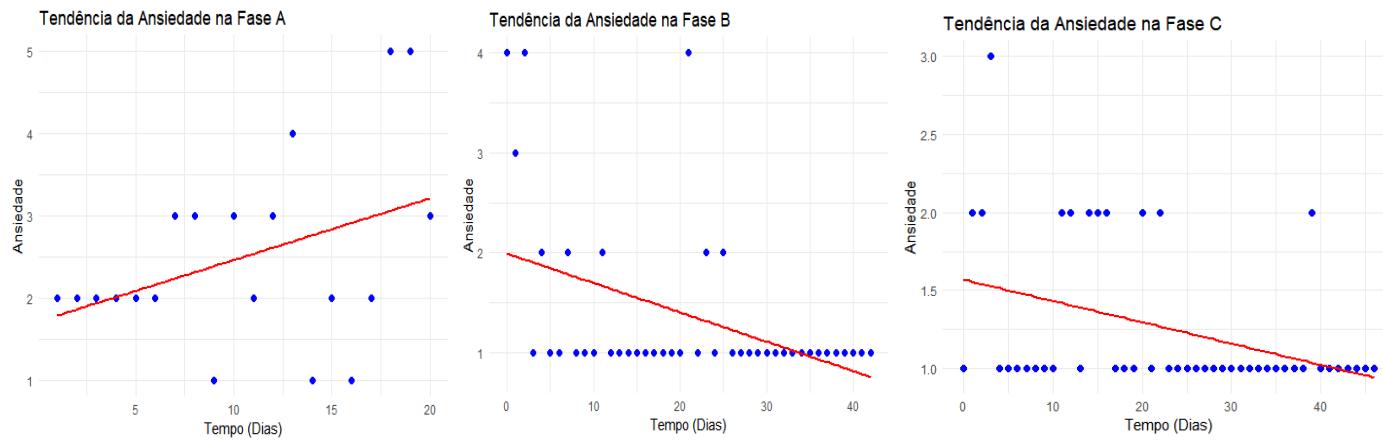
Nas análises do coeficiente de correlação por Pearson os resultados apontam um valor de regressão com $r = -0,43$ e $p = 0,000$. Os achados podem indicar uma correlação negativa fraca e significativa entre os escores de ansiedade e as fases. Dessa forma, houve uma mudança nos sintomas ansiosos entre a fase A e fase B.

Na análise de tendência utilizando a regressão (OLS) para os índices de ansiedade, os dados indicaram uma leve tendência de aumento ao longo do tempo durante a fase A. No entanto, essa variação não foi estatisticamente significativa sendo $p = 0,091$ e sendo demonstrado pelo $r = 0,075$. Isso sugere que, embora os escores de ansiedade tenham apresentado uma elevação durante o período analisado, não há evidências estatísticas suficientes para confirmar essa tendência como consistente.

Nessa perspectiva, na fase B – intervenção, os dados indicaram uma tendência de redução ao longo do tempo, com um coeficiente de regressão negativo $r = -0,029$ e $p = 0,003$. Esse resultado sugere que os níveis de ansiedade da participante diminuíram significativamente ao longo do período de intervenção. Os dados podem ser observados no Gráfico 5. Na fase de intervenção, a análise sugere que os níveis de ansiedade diminuíram significativamente ao longo da pós-intervenção, conforme indicado pelo coeficiente negativo de $r = -0,029$ e com $p = 0,003$ conforme o Gráfico 6.

Gráficos 4, 5 e 6.

Tendência do indicador de Ansiedade na fase A, B e C



Índice Dor

O terceiro índice, o de dor, obteve na linha de base uma $M = 2,8$ e $DP = 0,76$; na fase de intervenção obteve uma $M = 2,97$ e $DP = 0,83$; e na fase de pós-intervenção $M = 2,70$ e $DP = 0,80$. Assim como os demais índices avaliados, os resultados do índice de dor indicam uma redução das médias e do desvio padrão ao longo do tempo, sugerindo não apenas uma diminuição dos níveis de dor, mas também uma maior estabilidade na fase de pós-intervenção.

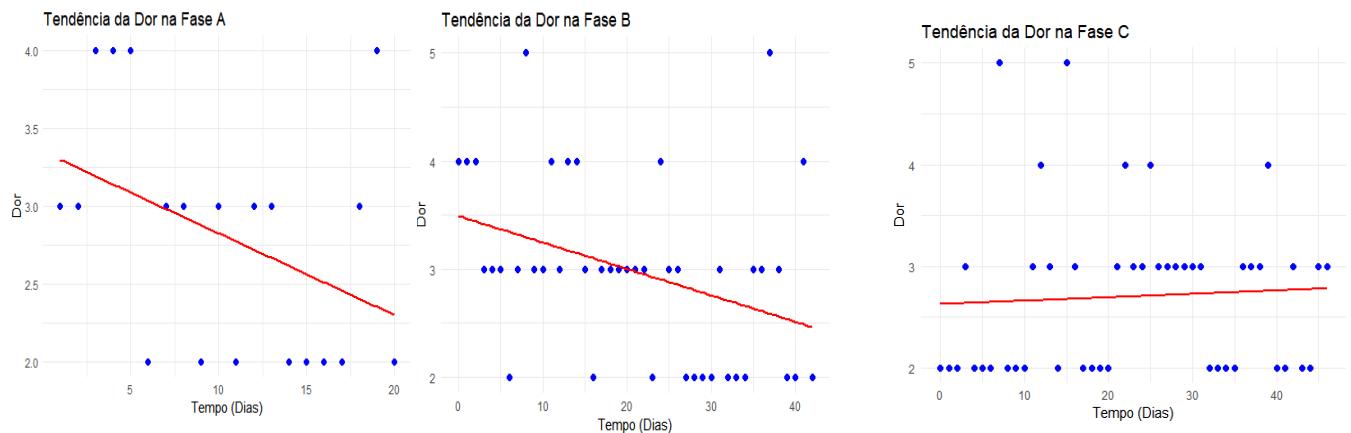
Nas análises de correlação por Pearson os resultados apontaram valor de $r = -0,081$ e $p = 0,20$. Os achados podem indicar uma correlação negativa fraca entre os escores de dor e as fases, assim como o p realça que essa relação não foi estatisticamente significativa. Por fim, foi realizada a análise de tendência utilizando a regressão para os índices de dor também nas três fases, A, B e C. Na fase A, os resultados da análise de regressão linear indicam que há uma tendência de redução no nível de dor ao longo do tempo, com um coeficiente $r = -0,053$ e um $p = 0,076$. Esse valor de p sugere que a relação entre o tempo na fase A e o nível de dor é pouco significativa, o que indica que, embora a relação seja observada, a evidência não é

forte o suficiente para ser considerada estatisticamente significativa. Essa mudança pode ser analisada no Gráfico 7.

Considerando o período de intervenção, fase B, os resultados da análise de regressão linear indicam uma tendência de redução no nível de dor ao longo do tempo, com um $r = 0,024$ e um $p = 0,014$. Esse indicador sugere que a relação entre o tempo e o nível de dor é estatisticamente significativa. Assim, conclui-se que, na medida em que o tempo avançava dentro da própria fase, os níveis de dor têm uma tendência significativa em diminuir. Tal resultado pode ser observado no Gráfico 8. Por fim, na última fase de pós-intervenção, fase C, os resultados mudaram tendo regressão linear o valor de $r = 0,0033$ e o $p = 0,703$ indicando que essa relação não é estatisticamente significativa. Tal resultado pode ser visto no Gráfico 9.

Gráficos 7, 8 e 9.

Tendência do indicador Dor na fase A, B e C



Por fim, foi realizada uma análise da diferença bruta de médias por meio do teste t de Student entre as fases de linha de base e intervenção ($A - B$) e de intervenção e pós-intervenção ($C - B$) para avaliar a significância e, posteriormente, utilizando a diferença bruta, foi calculado o d de Cohen's. Na tabela abaixo é possível verificar os valores.

Tabela 3.

Análise da Diferença Bruta de Médias entre Fases do Estudo: Teste t de Student e d de Cohen

Indicador	Fase Comparada	Média Linha		T	P	D	Significância
		Base	Intervenção				
Tristeza	Linha Base vs Intervenção	2,50	1,58	26,241	0,014	0,87 (grande)	Significativo
Ansiedade	Linha Base vs Intervenção	2,50	1,37	39,286	0,000	1,19 (grande)	Significativo
Dor	Linha Base vs Intervenção	2,80	2,98	-0,828	0,412	-0,22 (pequeno)	Não Significativo
Tristeza	Intervenção vs Pós-Intervenção	1,58	1,57	0,045	0,963	0,01 (muito pequeno)	Não Significativo
Ansiedade	Intervenção vs Pós-Intervenção	1,37	1,26	0,792	0,430	0,17 (muito pequeno)	Não Significativo
Dor	Intervenção vs Pós-Intervenção	2,98	2,70	15,897	0,115	0,34 (pequeno)	Não Significativo

Na análise do indicador tristeza foi possível observar que entre a linha de base e a intervenção (A-B) houve uma redução estatisticamente significativa nos escores ($p = 0,014$), com um grande efeito ($d = 0,87$). Isso pode indicar que a intervenção foi eficaz para reduzir a tristeza da cliente, com um efeito considerável. No entanto, ao comparar os escores entre a intervenção e o pós-intervenção (C-B) os resultados não foram estatisticamente significativos ($p = 0,964$) com poder de efeito muito pequeno ($d = 0,01$). Isso sugere que, após o término da intervenção, a tristeza se manteve estável, sem evidências de regressão ou melhora.

No indicador ansiedade pode se dizer que também houve uma redução significativa entre ($p = 0,000$), com um efeito grande tendo $d = 1,19$. Esse resultado indica que a intervenção pode ter tido um impacto expressivo na redução da ansiedade da cliente. Entretanto, a comparação entre a intervenção e o pós-intervenção não demonstrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,430$), com um efeito muito pequeno ($d = 0,17$). Esse resultado sugere que, assim como no caso da tristeza, a ansiedade permaneceu estável após o término da intervenção.

Diferentemente dos outros dois indicadores, a dor não apresentou diferenças estatisticamente significativas ao longo das fases do estudo. A comparação entre a linha de base e a intervenção resultou em um ($p = 0,412$), com um efeito pequeno ($d = -0,22$), sugerindo que a intervenção não teve impacto relevante sobre a percepção da dor da cliente. Além disso, a comparação entre a intervenção e o pós-intervenção também não foi significativa ($p = 0,115$), embora o efeito tenha sido ligeiramente maior ($d = 0,34$), mas ainda é pequeno. Esse achado sugere que, ainda que tenha havido uma leve diminuição na dor, essa mudança não foi estatisticamente relevante.

Discussão

O presente trabalho teve como objetivo analisar como a AT pode contribuir para a diminuição dos sintomas depressivos, ansiosos e na percepção da dor em uma mulher com o diagnóstico de dor crônica. Para atingir essa finalidade, realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso com avaliação pré e pós-intervenção e desenho de séries temporais. Dessa forma, a discussão foi orientada pelos resultados obtidos para os índices de tristeza, ansiedade e dor, integrando os dados dos relatórios de cada sessão e das referências da literatura científica acerca do tema.

Índice Tristeza

Na linha de base do índice de tristeza (Gráfico 1), observou-se uma diminuição dos sintomas a partir da intervenção. Esse dado associado a redução do desvio padrão ao longo do processo de AT estudo pode indicar maior previsibilidade emocional e menor flutuação no humor da cliente (Gráfico 2). A literatura indica que mudanças psicológicas não se limitam apenas a diminuição dos sintomas, mas também envolvem menor variabilidade emocional (Aschieri, 2021; Finn, 2017; Smith, 2015; Tarochi, 2013).

No contexto clínico, essas mudanças emocionais podem estar associadas a experiências subjetivas que moldam a percepção da pessoa sobre si mesma e o mundo ao seu redor (Smith, 2015). Dessa forma, durante a sessão prévia, a cliente relatou eventos significativos de sua vida que podem ter influenciado diretamente a percepção de sua autoimagem e que despertaram sentimentos de tristeza, baixa autoestima e insatisfação corporal. No entanto, no decorrer do processo, essas percepções foram mudando de acordo com o relato da cliente e confirmadas após os resultados obtidos.

Especificamente, a cliente mencionou na sessão prévia e primeira sessão que desde a juventude apresentava problemas com o seu corpo e que após sofrer um acidente de bicicleta

descobriu o diagnóstico de artrose e que por isso se afastou de suas atividades laborais. Além disso, referiu sentir vergonha de sua condição física, evitando a exposição social, se escondendo quando passava perto de pessoas ou quando era solicitada na igreja para pregar a liturgia e, por isso, optava em se isolar, mantendo-se entristecida na maior parte do tempo. Cumpre mencionar que uma de suas perguntas estava relacionada como a cliente percebia esse corpo “Por que eu nunca me aceitei do jeito que eu sou? O meu corpo?”.

Outra questão relevante na sessão prévia foi seu histórico de dedicação ao cuidado de familiares, como seu pai e seus sogros, priorizando constantemente os outros e negligenciando as suas próprias necessidades colocando-as em segundo plano. Ao abordar a perda do pai, expressou sentimentos saudosos, afirmando que vivenciou períodos depressivos, sem vontade de viver e um processo de elaboração de luto difícil. Afirmava que era próxima dele, que se sentia cuidada e que o processo de adoecimento do pai também lhe adoeceu, pois, dedicava-se ao cuidado em tempo integral dele. Para exemplificar tal sentimento a cliente mencionou “ele era o amor da minha vida”.

Quando se referia a sua mãe, mencionava sentimentos conflituosos e necessidade de ser notada por ela. Refere que a mãe sempre fazia comparações negativas entre ela e o seu irmão, mesmo sendo a cliente a principal cuidadora dela. Fátima nasceu em uma família grande, no qual, a maioria de seus irmãos são falecidos. O único irmão vivo morava em outro estado do Brasil e pouco eles tinham contato. Nesse sentido, surgem a sua segunda e terceira perguntas: “Por que eu sempre estava procurando desafios, procurando sempre provar para alguém que eu era capaz?” e “Eu ainda procuro estar sempre atrás de eventos, cursos. Quero sempre me esconder?”

Ao abordar essas perguntas, a cliente traz sentimentos de inferioridade, baixa autoestima e tristeza diante da reflexão de que passou a vida querendo agradar as pessoas e especialmente a sua mãe. Com isso, a própria cliente aponta que uma de suas queixas estava

relacionada ao se sentir triste ao relembrar situações de sua vida e, a partir disso, foi construído o primeiro índice para avaliar diariamente: a tristeza.

A tristeza, enquanto emoção fundamental na experiência humana, pode desempenhar um papel adaptativo ao sinalizar perdas ou frustrações em níveis moderados (Gross, 2015). No entanto, quando persistente e intensa, pode comprometer o funcionamento emocional e social do indivíduo (APA, 2022). O DSM-5-TR (APA, 2022) descreve um tipo de tristeza da ordem do adoecimento, a tristeza patológica, que se caracteriza como um estado persistente de humor deprimido acompanhado de perda de interesse, fadiga, sentimentos de inutilidade e alterações no sono e apetite, critérios observados no transtorno depressivo maior.

Durante as sessões, a cliente relatava dificuldades para dormir, tanto por conta da própria dor crônica como também pelos sentimentos de tristeza, inutilidade e angústia a maior parte do tempo. Tal dado também pode ser observado por meio dos resultados do método JT através do escore do SRQ-20, que avalia a presença de sofrimento psíquico, que no período pré (linha de base) a cliente apresentou uma pontuação de 13 pontos, sendo esse dado visualizado na tabela 2. Dessa forma, essa manifestação do sofrimento psíquico evidenciou a necessidade de uma intervenção na fase de acompanhamento que possibilita ao cliente uma maior compreensão sobre seus sentimentos e a ressignificação de sua experiência emocional.

Especificamente, na sessão de intervenção, a psicóloga escolheu escrever as frases verbalizadas pela cliente durante as sessões para que ela pudesse entrar em contato com sentimentos e percepções que ela tinha dela mesma. A atividade consistiu em deixar o verso da folha em branco para que ela pudesse construir novas narrativas, ou seja, outras possibilidades em relação a si e aos outros.

Destaca-se que a intervenção em AT pode ocorrer de diversas formas, como diálogos reflexivos, exercícios escritos, experimentações vivenciais e devoluções interativas e criativas

(Finn, 2017). Finn (2007/2017) refere que a fase de intervenção é um dos momentos mais importantes do processo, no qual as informações obtidas ao longo da avaliação são utilizadas para promover *insights* e mudanças emocionais e cognitivas na cliente.

Assim, Fátima ao realizar a leitura das frases na sessão de intervenção, etapa B, como “Eu não me aceito, eu tenho vergonha do meu corpo”, “Quando a gente discutia, eu não enfrentava ela, agora eu silencio mais”, “Eu me deixo de lado, para cuidar dos outros” entre outras, entrava em contato consigo e tinha *insights*, dos quais, sempre mencionava nas sessões seguintes. Durante a sessão de pós-intervenção, foi possível observar através de seu relato que algo em relação a sua autopercepção havia mudado nas últimas semanas, trazendo o fato de conseguir se olhar no espelho, gostar da sua imagem e que estava tentando participar de forma mais ativa das reuniões de sua igreja. Nesse sentido, é comum que os clientes refletem sobre os conteúdos abordados e obtenham novas compreensões (Finn, 2017).

Segundo Finn e Tonsager (1997) a AT promove a reorganização emocional ao proporcionar compreensão e aceitação de aspectos pessoais, favorecendo a redução de estados emocionais negativos. Com isso, alguns estudos indicam que, ao possibilitar o autoconhecimento, a psicoterapia promove uma mudança na forma de o cliente agir diante de certas situações, envolvendo mudanças tanto no âmbito externo, isto é, comportamental quanto interno, emocional (Rogers, 1976; Fisher, 2003). Nessa perspectiva, a redução dos escores de tristeza da cliente pode ser compreendida como um movimento em direção a uma experiência emocional mais regulada, corroborando a ideia de que intervenções psicológicas, como a AT, auxiliam na reorganização emocional ao proporcionar novos significados às experiências internas (Finn, 2017; Tarochi, 2013).

Os achados apontam para uma redução significativa na tristeza ao longo das fases do estudo, especialmente durante a intervenção, seguida de uma estabilização no pós-intervenção, como é visto no método JT que a pontuação do SRQ-20 diminuiu de 13 para 7

pontos (tabela 2). Conforme a perspectiva de Finn (2007/2017), a AT não apenas facilita uma maior compreensão de si mesma, mas também possibilita mudanças emocionais e cognitivas, promovendo uma reorganização na experiência emocional da cliente.

A correlação negativa encontrada ($r = -0,29$, $p = 0,001$) reforça essa tendência, sugerindo que, à medida que o tempo avançava, os escores de tristeza diminuíram. No entanto, a magnitude da correlação é fraca, indicando que outros fatores podem ter influenciado essa redução. Ao longo das sessões, Fátima pontuou que o seu irmão voltou para o estado do Ceará e passou a cuidar de sua mãe junto com a cliente, fato que diminuiu também a sobrecarga psíquica relatada por ela. Esse achado se alinha com Finn e Tonsager (1997) que destacam que a AT não atua isoladamente, mas dentro de um contexto no qual fatores externos, como eventos de vida, suporte social e expectativas da cliente também desempenham um papel na mudança emocional. Nesse caso, a vinda do irmão da cliente possibilitou uma melhora na percepção do suporte social e a continuidade da cliente com o seu tratamento (Carmo & Guizardi, 2018).

A análise de tendência reforça o impacto positivo da AT na redução da tristeza, destacando três momentos distintos: 1) fase A (Linha de Base): a ausência de uma tendência estatisticamente significativa ($r = -0,011$, $p = 0,859$) indica que, antes da intervenção, os níveis de tristeza não apresentavam variações expressivas, estabelecendo uma condição de referência confiável para avaliar os efeitos da intervenção (Kazdin, 2011) (Gráfico 1); 2) fase B (Intervenção): A redução significativa dos escores de tristeza ($r = -0,024$, $p = 0,013$) sugere que a AT pode ter sido um fator determinante nessa mudança (Gráfico 2); e 3) Fase C (Pós-Intervenção): embora tenha havido uma leve redução na tristeza, a ausência de significância estatística ($r = -0,010$, $p = 0,122$) sugere que os ganhos adquiridos foram mantidos, mas a tendência de redução não continuou expressivamente (Gráfico 3).

De acordo com Smith (2015), a AT auxilia na reformulação da experiência interna de sofrimento, tornando-a mais compreensível e manejável. Esse resultado também corrobora com Finn (2007/2017) que destaca a AT como uma “lente de aumento” para mudanças terapêuticas que, de outra forma, poderiam ocorrer mais lentamente ou permanecer latentes. Desse modo, é importante ressaltar que os estudos de séries temporais indicam que reduções de sintomas podem ocorrer de maneira não linear, apresentando períodos de estabilização, oscilações e até regressões momentâneas (Tarochi, 2013; Kazdin, 2019). Os resultados indicam que a AT cumpriu seu papel dentro de um período delimitado, mas que intervenções adicionais poderiam aprofundar as mudanças ao longo do tempo (Tarochi, 2013).

Além dos aspectos quantitativos e dos resultados das análises, a continuidade do processo terapêutico se revelou fundamental. A própria cliente expressou o desejo de prosseguir com o acompanhamento psicológico, questionando se poderia dar seguimento ao processo com a mesma terapeuta. Esse movimento evidencia o valor das abordagens terapêuticas de caráter processual que favorecem a construção de uma aliança sólida entre cliente e terapeuta. Finn (2007/2017) destaca que, ao serem envolvidos de forma colaborativa no processo avaliativo, os clientes tendem a experimentar ganhos terapêuticos significativos e frequentemente manifestam interesse em continuar o tratamento após a conclusão da avaliação. Essa característica da AT está diretamente associada à experiência de acolhimento, escuta ativa e construção conjunta de sentido, elementos que potencializam o vínculo terapêutico (Finn; Tosanger, 1992).

Esses achados estão alinhados com pesquisas que utilizam modelos de séries temporais para avaliar intervenções psicológicas. Dessa forma, Smith (2010) sugere que os efeitos terapêuticos da AT podem ocorrer de maneira gradual, nem sempre captáveis por métodos estatísticos tradicionais. Da mesma forma, Tarochi (2013) destaca a importância de técnicas analíticas mais sofisticadas, como os modelos ARIMA e a análise de componentes

principais, que possibilitam uma compreensão mais aprofundada dos padrões de mudança em processos terapêuticos. Os modelos ARIMA (*AutoRegressive Integrated Moving Average*) são utilizados para analisar dados coletados ao longo do tempo, permitindo identificar tendências, oscilações e efeitos de longo prazo (Box et al., 2015). Já a Análise de Componentes Principais (PCA – *Principal Component Analysis*) reduz a complexidade dos dados ao agrupar variáveis correlacionadas em componentes que representam dimensões latentes do fenômeno estudado (Jolliffe & Cadima, 2016). Além disso, McKnight et al. (2007) argumentam que intervenções psicológicas frequentemente geram efeitos não lineares, com impacto inicial acentuado seguido por uma estabilização, padrão que também pode ser observado nos resultados desta pesquisa.

Índice Ansiedade

Os resultados indicam também uma diminuição dos níveis de ansiedade ao longo das diferentes fases do estudo, isto é, entre linha de base para intervenção e de intervenção para o pós-intervenção, no qual, os escores apresentaram uma estabilização. Corroborando com esse resultado pelo método JT, os escores da BAI, que medem níveis de ansiedade, reduziram-se de 32 para 13 pontos, caracterizando também uma mudança negativa confiável e indicando uma transição do nível de ansiedade de moderado para leve (Tabela 2).

É importante destacar que a ansiedade é um estado emocional caracterizado por sentimentos de apreensão, preocupação e ativação fisiológica, podendo variar em intensidade e impacto na funcionalidade (Dalgalarondo, 2019). De acordo com a literatura, a ansiedade pode ser classificada em diferentes níveis, incluindo leve, moderada e grave, conforme a intensidade dos sintomas e o grau de prejuízo que causam na vida cotidiana (American Psychiatric Association, 2022).

A ansiedade leve é caracterizada por um estado de alerta aumentado, acompanhado de sintomas subjetivos de preocupação e inquietação que não comprometem significativamente o desempenho funcional da pessoa. Pode haver um leve desconforto emocional e algumas manifestações somáticas (Beck et al., 1988; Hamilton, 1959). A ansiedade moderada envolve sintomas mais intensos e persistentes, resultando em dificuldades na concentração, na regulação emocional e na execução de tarefas rotineiras. Os sintomas somáticos tornam-se mais evidentes, podendo incluir palpitações, sudorese excessiva e fadiga, além de pensamentos intrusivos que dificultam a tomada de decisão e aumentam a evitação de determinadas situações (Spielberger et al., 1983).

No caso de Fátima, na linha de base, a cliente trazia preocupação excessiva na forma como as pessoas a percebiam, além disso, relatou diversas vezes, tensão muscular, dores causadas por enxaqueca e dificuldades para iniciar e manter o sono. Além disso, apontou que diante de situações que ficava mais ansiosa ou nervosa tendia a comer mais, apresentando também dificuldades na concentração, sudorese, enxaqueca e dificuldades para iniciar e manter a atividade física devido a condição da dor crônica, o que acarretou um estado de obesidade. Nesse contexto, levantou a sua última pergunta: “Não sou perseverante nas coisas que eu faço?”, além de destacar o segundo índice para avaliar diariamente: O quanto eu estou ansiosa hoje?

Fátima, durante as sessões, abordava que a ansiedade tem um impacto em sua vida em diversos aspectos como em sua memória, atenção, concentração, em tomar decisões e na forma em que se percebe diante de si e dos outros, além disso, relata que quando sente uma dor maior é devido as situações em que se encontra mais ansiosa/preocupada. A cliente mencionou que durante a sua vida, por vezes, começava alguma atividade, mas não conseguia terminar, como cursos e negócios que se propôs a fazer e vender. Sobre isso, mencionou que

tendia a interromper por se sentir cansada, desmotivada ou até mesmo por não conseguir diante de tantas dores.

Nessa perspectiva, a literatura atual reforça a interconexão entre dor crônica e fatores psicológicos, como ansiedade e depressão. Estudos indicam que a ansiedade está presente em 35% dos pacientes com dor crônica, em comparação com 18% na população geral (Castro et al., 2020). Além disso, a prevalência média de ansiedade entre pacientes com algum tipo de dor crônica é de 40%, variando entre 19% e 66% (Santos & Oliveira, 2022). Especificamente em mulheres, a relação entre dor crônica e ansiedade é ainda mais pronunciada. Por exemplo, 100% das mulheres com enxaqueca apresentaram níveis elevados de estresse e 31% exibiram ansiedade em nível moderado (Silva & Almeida, 2014).

Fátima, por vezes, pedia para remarcar a sessão devido a fortes dores de enxaqueca e tensão muscular, além disso, relatou que no início do processo também pensou em desistir, pois, quando entrava em contato com algumas de suas questões, era muito doloroso para ela. Segundo Finn e Tonsager (1997) e Finn (2007/2017), o processo em AT pode ser emocionalmente intenso, pois leva o cliente a entrar em contato com aspectos profundos de sua experiência. Esse desconforto inicial é esperado e pode ser um indicativo de que questões significativas estão sendo trabalhadas. No entanto, ressaltam a importância de conduzir a AT de forma cuidadosa, respeitando o ritmo do cliente e oferecendo suporte para que ele possa transformar essa dor em um processo de crescimento e ressignificação.

Nasio (2008), por sua vez, explora a relação intrínseca entre dor física e dor psíquica, argumentando que ambas se entrelaçam de forma complexa e não podem ser compreendidas como elementos separados. Segundo ele, a dor emocional pode se manifestar fisicamente, assim como o sofrimento corporal pode intensificar estados psicológicos de angústia e melancolia. Essa visão reforça a ideia de que o sofrimento da cliente deve ser analisado de maneira integrada, considerando tanto os aspectos físicos quanto os psíquicos na experiência

da dor. Dessa forma, compreender a interação entre dor física e sofrimento psíquico pode permitir ampliar a análise sobre fatores que potencializam a experiência dolorosa, como a ansiedade e suas implicações no manejo clínico.

Essa relação entre dor e sofrimento psíquico também pode ser observada nos dados quantitativos tendo em vista que a análise de correlação de Pearson revelou um coeficiente ($r = -0,43; p = 0,000$) que indica uma correlação negativa fraca, mas estatisticamente significativa, entre os escores de ansiedade e as fases do estudo. Assim, os dados sugerem que houve uma mudança nos sintomas ansiosos entre a fase A (linha de base) e a fase B (intervenção) (gráfico 4). Além disso, a análise de tendência por meio da regressão de mínimos quadrados ordinários mostrou uma leve tendência de aumento dos escores de ansiedade ao longo do tempo durante a fase A ($r = 0,075; p = 0,091$), embora essa variação não tenha sido estatisticamente significativa.

Já na fase B (intervenção), verificou-se uma tendência de redução dos escores de ansiedade, com um coeficiente de regressão negativo ($r = -0,029; p = 0,003$), sugerindo que a intervenção pode ter tido um efeito positivo na redução dos sintomas ansiosos (gráfico 5). É importante ressaltar que esse padrão sugere não apenas uma diminuição dos sintomas ansiosos, mas também uma maior estabilidade emocional ao final do processo da cliente. Esses achados dialogam com a literatura sobre a AT proposta por Finn (2007/2017), Smith (2010/2015), Tarochi (2013) e Aschieri (2021), que ressaltam a importância da mensuração da ansiedade em processos terapêuticos.

Fátima trazia durante o processo de pós-intervenção (sessão de acompanhamento) que tendia a focar em aspectos que não eram seus, por exemplo, pensava demasiadamente na forma que as pessoas pensavam dela e ela considerava que o problema sempre era do outro. Uma de suas falas traduzia esse pensamento: “antes eu achava que o problema era o outro e não era comigo” e “aquilo que te irrita no outro, é algo que você não aceita em você”. Ao

falar sobre isso, a cliente menciona que o processo de AT lhe ajudou muito, principalmente a ver quem ela é enquanto pessoa e o que ela pode fazer para alcançar seus objetivos.

Ao mencionar sobre iniciar tarefas e não as concluir, a cliente e terapeuta chegaram à conclusão que a maioria dos projetos que a cliente iniciou não era de seu desejo e sim de outras pessoas, como de seu esposo e de sua mãe. Freud (1915/1996) aponta que os desejos desempenham um papel fundamental na constituição do sujeito, sendo imprescindível reconhecê-los para que não sejam substituídos por demandas externas. Quando os anseios individuais são reprimidos em favor das expectativas alheias, pode surgir um conflito psíquico que dificulta a sensação de realização e autenticidade.

Ainda na construção de uma nova percepção sobre si, Fátima afirma que antes tinha vergonha de si mesma, e que hoje ela está aprendendo a assumir quem ela é e que as pessoas precisam gostar dela dessa forma. Além disso, destaca que percebeu depois de seu adoecimento que se viu paralisada e que somente com a ajuda profissional poderia conseguir “se levantar”. Ao falar sobre isso, mencionou que estava se sentindo melhor, que estava buscando ajuda psiquiátrica, conseguiu realizar atividades diárias e sentia mais vontade de sair. Nos estudos de Finn (2007/2017) e Aschieri e Smith (2012), eles destacam que a AT, ao oferecer um espaço estruturado para reflexão e elaboração emocional, contribui para a diminuição dos sintomas de ansiedade, promovendo maior autorregulação emocional e bem-estar subjetivo.

De forma semelhante, Tarocchi (2013) também ressalta que processos avaliativos que envolvem o cliente ativamente podem gerar resultados terapêuticos significativos, reduzindo padrões disfuncionais de resposta à ansiedade que é a proposta da AT. De maneira similar, Aschieri (2021) argumenta que a participação ativa da cliente em avaliações psicológicas auxilia na ressignificação de experiências ansiogênicas, favorecendo a diminuição dos sintomas ao longo do tempo. Estudos prévios sugerem que intervenções estruturadas podem

contribuir para a redução de sintomas ansiosos ao longo do tempo, especialmente em contextos de dor crônica.

A relação entre ansiedade e dor crônica tem sido amplamente estudada, evidenciando que a ansiedade não apenas coexiste com a dor, mas também pode amplificar sua percepção (Gershon & Satterfield, 2011). Além disso, situações de ansiedade e tensão interpessoal podem contribuir para o surgimento ou agravamento da dor crônica. Tais achados ressaltam a necessidade de abordagens terapêuticas integradas que considerem tanto os aspectos psicológicos quanto os fisiológicos no manejo da dor e da ansiedade (Williams & Cox, 2003).

A redução dos escores de ansiedade observada na cliente pode indicar uma melhora significativa na sintomatologia, alinhando-se às descrições do DSM-5 sobre a manifestação e evolução dos transtornos ansiosos. Dessa forma, os resultados corroboram a literatura existente e reforçam a importância da AT como um recurso eficaz para a diminuição dos sintomas ansiosos, promovendo mudanças terapêuticas significativas ao longo do processo de intervenção.

Diante disso, a integração de estratégias psicológicas no tratamento da dor se torna essencial para o controle dos sintomas ansiosos e para a melhora da qualidade de vida. Assim, os resultados desse estudo corroboram as evidências da literatura, reforçando a importância de intervenções direcionadas à ansiedade, especialmente em populações que lidam com condições crônicas de dor. O impacto positivo da intervenção observada na redução dos escores de ansiedade destaca a necessidade de abordagens terapêuticas multidisciplinares que abordem simultaneamente os aspectos emocionais e físicos da condição clínica.

Índice Dor

O terceiro índice apresentou pequenas alterações nas médias e no desvio padrão entre as fases ao longo do tempo, isto é, houve um pequeno aumento entre a fase A para fase B, enquanto a fase C, em relação a B, diminuiu (Gráficos 7 e 8). As análises de correlação por Pearson revelaram um valor de $r = -0,081$ e $p = 0,20$, apontando para uma correlação negativa fraca entre os escores de dor e as fases do estudo. Esse dado sugere uma tendência de redução dos níveis de dor ao longo do tempo, ainda que essa relação não tenha sido estatisticamente significativa. Embora não sejam identificadas diferenças estatisticamente significativas, é importante refletir sobre a relevância clínica dessas alterações, uma vez que a percepção da dor é intrinsecamente subjetiva e influenciada por múltiplos fatores (Feio, 2017; Faria, 2021).

A dor crônica está associada a uma série de dificuldades funcionais, incluindo limitações nas atividades diárias, isolamento social e prejuízos no desempenho profissional. Além disso, há um impacto expressivo na saúde mental (Turk & Okifuji, 2002). No caso específico de Fátima, observou-se que, no início da intervenção, sua dor interferia substancialmente em seu dia a dia, dificultando tarefas básicas como o cuidado com o lar e a prática de atividades físicas. Esse impacto não se restringia apenas à funcionalidade, mas também afetava sua autoestima e autopercepção, evidenciando o entrelaçamento entre dor física e sofrimento psíquico. A combinação desses fatores resulta em um impacto negativo expressivo na funcionalidade e na satisfação com a vida.

A ausência de significância estatística nas mudanças observadas pode ser atribuída à natureza multifatorial da dor, à percepção individual, à dinâmica da intervenção e ao tempo do processo. Estudos indicam que a dor é uma experiência subjetiva e influenciada por fatores emocionais, cognitivos e sociais (Faria, 2021; Feio, 2017; IASP, 2020; Kreling et al., 2006; Melzack & Wall, 1995; Traue et al., 2009). Assim, variações na resposta à intervenção

podem ser esperadas, especialmente em condições de dor crônica (Williams & Craig, 2016).

Dessa forma, é importante notar que, mesmo sem significância estatística, alterações clínicas são relevantes, pois pequenas melhorias podem impactar a qualidade de vida da cliente (Kazdin, 2019).

Corroborando essa ideia, Aschieri e Smith (2012) destacam que mudanças no processo terapêutico podem ocorrer de maneira gradual e não linear, sendo que alguns clientes apresentam progresso ao longo das sessões, enquanto outros experimentam benefícios perceptíveis apenas a longo prazo. Essa perspectiva reforça a importância de se avaliar não apenas os resultados estatísticos, mas também as percepções individuais da cliente e os impactos subjetivos da intervenção em sua rotina e bem-estar emocional.

Os relatos de Fátima durante a intervenção corroboram com essa perspectiva, pois ela mencionava que estava conseguindo realizar algumas atividades domésticas, melhorar a qualidade do sono e cuidar mais de si mesma, além de ter relatado, em outro momento, maior disposição para participar de atividades sociais e buscar cuidados com outros especialistas. Esses relatos indicam mudanças qualitativas importantes, sugerindo que, mesmo sem uma redução estatisticamente significativa da dor, houve um impacto positivo na funcionalidade e na percepção de bem-estar da cliente. Além disso, esse dado corrobora com a compreensão de que, em contextos de dor crônica os processos de mudança podem ser sutis e progressivos, exigindo uma avaliação mais abrangente para captar seus efeitos na vida cotidiana dos indivíduos.

Considerando que as primeiras experiências de dor estão profundamente enraizadas na psique e que podem influenciar as respostas emocionais subsequentes, é necessário ampliar a compreensão da dor crônica para além do aspecto fisiológico (Freud, 1917; Nasio, 2008). Freud (1920) argumenta que a dor está associada a um aumento significativo na excitação

sensorial, podendo romper as barreiras protetoras do aparelho psíquico e levar a estados de vulnerabilidade e desamparo.

Nasio (1997) explora a dor sob três perspectivas: como afeto, como sintoma e como perversão. Ele sugere que a dor pode ser compreendida tanto como uma emoção intensa que molda a percepção do *self* e do mundo, quanto a manifestação física de conflitos internos não resolvidos ou, ainda, como um fenômeno ligado a comportamentos que desafiam normas sociais. No caso de Fátima, seu relato inicial evidencia essa dimensão afetiva, na medida em que a dor limitava sua capacidade de agir e de se enxergar de forma positiva.

Como sintoma, a dor pode ser uma manifestação física de conflitos internos não resolvidos, expressando questões psíquicas subjacentes. A experiência de Fátima pode ser compreendida nesse sentido, considerando que a melhora relatada em sua rotina sugere uma elaboração psíquica paralela tanto durante o processo de AT como em suas sessões de psicoterapia no ambulatório de dor.

Por fim, Nasio discute a dor no contexto da perversão, no qual o sofrimento pode estar associado a comportamentos desviantes ou formas de experiência que desafiam normas sociais e morais, o que amplia a compreensão da dor para além de uma perspectiva exclusivamente fisiológica ou psicológica convencional. Fátima afirma que sempre teve comportamentos de desafiar a sua mãe como uma das formas de provar as suas competências diante das comparações entre a cliente e o seu irmão.

Isso sugere que a dor relatada por Fátima pode estar associada não apenas a fatores orgânicos, mas também a vivências psíquicas que influenciam sua percepção e enfrentamento da condição. Ao falar sobre as dores que sente no corpo, a cliente mencionou que em um dos conflitos que teve com a mãe, ainda na adolescência, ela tentou suicídio, afirmava que a dor era tão grande que a forma que conseguiu encontrar para lidar diante de tanto sofrimento foi por esse meio. Ao perguntar sobre os pensamentos atuais em relação a esse tema, a cliente

mencionou que nunca mais havia tentado e que não pensava mais sobre isso. Tal dado pode ser observado através da escala BSS que os resultados pré e pós foram de zero (Tabela 2).

Por fim, foi realizada a análise de tendência utilizando a regressão (OLS) para os índices de dor também nas fases A, B e C. Na fase A, os resultados da análise de regressão linear indicam que há uma tendência de redução no nível de dor ao longo do tempo, com um coeficiente $r = -0,053$ e $p = 0,076$ (Gráfico 7). Esse valor de p sugere que a relação entre o tempo na fase A e o nível de dor é pouco significativa, isso indica que, embora a relação seja observada, a evidência não é forte o suficiente para ser considerada estatisticamente significativa.

Considerando o período de intervenção, fase B, os resultados da análise de regressão linear indicam uma tendência de redução no nível de dor ao longo do tempo, com um $r = 0,024$; $p = 0,014$, esse indicador sugere que a relação entre o tempo e o nível de dor é estatisticamente significativa (Gráfico 8). Assim, conclui-se que, na medida em que o tempo avança dentro da própria fase, os níveis de dor têm uma tendência significativa em diminuir. Na última fase, pós-intervenção, fase C, os resultados mudaram tendo regressão linear o valor de $r = 0,003$; $p = 0,703$ indicando que essa relação não é estatisticamente significativa (Gráfico 9). Por fim, foi realizada uma análise da diferença bruta de médias por meio do teste t entre as fases de linha de base e intervenção (A – B) e de intervenção e pós-intervenção (C - B) para avaliar a significância e, posteriormente, utilizando a diferença bruta, foi calculado o d de Cohen's.

Considerando que a experiência da dor é intrinsecamente subjetiva, variando significativamente entre os indivíduos e, até mesmo, para a mesma pessoa em momentos distintos, observou-se que a cliente apresentava percepções flutuantes em relação à sua dor. Em algumas sessões, relatava melhora significativa, enquanto em outras expressava angústia acentuada devido à persistência da dor. Essa variabilidade ressalta a complexidade da dor

crônica, que não se limita a aspectos fisiológicos, mas é profundamente influenciada por fatores emocionais e psicológicos (Kazdin, 2019).

Portanto, mesmo sem uma diferença estatisticamente significativa, as alterações observadas podem ser compreendidas como parte de um processo terapêutico mais amplo, que envolve não apenas a redução dos níveis de dor, mas também a ressignificação dessa experiência para o cliente, o que dialoga com o processo de AT. Isso ressalta a importância de abordagens terapêuticas que considerem não apenas os indicadores quantitativos, mas também os aspectos qualitativos da vivência da dor e seus desdobramentos na vida cotidiana.

Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo analisar como a AT pode contribuir nos sintomas depressivos, ansiosos e na percepção da dor em uma mulher que possui o diagnóstico de dor crônica. Utilizou-se um modelo de séries temporais, a partir da construção de índices de medidas diárias escolhidos de forma colaborativa entre a cliente e a terapeuta na sessão prévia, sendo estes: tristeza, ansiedade e percepção de dor. O estudo foi delimitado por uma linha de base, fase de acompanhamento e pós-intervenção.

Os resultados indicaram uma redução significativa no índice de tristeza durante a intervenção, refletindo não apenas uma diminuição da variabilidade emocional, mas também uma percepção mais positiva da cliente em relação a si mesma. Esse sofrimento emocional estava relacionado a eventos de vida marcantes, como dificuldades de autoaceitação, luto e sobrecarga nos cuidados familiares. A análise quantitativa dos dados evidenciou uma diminuição nos níveis de tristeza ao longo das fases do estudo, com destaque para a fase de intervenção, sugerindo um efeito positivo da AT e uma maior estabilidade emocional após o término da intervenção. Esses achados reforçam a relevância da continuidade do acompanhamento terapêutico, fundamental para garantir que as mudanças emocionais sejam sustentadas e aprofundadas ao longo do tempo.

No que diz respeito ao índice de ansiedade, a análise estatística evidenciou que a intervenção não apenas reduziu os escores de ansiedade da cliente, como também contribuiu para uma maior estabilidade. Além disso, a trajetória de Fátima ilustra a interconexão entre ansiedade e dor crônica, um fenômeno amplamente estudado na literatura. O estudo reforça a importância de considerar o sofrimento psíquico e físico de maneira integrada, uma vez que a ansiedade pode amplificar a percepção da dor e dificulta os meios de manejá-la. Dessa forma, intervenções que abordam ambos os aspectos, como a AT, mostram-se promissoras no cuidado de clientes com essa comorbidade.

No que se refere ao índice de dor, os resultados indicam uma pequena alteração entre as médias e o desvio padrão de cada fase ao longo do tempo. A correlação de Pearson apontou um nexo negativo fraco entre os escores de dor e as fases do estudo, sugerindo que a dor diminuiu, mas sem uma relação estatisticamente significativa. A experiência de Fátima ilustrou como a dor crônica impactava na funcionalidade, autoestima e bem-estar emocional vividos por ela. Durante a intervenção, ela relatou melhoras na realização de atividades diárias, na qualidade do sono e no envolvimento social, indicando mudanças qualitativas relevantes.

Algumas limitações do estudo também são apontadas e servem como sugestões para pesquisas futuras. Primeiramente, o estudo foi realizado com apenas uma participante, o que restringe a generalização dos achados para outras populações com dor crônica. Embora essa abordagem tenha possibilitado uma compreensão aprofundada da experiência da cliente, os resultados não podem ser extrapolados para um grupo maior. Além disso, a ausência de um grupo controle impede a atribuição definitiva dos efeitos observados exclusivamente à AT. Outras variáveis externas, como fatores contextuais, apoio social ou mudanças naturais na condição da cliente, podem ter influenciado os resultados.

Outro ponto a ser considerado é a influência do vínculo terapêutico que deve ser levada em conta, pois a relação estabelecida entre a terapeuta e a cliente pode ter desempenhado um papel significativo na evolução dos sintomas. Embora a AT tenha sido o foco da análise, o suporte emocional e a aliança terapêutica são fatores que também devem ser considerados na interpretação dos resultados.

Diante dessas reflexões, recomenda-se que estudos futuros ampliem o número de participantes, o que pode contribuir para maior robustez dos achados e aumento da validade externa. Além disso, a criação de estratégias para implementação de grupos controle — quando ética e metodologicamente viável — pode fortalecer o delineamento experimental e

possibilitar comparações mais precisas. O uso de métodos longitudinais e ferramentas estatísticas avançadas também pode favorecer a identificação de padrões mais sutis de mudança ao longo do tempo, aprofundando o entendimento sobre os efeitos das intervenções psicológicas.

Por fim, a dor crônica é uma condição multifatorial, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, o que torna difícil isolar os efeitos de uma única intervenção. Estratégias complementares, como fisioterapia, medicação e outras abordagens terapêuticas, podem interagir com a AT e modificar os resultados.

Referências

- Aguiar, D. P., Queiroz, C. P., Barbosa, W. J. M., Santos-Júnior, F. F & Oliveira, A. S (2021). Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. *BrJP*, 4(3), 257-67.
- Aguiar, R. W., Del Prette, Z. A. P., & Aguiar, K. F. (2008). Avaliação de programas de treinamento em habilidades sociais no Brasil: Análise crítica da produção científica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 161-168. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200003>
- Almeida, A.P. F. et al. (2008). Dor Crônica E Violência Doméstica: Estudo Qualitativo Com Mulheres Que Freqüentam Um Serviço Especializado de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(1), 83-91. <https://doi.org/10.1590/s1519-38292008000100010>. Accessed 23 June 2022
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5^a ed., texto revisado). Artmed.
- Anunciação, L., Caregnato, M., & Silva, F. S. C. da. (2019). Aspectos psicométricos do Inventário Beck de Depressão-II e do Beck Atenção Primária em usuários do Facebook. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(2), 83-91. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000231>
- Araújo, A. B. M. (2020). *Narrativas de vida de mulheres com fibromialgia: autogerenciamento da dor crônica*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Aschieri, F., & Durosini, I. (2021). Therapeutic Assessment efficacy: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 33(7), 638-651. <https://doi.org/10.1037/pas0001038>
- Aschieri; F., & Smith, J. D. (2012). The effectiveness of therapeutic assessment with na adult cliente: a sigle-case study using a time-series design. *Journal of Personality Assessment, London*, 94(1), 1-11.

- Barradas, J. F. S. (2021). *Eficácia Da Musicoterapia Na Pessoa Com Dor Crónica*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica). Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Cardoso, H. F. & Baptista, M. N. (2014). Escala de Percepção do Suporte Social – Versão Adulto- EPSUS-A: estudos das qualidades psicométricas. *Psico-USF*, 19(3), 499-510.
- Carmo, M. E., & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>
- Castro, M. M. C., Daltro, C., Kraychete, D. C., & Lopes, J. (2021). Comprometimento da qualidade de vida por ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Brazilian Journal of Pain*, 4(3), 216-220. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210038>
- Chaves, A. O., Almeida, R. S., Corrêa, L. A., Reis, F. J. J., Meziat-Filho, N. A. M., & Nogueira, L. A. C. (2019). A influência da Fisioterapia na redução da intensidade da dor e no efeito global percebido de pacientes com dores musculoesqueléticas. *Fisioterapia Brasil*, 20(2), 147-155. <https://doi.org/10.33233/fb.v20i2.2226>
- Chicalski, M. (2021). *A avaliação terapêutica frente à queixa de ansiedade*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Londrina. <https://repositorio.uel.br/handle/123456789/9717>
- Creswell, J. W. & Clark, V. L. P. (2013). *Pesquisa de métodos mistos*. Penso.
- Cunha, J. A (2017). *Manual em português das Escalas Beck*. Person Clinical Brasil.
- Dalgalarondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed.

- Durosini, I., & Aschieri, F. (2021). Therapeutic Assessment efficacy: *a meta-analysis*. *Psychological Assessment*, 33(10), 962-972.
- Durosini, I., Tarocchi, A., & Aschieri, F. (2017). Therapeutic assessment with a client with persistent complex bereavement disorder: A single-case time-series design. *Clinical Case Studies*, 16(4), 295-312.
- Faria, M. D. B. (2021). As histéricas de Freud, a dor orofacial e a histeria na clínica psicanalítica atual. *Estudos de Psicanálise*, (55), 97-111.
- Feio, C. B. A. P. R. (2017). *Relações entre dor crônica e histórias de vida de mulheres*. Universidade Federal de São Paulo.
- Fernandes, S. B. et al. (2021). Avaliação Terapêutica como um modelo interventivo de Avaliação Psicológica: um estudo de caso. *Psico-USF*, 26(3).
- Ferreira, A. C. L. (2022). *Propriedades psicométricas da versão brasileira do Short Form Brief Pain Inventory (Sf-Bpi) em idosos com dor crônica e a relação com o lócus de controle da dor*. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
- Finn, S. (2017). *Pela perspectiva do cliente: teoria e técnica da avaliação terapêutica*. Hogrefe.
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1992). Efeitos terapêuticos de fornecer feedback do teste MMPI-2 para estudantes universitários aguardando terapia. *Avaliação Psicológica*, 4(3), 278-287, 1992. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.3.278>
- Finn, S. E.; Tonsager, M. E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 9(4), 374-385.
- Fischer, C. T. (2017). *On the Way to Collaborative Psychological Assessment: Selected Papers of Constance T. Fischer*. Routledge.

- Fisher, C. B. (2003). *Decoding the ethics code: A practical guide for psychologists*. Sage Publications.
- Flick, U. (2009). *Introdução à Coleção Pesquisa Qualitativa. Qualidade na pesquisa qualitativa*. Artmed.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin, 133*(4), 581-624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Giasson, F. F. (2020). *Contribuições das estratégias de Avaliação Terapêutica para o enfrentamento do sofrimento psíquico de professores*. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Estadual do Ceará.
- Giasson, F. F., Ribeiro, L. C., & Cardoso, L. M. (2023). O florir da Violeta: Um estudo de caso em Avaliação Terapêutica. *Psicologia: Ciência e Profissão, 43*(e244243). <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244243>
- Gil, A. C. (2022). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas.
- Gomes, P., Lima, F. L. T., & Santos, A. T. C. (2020). Significados da Dor Crônica na Sobrevivência ao Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia, 67*(1). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2021v67n1.1143>
- Gonçalves, D. M., Stein, A., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública, 24*(2), 380-390.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology, 32*(1), 50-55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Kreling, M. C. G. D., Cruz, D. D. A. L. M. D., & Pimenta, C. A. D. M. (2006). Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem, 59*, 509-513.

- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EduSer: revista de educação*, 2(2), 49-65.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1995). *The challenge of pain*. Penguin.
- Messias, C. R., Cunha, F. A., Cremasco, G., & Baptista, M. (2021). Dor Crônica, Depressão, Saúde Geral e Suporte Social em Pacientes Fibromiálgicos e Oncológicos. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(4). <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.819>
- Minatti, S. P. (2012). O psicanalista no tratamento da dor. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(4), 825-837.
- Nasio, J. D. (1997). *O livro da dor e do amor*. Zahar.
- Nasio, J. D. (2008). A dor física. Zahar.
- Newman, M. L.; Greenway, P. *Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to clients at a University Counseling Service: a collaborative approach*. *Psychological Assessment*, Washington, v.9, n2, p.122-131, 1997.
- Patel, N. B. (2009). Fisiologia da dor. In A. Kopf & N. B.
- Patel, N. B. (2009). Fisiologia da dor. In: A. Kopf & N. B. Patel (Eds.), *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (pp. 9- 13). IASP Press.
- Pereira, A. S., & Del Prette, Z. A. P. (2008). Mudança confiável e significativa em intervenção psicológica: Proposição de um índice para avaliação de resultados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 232-240. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000200010>
- Pimenta, C. A. M., & Teixeira, M. J. (1996). Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 30(3). <https://doi.org/10.1590/s0080-62341996000300009>

- Portaria n. 1083, de 02 de outubro de 2012. *Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica.* <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/dorcronica-1.pdf>.
- Resolução CFP 06/2019. *Regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício da profissão.* Conselho Federal de Psicologia.
- Ribeiro, L. C. (2021). *Avaliação Terapêutica com mulheres que vivenciaram violência por parceiros íntimos: verificando a autoestima.* Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Ceará.
- Rodrigues, T., Oliveira, G., & Santos, J. (2021). As Pesquisas Qualitativas E Quantitativas Na Educação. *Revista Prisma*, 2(1), 154-174.
- Rogers, C. R. (1976). *Tornar-se pessoa* (J. T. Oliveira, Trad.). Martins Fontes.
- Sá, K. et al. (2009). Prevalência de Dor Crônica E Fatores Associados Na População de Salvador, Bahia. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 622-630.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000032>
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M. de, & Oliveira, N. F. de. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 214-222. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009000100023>
- Scaduto, A. A., Cardoso, L. M., & Heck, V. S. (2019). Modelos interventivo-terapêuticos em Avaliação Psicológica: estado da arte no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 18(1), 67-75.
- Silva, J. R., Santos, M. L., & Estevam, I. D. (2021). Avaliação terapêutica: uma nova possibilidade de atuação. *Brazilian Journal of Development*, 7(7), 70352-70366.
<https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-723>
- Silveira, L. B., Kroeff, C. da R., Teixeira, M. A. P., & Bandeira, D. R. (2022). Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para identificação de grupo clínico e predição de

risco de suicídio. *Revista Psicologia e Saúde*, 49-61.

<https://doi.org/10.20435/pssa.v13i4.1219>

Smith, J. D., & Finn, S. E. (2014). Models of therapeutic assessment. In S. R. Smith & L. Handler (Eds.), *The clinical assessment of children and adolescents: a practitioner's handbook* (pp. 543-569). Routledge.

Smith, J. D., Eichler, W. C., Norman, K. R., & Smith, S. R. (2015). The effectiveness of a therapeutic model of assessment for psychotherapy consultation: A pragmatic replicated single-case study. *Journal of Personality Assessment*, 97(3), 261–270.

<https://doi.org/10.1080/00223891.2014.955917>

Smith, J. D.; Handler, L.; Nash, M. R. (2010). Therapeutic Assessment for preadolescent boy with oppositional defiant disorder: a replicated single-case time-series design. *Psychological Assessment*, 22(3), 593-602.

Souza, B., & Laurenti, C. (2017). Uma Interpretação Molar da Dor Crônica na Fibromialgia. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 37(2), 363-377.

Souza, D. F. S., Häfele, V., & Siqueira, F. V. (2019). Dor crônica e nível de atividade física em usuários das unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 24, 1-10. <https://doi.org/10.12820/rbafs.24e0085>

Targino, R, M. (2021). *Narrativas de mulheres atendidas em avaliação terapêutica: uma análise feminista*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Ceará.

Tarocchi, A. et al. (2013). Therapeutic Assessment of complex trauma: a single-case time-series study. *Clinical Case Studies*, 12(3), 228-245.

Tharinger, D. J., Gentry, L. B., & Finn, S. E. (2013). Therapeutic Assessment with adolescents and their parents: A comprehensive model. In: D. Sakllofske, & V.

- Schwean (Eds.), *Oxford Press handbook of psychological assessment of children and adolescents* (pp. 385-420). Oxford University Press.
- Tharinger, D., Finn, S. E., Hersh, B., Wilkinson, A. D., & Schaber, P. (2008). Therapeutic Assessment with children: Intervening with parents behind the mirror. *Journal of Personality Assessment*, 90(6), 547-560. <https://doi.org/10.1080/00223890802388562>
- Traue, H. C., Jerg-Bretzke, L., Pfingsten, M. & Hrabal. V. (2009). Fatores Psicológicos da Dor Crônica. In: A. Kopf & N. B. Patel (Eds.), *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (pp. 19-26). IASP Press.
- Turk, D. C., & Monarch, E. S. (2002). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In D. C. Turk & R. J. Gatchel (Eds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (pp. 3-29). Guilford Press.
- Vieira, P. G., Villemor-Amaral, A. E., & Pianowski, G. (2016). Tradução, adaptação e evidências iniciais de validade da Magical Ideation Scale. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-7.
- Villemor-Amaral, A. E. (2016). Perspectivas para a Avaliação Terapêutica no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 15(2), 249-255.
- Villemor-Amaral, A. E., & Resende, A. C. (2018). Novo modelo de Avaliação Psicológica no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília*, 38(especial), 122-132.
- White, W., & Stein, C. (2009). Histórico, Definições e Opiniões atuais. In A. Kopf & N. B. Patel (Eds.), *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (pp. 1-5). IASP Press.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Bookman.

Apêndices

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Ticiane Rodrigues da Silva, CPF 604652193-90, estou convidando você para participar da pesquisa “AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA COM MULHERES COM DORES CRÔNICAS”. A sua participação é voluntária. Peço que leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, até que tenha compreendido todos os procedimentos da pesquisa.

O objetivo da pesquisa é analisar as mudanças terapêuticas nos sintomas ansiosos, depressivos e melhora na vivência de dor diante do processo de AT com mulheres que possuem o diagnóstico de dor crônica. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a possibilidade que haja modelos de avaliação psicológica que tragam benefícios terapêuticos às pessoas que tenham dor crônica. Caso concorde em participar como voluntário, sem qualquer recebimento financeiro, você irá participar de oito a doze sessões de Avaliação Terapêutica uma vez por semana, com duração de aproximadamente 90 minutos cada. Os atendimentos ocorrerão no ambulatório de dor crônica, do Instituto Doutor José Frota (IJF) de Fortaleza - Av. Avenida Barão do Rio Branco 1016, em sala adequada para atendimento clínico. Cumpre ressaltar que os atendimentos ocorrerão nos dias que as pacientes estarão no IJF para as suas consultas marcadas. Ressalta-se que, caso você tenha custos para participar dos atendimentos, estes serão resarcidos.

Informamos que as sessões serão gravadas em áudio e imagem. O acesso a esses dados será restrito à equipe de pesquisa e os mesmos serão guardados de modo a garantir o sigilo durante e ao término da pesquisa. Serão elucidadas as dúvidas que você tiver, sendo livre para aceitar a participação na pesquisa ou para recusar, bem como poderá retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pela pesquisadora.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria de estratégias utilizadas para avaliação psicológica que possibilitem também mudanças terapêuticas e com os estudos para a dor crônica. Os possíveis riscos da participação seriam cansaço ou constrangimento durante as sessões, porém, tudo foi planejado para minimizar estes riscos. Mesmo assim, caso você sinta algum desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse, poderá interromper o processo e, se desejar, pode conversar comigo sobre isso, estarei a disposição. Além disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento e buscar indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. É garantido o sigilo de sua identidade e os dados coletados serão utilizados exclusivamente no contexto da pesquisa e de produções científicas.

Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa for finalizada e o material produzido durante a pesquisa não será divulgado de forma a possibilitar sua identificação. Por fim, este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ de ____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Ticiane Rodrigues da Silva

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço: Avenida da Universidade, 2762 – Centro

Telefones para contato: (85)986205378

Apêndice B – Questionário Sociodemográfico

1. Código de identificação da pesquisa: _____
2. Data de administração dos instrumentos: ____/____/____
3. Sexo: 1. Mulher () 2. Homem ()
- 4: Idade: _____
- 5: Naturalidade: _____
- 6: Raça/cor: _____
- 7: Estado civil: _____
8. Escolaridade:
() 1. Ensino Fundamental Incompleto () 2. Ensino Fundamental Completo
() 3. Ensino Médio Incompleto () 4. Ensino Médio Completo
() 5. Ensino Superior Incompleto () 6. Ensino Superior Completo () 7. Pós-Graduação
9. Profissão: _____
10. Quantas pessoas moram com você: _____
11. Tempo de acompanhamento no ambulatório de dor: _____
12. Demanda inicial: _____
13. Medicamentos que utilizam para diminuição da dor: _____
14. Tempo de uso: _____

Apêndice C – Termo de Autorização Audiovisual

A Avaliação Terapêutica é um modelo de avaliação psicológica colaborativo e semiestruturado que busca favorecer mudanças positivas ao cliente. Para isso, durante o processo serão utilizados instrumentos e técnicas psicológicas, e gravações em áudio e vídeo dos atendimentos. O acesso a estes dados será restrito a psicóloga _____, com nº de CRP _____ e a equipe especializada, e os mesmos serão armazenados de modo a garantir o sigilo durante e ao término dos atendimentos.

Eu, _____, CPF _____, autorizo as gravações de áudio e/ou vídeo dos atendimentos no modelo de Avaliação Terapêutica, sob as seguintes condições:

Os nomes das pessoas envolvidas não serão divulgados. Em algumas situações, nomes de pessoas podem ser citados durante as sessões de avaliação. Nessas situações, os espectadores ouvirão o primeiro nome e não poderão divulgar fora das situações de supervisão e/ou treinamento;

- 1) Nenhum integrante da equipe está autorizado a falar sobre as especificidades dos atendimentos em ambientes exteriores de formação ou de qualquer forma que possa revelar a identidade das pessoas envolvidas;
- 2) Se alguém da equipe conhecer o cliente ou uma pessoa envolvida, o(a) integrante deve sair da sala imediatamente.
- 3) O vídeo será usado apenas para treinamento e fins educacionais. Não será vendido e será utilizado apenas em situações de treinamento.
- 4) O cliente pode mudar este acordo a qualquer momento e exigir que o vídeo seja destruído.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do cliente)

(Assinatura do responsável)

Anexos

Anexo A – *Self Report Questionnaire*

SRQ 20 - SELF REPORT QUESTIONNAIRE

Por favor, leia as instruções antes de preencher as questões abaixo.

Instruções: Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, marque um "X" em SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica e você não teve o problema nos últimos 30 dias, marque um "X" em NÃO.

Perguntas	Respostas
01- Você tem dores de cabeça frequente?	SIM NÃO
02- Tem falta de apetite?	SIM NÃO
03- Dorme mal?	SIM NÃO
04- Assusta-se com facilidade?	SIM NÃO
05- Tem tremores nas mãos?	SIM NÃO
06- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM NÃO
07- Tem má digestão?	SIM NÃO
08- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM NÃO
09- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM NÃO
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM NÃO
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM NÃO
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM NÃO
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	SIM NÃO
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM NÃO
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM NÃO
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM NÃO
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	SIM NÃO
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM NÃO
19- Você se cansa com facilidade?	SIM NÃO
20- Têm sensações desagradáveis no estômago?	SIM NÃO

Anexo B – *Magical Ideation Scale*

MAGICAL IDEATION SCALE

Autores: Mark Eckblad e Loren J. Chapman

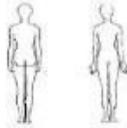
Tradução e Adaptação: Philip Gomes Vieira; Anna Elisa de Villemor-Amara¹ e Giselle Pianowksi
LAPSaM – Laboratório de Avaliação Psicológica em Saúde Mental

Leia cada frase com atenção e marque verdadeiro (V) ou Falso (F), conforme suas experiências pessoais.

01. Algumas pessoas me fazem lembrar delas apenas ao pensarem em mim.	()
02. Já tive uma rápida sensação de que eu poderia não ser humano.	()
03. Às vezes tenho medo de pisar nas riscas das calçadas.	()
04. Eu acho que poderia aprender a ler a mente das pessoas se eu quisesse.	()
05. Horóscopos estão frequentemente certos para ser apenas coincidência.	()
06. Às vezes as coisas parecem estar em lugares diferentes quando eu chego em casa, mesmo sem ninguém ter estado lá.	()
07. Números como 13 e 7 não possuem poderes especiais.	()
08. Já tive, algumas vezes, a tola sensação de que um apresentador de TV ou rádio sabia que eu o estava escutando.	()
09. Eu já tive receio de que pessoas de outros planetas pudessem estar influenciando o que acontece na Terra.	()
10. O governo se recusa a nos contar a verdade sobre discos voadores.	()
11. Eu já tive a sensação de que havia mensagens para mim na maneira como as coisas estavam arranjadas, por exemplo, na vitrine de uma loja.	()
12. Eu nunca duvidei que meus sonhos fossem produtos da minha própria mente.	()
13. Amuletos da sorte não funcionam.	()
14. Eu já percebi sons nas minhas gravações que não estavam lá antes.	()
15. Às vezes parece que certos movimentos que estranhos fazem com as mãos me influenciam.	()
16. Eu quase nunca sonho com coisas antes que elas aconteçam.	()
17. Eu já tive a rápida sensação de que alguém havia sido substituído por um sócio.	()
18. Não é possível prejudicar alguém apenas tendo maus pensamentos sobre ele.	()
19. Já tive a sensação de ter algo mau perto de mim, embora eu não pudesse vê-lo.	()
20. Às vezes tenho a sensação de ganhar ou perder energia quando certas pessoas me olham ou me tocam.	()
21. Eu já tive a rápida impressão de que estranhos estivessem apaixonados por mim.	()
22. Eu nunca tive a impressão de que certos pensamentos meus na verdade pertenciam a outra pessoa.	()
23. Quando sou apresentado a estranhos, raramente fico me perguntando se já os tinha conhecido antes.	()
24. Se reencarnação fosse verdade, isso explicaria algumas experiências incomuns que eu tive.	()
25. Pessoas muitas vezes se comportam de um modo tão estranho que a gente se pergunta se elas não fariam parte de algum experimento.	()
26. Às vezes eu pratico pequenos rituais para me livrar de influências negativas.	()
27. Já tive a impressão de que eu poderia fazer alguma coisa acontecer apenas por pensar muito nela.	()
28. Eu já me perguntei se os espíritos dos mortos podem influenciar os vivos.	()
29. Algumas vezes já senti que uma palestra ou aula era dirigida especialmente a mim.	()
30. Já senti algumas vezes que estranhos estavam lendo minha mente.	()

Anexo C – Inventário Breve de Dor – forma reduzida

Inventário breve de dor (Daut, Cleeland et al, 1983)

1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (cefaléia, dor de dente). Você teve hoje, dor diferente dessas? 1.Sim 2.Não
2) Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa. 
3) Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas. Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível
4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas. Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível
5) Circule o número que melhor descreve a média de sua dor. Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível
6) Circule o número que mostra quanta dor ocorre agora. Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível
7) Que tratamentos ou medicações você está recebendo para dor?
8) Nas últimas 24 horas, qual a intensidade de melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações. Circule a percentagem que melhor demonstra o alívio que você obteve. Sem alívio 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% alívio completo
9) Circule o número que descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:
Atividade geral Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente
Humor Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente
Habilidade de caminhar Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente
Trabalho Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente
Relacionamento com outras pessoas Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente
Sono Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente
Apreciar a vida Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente

Anexo D – Parecer do CEP da Universidade Federal do Ceará

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: AVALIAÇÃO TERAPÉUTICA COM MULHERES COM DOR CRÔNICA.

Pesquisador: TICIANE RODRIGUES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79805524.1.0000.5054

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.847.154

Apresentação do Projeto:

A Avaliação Terapêutica (AT) é um processo avaliativo, semiestruturado, colaborativo e com fins terapêuticos, tratando-se de um modelo de

Avaliação Psicológica que pode ser realizado com os públicos das mais diferentes idades. Durante o processo da AT são utilizados instrumentos

psicológicos a fim de contribuir com a compreensão que a pessoa tem sobre si e de suas demandas. A AT pode proporcionar mudanças

terapêuticas significativas na percepção de si, assim como, possibilitar uma melhora nos sintomas relacionados ao sofrimento psíquico. O presente

projeto tem como objetivo analisar as mudanças terapêuticas nos sintomas ansiosos, depressivos e melhora na vivência de dor com mulheres que

possuem o diagnóstico de dor crônica diante do processo de AT. Trata-se de uma pesquisa de natureza mista que utilizará o estudo de casos

múltiplos como método de investigação. Pretende-se realizar dois estudos de casos com mulheres que possuem o diagnóstico de dor crônica

acompanhadas em um ambulatório de dor de um Hospital referência em Trauma da cidade de Fortaleza, Ceará. Os dados coletados serão

analizados, do ponto de vista qualitativo, a partir da Análise fenomenológica interpretativa (AFI). Para análise quantitativa será realizada uma análise

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC**



Continuação do Parecer: 6.847.154

Assentimento / Justificativa de Ausência	E_E_ESCLARECIDO.pdf	11:08:50	RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	7DECLARACAO_DE_PESQUISADORES.pdf	28/03/2024 10:58:02	TICIANE RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	3ASSINATURA_DRA_SAMANTHA.pdf	28/03/2024 10:55:07	TICIANE RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	3ASSINATURA_DRA_SAMANTHA.pdf	28/03/2024 10:55:07	TICIANE RODRIGUES DA SILVA	Postado
Outros	6Justificativa_nao_anexar_testes_assinado_assinado.pdf	28/03/2024 10:53:45	TICIANE RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	6Justificativa_nao_anexar_testes_assinado_assinado.pdf	28/03/2024 10:53:45	TICIANE RODRIGUES DA SILVA	Postado
Declaração de concordância	8DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.pdf	28/03/2024 10:52:04	TICIANE RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Orçamento	1DECLARACAO_DE_ORCAMENTO.pdf	28/03/2024 10:50:01	TICIANE RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Cronograma	2CRONOGRAMA_assinado.pdf	28/03/2024 10:47:46	TICIANE RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	3DOC_PROFALUISIO_assinado.pdf	28/03/2024 10:46:59	TICIANE RODRIGUES DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 24 de Maio de 2024

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000	CEP: 60.430-275
Bairro: Rodolfo Teófilo	Município: FORTALEZA
UF: CE	
Telefone: (85)3366-8344	E-mail: comepe@ufc.br

Anexo E – Parecer do CEP do Instituto Dr. José Frota

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA -
IJF/ PREFEITURA DE
FORTALEZA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA COM MULHERES COM DOR CRÔNICA.

Pesquisador: TICIANE RODRIGUES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79805524.1.3001.5047

Instituição Proponente: Instituto Dr. José Frota - IJF/ Prefeitura de Fortaleza

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.928.922

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas de arquivo Informações Básicas da Pesquisa" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2350165.pdf.pdf de 24/06/2024). A Avaliação Terapêutica (AT) é um processo avaliativo, semiestruturado, colaborativo e com fins terapêuticos, tratando-se de um modelo de Avaliação Psicológica que pode ser realizado com os públicos das mais diferentes idades. Durante o processo da AT são utilizados instrumentos psicológicos a fim de contribuir com a compreensão que a pessoa tem sobre si e de suas demandas. A AT pode proporcionar mudanças terapêuticas significativas na percepção de si, assim como, possibilitar uma melhora nos sintomas relacionados ao sofrimento psíquico. O presente projeto tem como objetivo analisar as mudanças terapêuticas nos sintomas ansiosos, depressivos e melhora na vivência de dor com mulheres que possuem o diagnóstico de dor crônica diante do processo de AT. Trata-se de uma pesquisa de natureza mista que utilizará o estudo de casos múltiplos como método de investigação. Pretende-se realizar dois estudos de casos com mulheres que possuem o diagnóstico de dor crônica acompanhadas em um ambulatório de dor de um Hospital referência em Trauma da cidade de Fortaleza, Ceará. Os dados coletados serão analisados, do ponto de vista qualitativo, a partir da Análise fenomenológica interpretativa (AFI). Para análise quantitativa será realizada uma análise pré e pós-avaliação a partir do método Jacobson e Truax (método JT), que visa verificar se a

Endereço:	Rua Barão do Rio Branco, nº 1816, 6º andar - (Sala vizinha ao elevador social)				
Bairro:	Centro	CEP:	60.025-061		
UF:	CE	Município:	FORTALEZA		
Telefone:	(85)3255-5093	Fax:	(85)3255-5093	E-mail:	cep.ijf@ijf.fortaleza.ce.gov.br

**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA -
IJF/ PREFEITURA DE
FORTALEZA**



Continuação do Parecer: 6.928.922

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1Projetocomitedeética_ticiane_28mar_revlMC4.pdf	28/03/2024 15:05:42	TICIANE RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	APENDICE_E_GRAVACAOAUDIOEVIDEO.pdf	28/03/2024 15:03:08	TICIANE RODRIGUES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	9TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	28/03/2024 11:08:50	TICIANE RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	6Justificativa_nao_anexar_testes_assinado_assinado.pdf	28/03/2024 10:53:45	TICIANE RODRIGUES DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 03 de Julho de 2024

Assinado por:

Márcia Maria Pinheiro Dantas
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, nº 1816, 6º andar - (Sala vizinha ao elevador social)
Bairro: Centro CEP: 60.025-061
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3255-5093 Fax: (85)3255-5093 E-mail: cep.ijf@ijf.fortaleza.ce.gov.br