

Lógica Psicológica

Revista de Divulgação Científica

VOLUME 1 | NÚMERO 1 | 2024



 psicojulio.com/v1n1

RLPL
Revista de Divulgação Científica

Organizador

Júlio Gonçalves

PERSPECTIVAS EM PSICOLOGIA

1ª edição

Itajaí – SC – Brasil

2024

© 2024, Lógica Psicológica Júlio Gonçalves, LTDA.

Este é um livro eletrônico de acesso aberto, sob a licença CC BY-NC-ND - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

COORDENADOR: *Júlio César Gonçalves do Pinho*

COLABORADORES:

Capa e Projeto Gráfico: *Patrick Rodrigues*

Parecer ad hoc: *Comitê Editorial*

Revisão: *Isabela Ferreira*

Leitura final: *Jennifer Craco Santos*

Administrativo: *Mariana Bohn*

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10201304>

ISBN: [978-65-00-92222-6](https://www.isbn-international.org/product/978-65-00-92222-6)

COMITÊ EDITORIAL

Júlio Gonçalves: Psicólogo Clínico. Supervisor Técnico em Psicologia Clínica. Graduado e Mestre em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Professor de Graduação e Pós-Graduação. Pesquisa temas relacionados à desenvolvimento de recursos psicoterápicos e tecnologias aplicadas à psicologia, com ênfase em Inteligência Artificial, Formulação de Caso, Psicopatologia, Avaliação Psicológica e Prática Baseada em Evidências. Divulgador Científico. Atua com Prática Baseada em Evidências na Psicologia. contato@psicojulio.com

Isabela Ferreira: Revisora Editorial. Consultora independente em revisão de textos acadêmicos. Graduada e Mestre em Letras pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Especialista em Língua Portuguesa. isa_bela_isa@gmail.com

Jennifer Craco dos Santos: Acadêmica de Psicologia na Universidade de Caxias do Sul. cracojennifer@gmail.com

AUTOR

Andrea Amaro Quesada: PhD em Neurociências e Cognição pela Ruhr-Universität Bochum. Mestre em Psicologia e Psicóloga pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Curso de Psicologia na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Professora do curso de Especialização em Neurociências e Reabilitação (UNIFOR). Professora do curso de pós-graduação em Neuropsicologia e Terapia Cognitiva Comportamental na Unichristus. Pesquisadora nas áreas de estresse, maus-tratos, Síndrome Congênita do Zika vírus e Fenilcetonúria (PKU). andrea.quesada@gmail.com

Bernardo Paim de Mattos: Psicólogo Clínico. Mestrando em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Membro da Comissão de Pesquisa da Associação Brasileira de Prática Baseada em Evidências (ABPBE). bernardo.mattos@edu.pucrs.br

Bruna Gabriela Janesch: Graduada em Filosofia pelo Centro Universitário Cesumar (UNICESUMAR). Formação em Funções Executivas, Viver de Psicologia do Eslon Delanogare, Jan Leonardi e João Perini, TCC & Neurociências. jbrunagabriela@gmail.com

Christian Mattjie: Doutorando em Ciência da Computação na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mestre em Gerontologia Biomédica. Especialista em Física do Radiodiagnóstico. Licenciado em Física. christian.oliveira95@edu.pucrs.br

Filipe Luís Souza: Acadêmico de Psicologia na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Bolsista CNPq em inovação tecnológica. Diretor da Clínica Souza & Cabral - Psicologia Baseada em Evidências. Divulgador científico. filipe.souza@clinasouza-ecabral.com

João Victor Ribeiro Senna: Psicólogo Clínico. Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário de Viçosa (UNIVIÇOSA). Dedicado ao estudo e aplicação prática do Modelo Transdiagnóstico, Terapia de Aceitação e Compromisso, Terapia Cognitivo-Comportamental e Tratamento do Perfeccionismo Clínico. psijoaoribeiro@gmail.com

Lina Magalhães Pinto Ferreira: Psicóloga Clínica. Pós-graduada em Terapia Cognitivo Comportamental pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Formação em Psicodiagnóstico pelo Núcleo de Atendimento e Avaliação Psicológica (NAAP) e em Psicologia Hospitalar pela Escutha. Pesquisadora na área da saúde mental. linampf4@gmail.com

Natércia Alves Sampaio Gomes: Psicóloga Clínica. Supervisora Técnica em Psicologia Clínica. Pós-graduada em Terapia Cognitivo Comportamental pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Atua com Prática Baseada em Evidências na Psicologia. Professora na Imersão de Raciocínio Clínico em Terapia Cognitivo-Comportamental. contato@naterciasampaio.com.br

Patrícia Cristina Climaco de Souza: Psicóloga pela Faculdade Integrada de Guarulhos (FG). Pós-graduada em Terapia Cognitivo Comportamental pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). clima-co_patricia@gmail.com

SUMÁRIO

1. Intervenção Transdiagnóstica para Perfeccionismo: Escalonamento do Perfeccionismo (pág. 7)
Júlio Gonçalves - <https://doi.org/10.5281/zenodo.10445108>
2. Terapia de Aceitação e Compromisso e Perfeccionismo Clínico: um estudo de caso simulado por Inteligência Artificial (pág. 13)
João Victor Ribeiro Senna - <https://doi.org/10.5281/zenodo.10372504>
3. Desafios encontrados por psicólogos imigrantes: uma revisão narrativa (pág. 18)
Patrícia Cristina Climaco de Souza - <https://doi.org/10.5281/zenodo.10445071>
4. Fundamentos para uma Prática Baseada em Evidências na Psicologia: um recurso teórico (pág. 25)
Filipe Luís Souza, Júlio Gonçalves - <https://doi.org/10.5281/zenodo.10377702>
5. Psicoeducação: proposta de intervenção para a redução da ansiedade em universitários (pág. 37)
Natércia Alves Sampaio Gomes, Lina Magalhães Pinto Ferreira, Andrea Amaro Quesada - <https://doi.org/10.5281/zenodo.10396377>
6. Machine Learning na Saúde Mental: um ramo emergente (pág. 44)
Bernardo Paim de Mattos, Christian Mattjie - <https://doi.org/10.5281/zenodo.10420581>
7. Desafios na Teoria da Mente: Conceitos, Neurobiologia e Cultura (pág. 50)
Bruna Gabriela Janesch - <https://doi.org/10.5281/zenodo.10479757>

AOS LEITORES E AUTORES

O campo da psicologia clínica tem experimentado avanços notáveis nos últimos anos, na minha perspectiva. As abordagens parecem cada vez mais integrativas e baseadas em evidências, impactando significativamente a prática clínica. No entanto, tenho observado um desafio adicional relacionado à disseminação desses progressos. Especificamente, em contextos como o Brasil, enfrentamos ainda muitos obstáculos no que diz respeito ao acesso, divulgação e, inclusive, compreensão teórica de tópicos atuais, como a integração de machine learning em intervenções psicológicas, por exemplo.

Neste contexto desafiador, é com grande satisfação que a Revista Lógica Psicológica (RLPL) se estabelece como um projeto inovador. Seu compromisso é promover um diálogo enriquecedor entre profissionais e aqueles em fase de formação, procurando abranger uma ampla variedade de temas, desde casos clínicos específicos até artigos originais que envolvem, por exemplo, estudos experimentais.

Embora seja uma iniciativa de natureza privada e desprovida das formalidades acadêmicas comuns – que, vale ressaltar, têm sua relevância incontestável –, a RLPL busca preencher uma lacuna no campo editorial. A proposta é oferecer um ambiente mais acessível e dinâmico para autores que, muitas vezes, se sentem desencorajados por processos excessivamente lentos e burocráticos. Com um sistema de submissão e avaliação diretivo, mas igualmente rigoroso, a RLPL busca agilizar o processo de publicação, mantendo o incentivo à contribuição acadêmica.

Preciso destacar que um dos principais objetivos da RLPL é acolher manuscritos que descrevam casos clínicos. Como Psicólogo Clínico, reconheço a riqueza e a especificidade que tais relatos podem oferecer, dado que um caso clínico detalhado representa uma contribuição significativa para aqueles que estão ingressando na psicologia clínica.

Embora os casos clínicos possam ser vistos como uma forma distinta de estudos baseados em evidências, sua alta resolução para situações clinicamente similares é inegável. Assim, alinhamo-nos à tendência crescente de incluir casos clínicos como componentes em revisões mais amplas, possibilitando a construção de uma casuística robusta com poder estatístico significativo.

Embora a revista ainda não esteja associada ao CAPES ou possua uma classificação Qualis específica – pelo menos, até o momento –, sua missão é sincera: promover a Prática Baseada em Evidências na Psicologia brasileira e estimular discussões de natureza exploratória em psicologia clínica e social.

Este compilado de artigos que virou livro, ou dossiê como alguns colegas preferiram chamar, está organizado em capítulos que refletem e amplificam a visão da RLPL: inovação, criatividade, prática clínica e pesquisa em psicologia. A obra engloba uma variedade de perspectivas e abordagens inovadoras, que vão desde intervenções transdiagnósticas voltadas ao perfeccionismo até estudos de caso simulados por Inteligência Artificial, esta última representando uma contribuição diferente e útil para o refinamento do raciocínio clínico – já vou usar a ideia com meus alunos de avaliação psicológica. Além disso, o livro aborda desafios específicos enfrentados por psicólogos imigrantes e explora métodos experimentais em psicoeducação para ansiedade. E é claro, não podíamos de ter um artigo sobre Inteligência Artificial, afinal, essa é uma das minhas áreas de estudo.

Ao longo dos artigos, os leitores terão acesso a uma compilação de conhecimentos atualizados, metodologias e insights práticos, todos ancorados em uma base científica sólida. Este livro não apenas complementa a missão da RLPL, mas também representa um avanço significativo na promoção de uma psicologia clínica mais informada, adaptável e eficaz.

Convido calorosamente os leitores a se aprofundarem nas próximas páginas, nas quais cada artigo se apresenta como uma oportunidade para a expansão do conhecimento e aprimoramento das práticas no campo da psicologia clínica e social.

Júlio Gonçalves

Itajaí (SC), 21 de dezembro de 2023

Intervenção Transdiagnóstica para Perfeccionismo: Escalonamento do Perfeccionismo

Julio Gonçalves¹

¹Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí – SC, Brasil. contato@psicojulio.com

Resumo – O objetivo deste trabalho é descrever a aplicação do Escalonamento do Perfeccionismo como uma intervenção para reduzir os níveis de perfeccionismo em um paciente com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Participou do estudo uma paciente (A), 33 anos, dentista, que buscou tratamento psicológico devido aos sintomas moderados de ansiedade e estresse. Foram aplicadas a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), a Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) e a Almost Perfect Scale (APS-REV-BR). Para mensuração de resultados, foi utilizado o Método JT, que mediu o nível de significância clínica e confiabilidade das mudanças obtidas. A paciente A. finalizou o tratamento após 28 sessões, quando foi observado redução de comportamentos perfeccionistas que refletiam diretamente na ansiedade e estresse. Por fim, o método JT revelou oscilações favoráveis em termos de ajustamento psicológico (pós>pré).

Palavras-Chave
Perfeccionismo
Estudo de Caso
Terapia Cognitivo
Comportamental

Categoria
Estudo de Caso

Como citar: Gonçalves, J. (2024). Intervenção Transdiagnóstica para Perfeccionismo: Escalonamento do Perfeccionismo. In J. Gonçalves (Ed.). *Perspectivas em Psicologia* (pp. 07-12). Editora Lógica Psicológica. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10445108>

1 INTRODUÇÃO

O perfeccionismo é um processo transdiagnóstico identificado em diversos transtornos, e todas as definições do perfeccionismo compartilham a suposição de que os perfeccionistas estabelecem padrões elevados de funcionamento (Egan, et al., 2014).

Conceitualmente, o perfeccionismo é abordado como uma construção multidimensional, embora haja considerável discordância quanto ao número e à natureza das dimensões centrais. Destacam-se na literatura dois modelos multidimensionais propostos por Hewitt e Flett (1991) e Frost, Marten, Lahart e Rosenblate (1990).

Hewitt e Flett (1991b) conceituam o perfeccionismo em três (03) dimensões distintas: (1) perfeccionismo auto orientado, caracterizado pela tendência de estabelecer padrões exigentes para si mesmo e pela avaliação e crítica rigorosas do próprio comportamento; (2) perfeccionismo orientado para o outro, que envolve a propensão a estabelecer padrões exigentes para os outros, juntamente com a avaliação e crítica rigorosas do comportamento alheio; e (3) perfeccionismo socialmente prescrito, que se refere à crença de que pessoas significativas têm expectativas irrealistas e à importância de atender aos elevados padrões desses outros.

Por sua vez, Frost, Marten, Lahart e Rosenblate (1990) propuseram uma definição abrangente do perfeccionismo, desdobrando-o em seis dimensões distintas: (1) preocupação

com erros, caracterizada por uma ansiedade excessiva em cometer erros, percebendo qualquer falha como uma imperfeição; (2) dúvidas sobre ações, refletindo incertezas sobre a qualidade do próprio trabalho; (3) padrões pessoais, evidenciando a tendência a estabelecer padrões excessivamente elevados para o desempenho individual; (4) expectativas dos pais, associadas à crença de que os padrões estabelecidos pelos pais são inatingíveis; (5) crítica dos pais, indicando a percepção de críticas parentais excessivas em resposta a padrões não alcançados; e (6) organização, caracterizada por uma ênfase exagerada na precisão, ordem e organização.

Além disso, pesquisas mais recentes sustentam a diferenciação entre perfeccionismo positivo e negativo, indicando que construtos como preocupações avaliativas desadaptativas e perfeccionismo disfuncional estão mais fortemente correlacionados a problemas de saúde mental, como sintomas obsessivo-compulsivos, depressão, ansiedade, tendências suicidas, vergonha e culpa, em comparação a construtos como esforço positivo e perfeccionismo adaptativo (Egan et al., 2014; Bieling et al., 2004).

Apesar de sua relação estreita com vários transtornos mentais, o interesse em abordagens transdiagnósticas para desenvolver teorias e tratamentos para o perfeccionismo clínico tem crescido nos últimos anos. A abordagem transdiagnóstica reduz a ênfase nas categorias diagnósticas, direcionando sua atenção para as construções cruciais que perpetuam o transtorno, independentemente do diagnóstico específico. A lógica subjacente a essa abordagem reside na

concentração em processos-chave, como o perfeccionismo, que sustentam diversos transtornos, sendo mais eficiente no tratamento de comorbidades do que intervenções específicas para cada transtorno (Egan et al., 2014).

Em estudos conduzidos por Riley et al. (2007) e Steele & Wade (2008), observa-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o perfeccionismo resulta na redução dos sintomas em diversos transtornos, mesmo sem uma focalização direta nos sintomas específicos de cada transtorno.

Nesse contexto, o presente trabalho adere à abordagem transdiagnóstica, uma vez que visa descrever a implementação de uma intervenção específica para perfeccionismo – o Escalonamento do Perfeccionismo – em uma paciente diagnosticada com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Ana (nome fictício), 33 anos, dentista, casada e doutoranda, procurou psicoterapia para lidar com sintomas ansiosos, associados a comportamentos perfeccionistas que resultam em longos períodos de procrastinação.

Seu trabalho é exigente, sempre buscando atingir um padrão elevado em suas atividades, o que a leva a dedicar, em média, 15 horas por dia ao trabalho. Essa busca incessante por "excelência" gera constante ansiedade e autocrítica.

No que diz respeito aos fatores precipitantes, o início do doutorado de Ana foi um ponto importante. A pressão acadêmica e a necessidade de conciliar pesquisa, lecionar e a prática clínica intensificaram seus sintomas de ansiedade. A constante busca por reconhecimento e a necessidade de se destacar em sua área de atuação contribuíram para o agravamento do quadro.

Ao perceber que seu sucesso está diretamente ligado à perfeição, Ana continua a manter padrões extremamente elevados em sua prática clínica, independentemente do custo psicológico. Ela acredita que qualquer desvio desses padrões pode comprometer sua carreira e reputação. O apoio do marido, que compartilha da mesma visão perfeccionista, atua como um fator de manutenção, reforçando sua busca incessante pela excelência.

Não há histórico médico significativo na vida de Ana que contribua diretamente para seu perfeccionismo clínico. No entanto, uma análise da história familiar revela uma tendência ao perfeccionismo, sugerindo possíveis influências genéticas em seu comportamento.

Os pais de Ana são profissionais de destaque em suas respectivas áreas, caracterizados por uma ênfase rigorosa em relação ao trabalho e altos padrões de desempenho. O ambiente competitivo e a ênfase na busca pela perfeição moldaram a visão de Ana sobre sucesso desde a infância.

Outro aspecto importante é a cultura acadêmica na qual Ana está imersa, valorizando o desempenho excelente. A constante exposição a eventos e conferências onde a excelência é destacada reforça seu perfeccionismo, reforçando a crença de que somente alcançando padrões elevados ela será reconhecida.

Uma das crenças centrais de Ana é que *"apenas alcançando a perfeição em sua prática clínica e pesquisa serei verdadeiramente bem-sucedida"*. Seus pressupostos subjacentes incluem a ideia de que qualquer desvio desses padrões resultará em falha profissional e pessoal. Como estratégia compensatória, manter controle sobre todas as variáveis possíveis (estudos, família, finanças etc.) é um padrão comportamental comum no dia a dia, o que a impede de delegar tarefas a outras pessoas.

Os pensamentos automáticos de Ana são frequentemente dominados por preocupações sobre a qualidade de seu trabalho. Ela constantemente questiona se seus procedimentos são suficientemente precisos e se suas contribuições acadêmicas são significativas o bastante.

Em relação à classificação diagnóstica, baseada no DSM-5-TR (APA, 2023), Ana preenche critérios para Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Os sintomas evidenciados por Ana, como preocupação excessiva, inquietação, irritabilidade e dificuldade de concentração, estão presentes há mais de 6 meses e causam prejuízo clinicamente significativo em várias áreas da vida de Ana, como família, trabalho e relacionamentos sociais.

3 MÉTODO

Este trabalho configura-se como um estudo de caso, que consiste em uma descrição e análise aprofundada de um indivíduo único. Os pesquisadores que usam o método do estudo de caso obtêm seus dados de várias fontes, incluindo a observação naturalística e registros arquivísticos, entrevistas e testes psicológicos. Um estudo de caso clínico geralmente descreve a aplicação e os resultados de um determinado tratamento, se caracterizando em uma fonte potencialmente rica de informações sobre indivíduos (Shaughnessy, et al., 2012).

3.1 Instrumentos para coleta de dados

1) Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21): é um instrumento psicométrico desenvolvido para avaliar os níveis de depressão, ansiedade e estresse em indivíduos. Ela consiste em 21 itens distribuídos igualmente em três subescalas (sete itens para cada construto: depressão, ansiedade e estresse). Os respondentes indicam em que grau cada afirmação se aplicou a eles durante um período específico, geralmente nas últimas semanas. As pontuações mais altas indicam níveis mais elevados de cada condição mental. Essa escala é amplamente utilizada em pesquisas e prática clínica para avaliar o bem-estar psicológico (Vignola, & Tucci, 2014).

2) *Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)*: é um questionário desenvolvido para medir a tendência de uma pessoa para se preocupar. Ela consiste em 16 itens que avaliam a frequência, intensidade e a interferência das preocupações na vida diária do indivíduo. Cada item é avaliado em uma escala Likert, onde os respondentes indicam o quão característico cada item é para eles. A PSWQ é frequentemente utilizada em contextos clínicos e de pesquisa para avaliar a preocupação excessiva, um dos componentes-chave de distúrbios de ansiedade (Castillo, et al., 2010).

3) *Almost Perfect Scale (APS-REV-BR)*: é um instrumento utilizado para avaliar traços de perfeccionismo. A versão revisada (APS-REV-BR) é uma adaptação brasileira dessa escala. Ela busca medir as dimensões do perfeccionismo, incluindo altos padrões pessoais, dúvidas sobre ações e organizações, e pressão de desempenho dos outros. Os respondentes indicam em que medida cada afirmação se aplica a eles em uma escala Likert. Essa escala é importante na identificação e compreensão de padrões perfeccionistas (Soares, et al., 2020).

3.3 Intervenção “Escalonamento do Perfeccionismo”

A intervenção desenvolvida pelo autor deste estudo tem início com a identificação dos valores pessoais mais significativos para o paciente. Esses valores são então organizados em uma escala de 0 a 100, representando diferentes graus de importância *versus* urgência relacionados aos valores do paciente.

Após essa organização, estabelece-se uma conexão gradual entre esses valores e os comportamentos perfeccionistas. Essa conexão é delineada com base em uma avaliação detalhada da importância de cada valor. A ideia central dessa intervenção é compreender como esses valores influenciam os padrões perfeccionistas e em que medida estão relacionados aos comportamentos e atitudes do paciente no dia a dia.

A conexão gradual implica em priorizar os valores de acordo com a avaliação da importância e urgência atribuída. Dessa forma, os valores mais fundamentais e significativos são identificados e relacionados aos comportamentos perfeccionistas de maneira mais direta, permitindo uma redistribuição funcional.

3.4 Análise dos dados

Para mensuração de resultados, foi utilizado o Método JT, que mediu o nível de significância clínica e a confiabilidade das mudanças obtidas (Del Prette, & Del Prette, 2008).

Para realização da análise foi preciso definir o fenômeno a ser avaliado e os dados de normatização da escala que mediu o fenômeno (média funcional, média disfuncional, desvio padrão, valores mínimos e máximos). Com esses dados, a correção informatizada foi efetivada no software hospedado no site PsicoInfo da Universidade Federal de São Carlos (UFS-CAR) - <https://www.psicoinfo.ufscar.br/>. Para essa mensuração, a APS-REV-BR foi utilizada.

Tabela 1
Formulação de Caso da Ana.

Funcionamento Atual
<i>Cognitivas</i> : Ruminações e preocupações sobre a qualidade do trabalho e significância das contribuições. Autocrítica constantes devido ao perfeccionismo.
<i>Emocionais/fisiológicas</i> : Sintomas ansiosos, sinais de estresse.
<i>Estratégias de enfrentamento</i> : Tentativas recorrentes de controle em várias áreas. Longos períodos de procrastinação.
Determinantes de Saúde
<i>Fatores precipitantes longitudinais</i> : Início do doutorado e a intensificação da pressão acadêmica.
<i>Fatores precipitantes transversais</i> : Busca por reconhecimento e destaque na área de atuação.
<i>Fatores de manutenção do sofrimento</i> : Crença de que o sucesso está diretamente ligado à perfeição. Apoio do marido, compartilhando a mesma visão perfeccionista.
Fatores Predisponentes
<i>Genéticos e história médica</i> : História familiar revela uma tendência ao perfeccionismo, sugerindo possíveis influências genéticas.
<i>Personalidade</i> : Traços perfeccionistas, baixa extroversão.
<i>Modelo parental</i> : Pais caracterizados por uma abordagem rigorosa em relação ao trabalho e altos padrões de desempenho.
<i>Modelo social</i> : Ambiente escolar competitivo valorizando o desempenho excepcional, com destaque da turma.
<i>Modelo cultural</i> : Cultura acadêmica valorizando a produtividade.
Recursos Pessoais
<i>Valores pessoais</i> : Valorização da excelência profissional.
<i>Pontos fortes</i> : Dedicção ao trabalho, tolerância à frustração.
<i>Habilidades</i> : Detalhista e minuciosa.
<i>Fatores de proteção</i> : Irmã é flexível em relação ao trabalho e tem sucesso.
Saúde Global
<i>Rotina</i> : Jornada de trabalho extensa (15 horas por dia).
<i>Alimentação</i> : Regular e de qualidade.
<i>Sono</i> : Baixa qualidade, com insônia intermediária.
<i>Atividade física</i> : Não faz.
<i>Rede de Apoio</i> : Marido, mãe, irmã e duas colegas do doutorado.
<i>Engajamento em atividades satisfatórias</i> : Filmes e séries no final de semana.
Definição das Dificuldades
<i>Crenças nucleares</i> : Sou malsucedida; sou malvista; sou um erro.
<i>Regras</i> : Apenas alcançando a perfeição serei bem-vista; não faço nada direito; preciso acertar sempre que possível.
<i>Diagnóstico</i> : Transtorno de Ansiedade Generalizada (leve)
<i>Problemas</i> : (a) Carga de trabalho excessiva e sintomas fisiológicos; (b) dedicação extrema em todas as áreas da vida, indiscriminadamente; (c) Ruminações e preocupações excessivas.
Plano de Tratamento
<i>Metas psicoterápicas</i> : (a) gerenciar o estresse; (b) alocar comportamentos perfeccionistas com base nos valores de vida; (c) manejar ruminações e preocupações.
<i>Aspirações de vida</i> : Desenvolvimento de uma carreira bem-sucedida sem a necessidade extrema de perfeição, ser mais leve.
<i>Obstáculos no tratamento</i> : Resistência à flexibilização de padrões, auto-exigência.
<i>Estratégias psicoterápicas</i> : (a) atividades de regulação fisiológica, distrações e de solução de problemas; (b) implementação de uma intervenção baseada na classificação de comportamentos perfeccionistas com base nos valores pessoais; (c) reestruturação cognitiva, análise de probabilidades, reenquadramento/adiamento das preocupações e implementação de momentos dedicados às preocupações produtivas.

4 DISCUSSÃO TEÓRICA E PRÁTICA

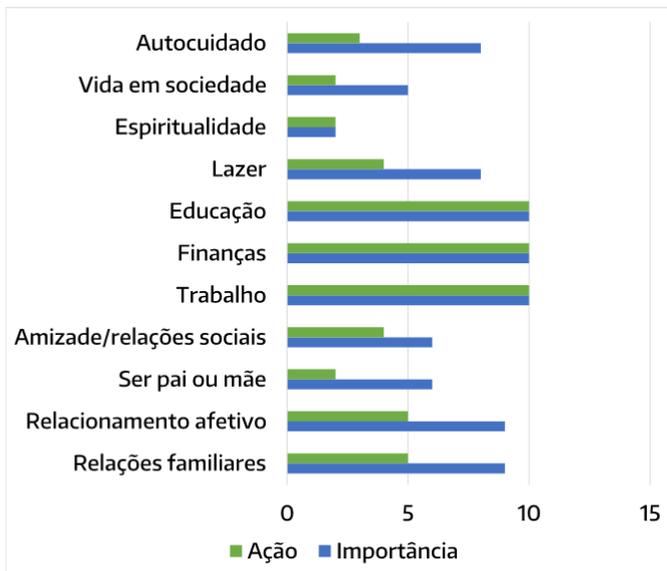
Para a condução de intervenções em processos transdiagnósticos, como o perfeccionismo, é essencial compreender como o fenômeno se manifesta em cada paciente e, consequentemente, avaliar se ele justifica uma intervenção direta.

Nesse sentido, caso de Ana foi estruturado através de uma formulação de caso, priorizando o funcionamento atual,

determinantes de saúde, fatores predisponentes, recursos pessoais, saúde global, definição das dificuldades e plano de tratamento (Gonçalves, 2024; Eells, 2022; Nicoletti, et al., 2022). A organização dessa formulação pode ser vista na Tabela 1.

Em relação ao objetivo (b) de alocar comportamentos perfeccionistas com base nos valores de vida, foco desse estudo, foi aplicado o Questionário de Valores de Vida (QVV) para compreender a conexão entre valores importantes e o comportamento diário (Wilson, et al., 2010). O QVV é um instrumento composto por 11 itens, permitindo ao paciente avaliar a importância dos valores pessoais e como age diariamente de acordo com esses valores.

Figura 1
Questionário de Valores de Vida da Ana.



A Figura 1 apresenta o QVV específico de Ana, identificando três áreas prioritárias e fortemente investidas: Educação, Finanças e Trabalho. Essas áreas refletem onde Ana concentra mais tempo e energia, indicando uma sobrecarga nessas dimensões. Por outro lado, apesar da alta importância atribuída a áreas como Autocuidado, Lazer, e Relacionamento Afetivo e Familiar, os escores de ação nessas áreas são baixos, sugerindo um desequilíbrio que afeta sua saúde mental.

Ainda em relação ao uso do QVV, nas sessões, foram exploradas as prioridades de vida e em que medida essas prioridades são mantidas por regras rígidas, como "apenas alcançando a perfeição serei bem-vista". Essa abordagem visa evitar o acesso a crenças nucleares, como "sou malsucedida". No entanto, é observado que o alto custo na manutenção dessas estratégias de enfrentamento prejudica o funcionamento geral, impactando a saúde global, as relações interpessoais e outros aspectos.

A partir dessa reestruturação cognitiva inicial, foi construída uma lista de atividades diárias (Tabela 2), para compreender a rotina de Ana.

Tabela 2
Atividades cotidianas por ordem de importância e urgência.

Atividades	I	U	S
Atendimento a pacientes no consultório, média de 5 por dia.	9	9	18
Dedicação a atividades de pesquisa para seu doutorado.	10	5	15
Preparação de aulas para disciplinas que leciona.	9	10	19
Gerenciamento de documentos relacionados à empresa.	10	3	13
Interação com o marido, compartilhamento de experiências e preocupações.	10	3	13
Momentos dedicados ao autocuidado, como cuidados com a pele, banhos relaxantes etc.	10	1	11
Interação com mãe, irmã e amigos.	10	8	18
Participação em eventos sociais.	4	4	8
Assistir a filmes e séries no final de semana.	7	1	8
Participação em hobbies ou atividades de lazer.	9	2	11
Refeições regulares e de qualidade.	10	5	15

Nota. I=importância; U=urgência; S=soma do I e U.

Com base nessa lista, a implementação do Escalonamento do Perfeccionismo foi efetuada para realinhar as ações cotidianas e auxiliar a paciente a tomar decisões orientadas por valores. A soma realizada com base na importância e urgência auxilia nesse processo de decisão.

As ações cotidianas foram reatribuídas com base na ordem de importância e urgência, sendo também consideradas em termos de flexibilidade. Isso implica em evitar a dedicação extrema para aquelas associadas a valores baixos. Na figura 2 é possível observar o resultado preliminar da intervenção.

Figura 2
Reatribuição preliminar de atividades.



Ao longo das sessões, as reatribuições foram ajustadas de forma contínua, adaptando-se às demandas resolvidas e emergentes. A presença de precipitantes demandava uma prática ativa de reestruturação cognitiva e tomada de decisões em relação ao perfeccionismo. A orientação clínica enfatizou a perseverança da paciente nas ações opostas ao padrão perfeccionista e prosseguir com os avanços.

Importa ressaltar que essa abordagem representou uma das intervenções centrais, entre várias outras, especialmente aquelas relacionadas ao manejo das preocupações e ruminações. Tais intervenções incluíram técnicas como adiamento da preocupação, solução de problemas, e atenção, tidas com eficácia bem estabelecida (Barlow, 2023).

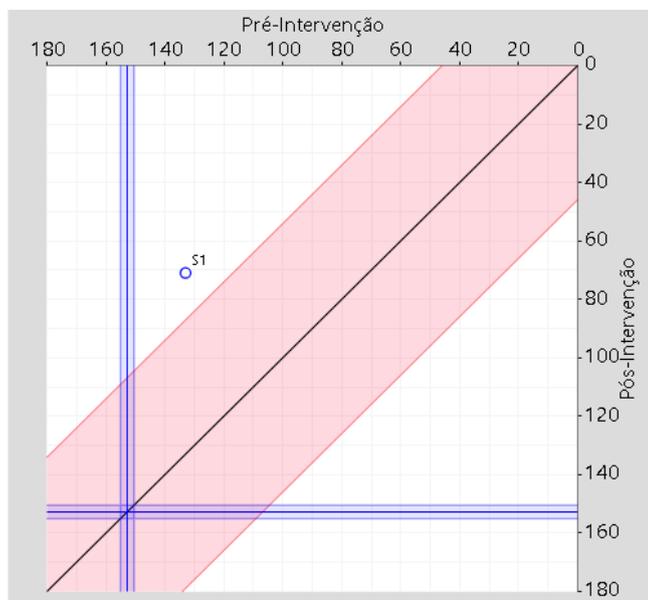
5 ACOMPANHAMENTO E RESULTADOS

A paciente Ana finalizou o tratamento após 28 sessões, quando foi observado redução de comportamentos perfeccionistas que refletiam diretamente na ansiedade e estresse.

Na avaliação do tratamento pelo Método JT, realizou-se uma análise comparativa entre os escores pré e pós-testes (APSRÉV-BR). Neste método, quando os pontos estão posicionados sobre a diagonal, isso indica escores iguais nas avaliações pré e pós-intervenção (diferença zero). Se os pontos estão acima da diagonal, representam oscilações favoráveis, indicando melhora no ajustamento psicológico (pós>pré). Por fim, se os pontos estão abaixo da diagonal, isso indica oscilações desfavoráveis ou pioras nos indicadores de ajustamento (pós<pré) (Del Prette, & Del Prette, 2008).

Na figura 3 é possível verificar oscilações favoráveis, indicando melhora no ajustamento psicológica de Ana:

Figura 3
Avaliação do tratamento pelo Método JT.



6 CONCLUSÃO

O estudo de caso apresentado destaca a complexidade do perfeccionismo e seu impacto significativo na saúde mental. A intervenção descrita demonstra ser uma estratégia útil para lidar com esse fenômeno.

Ao longo do tratamento, a paciente foi orientada a reconectar suas atividades diárias com seus valores de vida, buscando um equilíbrio mais saudável. A reestruturação cognitiva e a redistribuição funcional das atividades desempenharam um papel fundamental na redução dos padrões perfeccionistas que contribuíam para a ansiedade.

Por fim, a integração entre abordagens cognitivo-comportamentais e estratégias transdiagnósticas pode proporcionar insights valiosos para profissionais que enfrentam casos semelhantes de perfeccionismo clínico.

BIOGRAFIA DOS AUTORES



Júlio Gonçalves: Psicólogo Clínico. Supervisor Técnico em Psicologia Clínica. Graduado e Mestre em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Professor Universitário. Atua com Prática Baseada em Evidências na Psicologia. contato@psicojulio.com

REFERÊNCIAS

- APA, American Psychiatric Association (2023). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (DSM-5-TR). Artmed.
- Barlow, D. H. (2023). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: tratamento passo a passo*. 6ª ed. Artmed.
- Bieling, P. J., Israeliens, A., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? *Personality and Individual Differences*, 36, 1373-1385. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00235-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00235-6)
- Castillo, C., Macrini, L., Cheniaux, E., & Landeira-Fernandez, J. (2010). Psychometric Properties and Latent Structure of the Pt Version of the PSWQ. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 431-443. <https://doi.org/10.1017/s113874160000398x>
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2008). Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 497-505. <https://doi.org/10.1590/S0102-3772008000400013>
- Gonçalves, J. (2023). Proposta de Formulação de Caso Nomotética em Terapia Cognitivo Comportamental. *Revista Científica Sophia*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10223550>
- Eells, T. (2022). *Handbook of psychotherapy case formulation*. 3ª ed. The Guilford Press.
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R. & Antony, M. M. (2014). *Cognitive-Behavioral Treatment of Perfectionism*. The Guilford Press.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.60.3.456>
- Nicoletti, E. A., Donadon, M. F., & Portela, C. E. (2022). *Guia prático de Formulação de Casos em TCC*. Sinopsys.

Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C., & Shafran, R. (2007). A randomized controlled study of cognitive-behavioral therapy for clinical perfectionism: A preliminary investigation. *Behavior Research and Therapy*, *45*, 2221-2231. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.12.003>

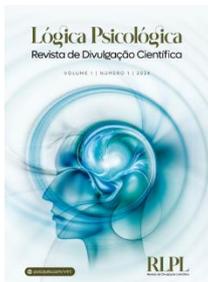
Shaughnessy, J. J.; Zechmeister, E. B.; Zechmeister, J. S. (2012). *Metodologia de Pesquisa em Psicologia*. AMGH.

Soares, F. H. R., Carvalho, A. V., Keegan, E., Neufeld, C.B., & Mansur-Alves, M. (2020). Adaptação e Validação da Escala de Perfeccionismo Almost Perfect Scale – Revised para o Português Brasileiro. *Revista Avaliação Psicológica*, *19*(3), 310-321. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2020.1903.17282.09>

Steele, A. L., & Wade, T. D. (2008). A randomized study investigating guided self-help for reducing perfectionism and its impact on bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, *46*, 1316-1323. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.09.006>

Vignola, R. C. B. & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, *115*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>

Wilson, K. G., Sandoz, E. K., & Kitchens, J. (2010). The Valued Living Questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, *60*, 249-272. <https://doi.org/10.1007/BF03395706>



Terapia de Aceitação e Compromisso e Perfeccionismo Clínico: um estudo de caso simulado por Inteligência Artificial

João Victor Ribeiro Senna¹

¹Centro Universitário de Viçosa - (UNIVIÇOSA), Viçosa - MG, Brasil. psijoaoribeiro@gmail.com

Resumo – Este estudo de caso fictício, simulado por IA, aborda o perfeccionismo clínico em Clara, uma psicóloga. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é proposta como uma abordagem inovadora, enfatizando a aceitação consciente dos pensamentos perfeccionistas e ações alinhadas aos valores. O método terapêutico inclui desfusão cognitiva, mindfulness e identificação de valores. O plano de tratamento visa compreender os aspectos complexos do perfeccionismo, identificar ganhos associados ao comportamento perfeccionista e explorar estratégias mantenedoras. A desesperança criativa é introduzida como um ponto de virada, incentivando alternativas flexíveis. A terapia foca na desfusão, aceitação de emoções e compreensão flexível do self. Apesar de ser fictício, este caso contribui para a compreensão e tratamento inovador do perfeccionismo clínico, ressaltando estratégias adaptativas e centradas nos valores.

Palavras-Chave
Perfeccionismo
Terapia de Aceitação e Compromisso
Inteligência Artificial

Categoria
Estudo de Caso

Como citar: Senna, J. (2024). Terapia de Aceitação e Compromisso e Perfeccionismo Clínico: um estudo de caso simulado por Inteligência Artificial. In J. Gonçalves (Ed.). *Perspectivas em Psicologia* (pp. 13-17). Editora Lógica Psicológica. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10372504>

1 INTRODUÇÃO

Este artigo introduz um caso clínico centrado no fenômeno do perfeccionismo clínico, definido pela incessante busca pela perfeição em várias áreas da vida (Stoeber, 2018). Clara, a paciente fictícia criada por inteligência artificial (IA), está constantemente em busca de alcançar padrões elevados não apenas em sua carreira, mas também em seus relacionamentos pessoais e autopercepção. Essa busca constante impacta seu bem-estar emocional e exerce uma influência significativa em suas escolhas e comportamentos cotidianos.

Clara, uma profissional altamente competente, enfrenta os desafios intrínsecos ao perfeccionismo clínico, uma condição frequentemente mascarada por suas notáveis conquistas externas (Harari, et. al. 2018). Este estudo de caso tem como objetivo aprofundar a compreensão das camadas subjacentes desse fenômeno, explorando seus componentes cognitivos, emocionais e comportamentais.

O perfeccionismo clínico emerge como um tema de extrema relevância no campo da psicoterapia, impactando não apenas a saúde mental do indivíduo, mas também exercendo uma influência direta sobre sua qualidade de vida e interações sociais (Filipkowski, 2021). Este estudo tem como objetivo contribuir para uma compreensão mais profunda do perfeccionismo clínico, concentrando-se especificamente

em sua abordagem terapêutica pela perspectiva da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).

A ACT destaca-se como uma abordagem clínica inovadora e promissora no tratamento do perfeccionismo clínico (Kemp, 2021). Diferentemente das abordagens tradicionais, a ACT propõe uma aceitação consciente dos pensamentos perfeccionistas, desviando do controle desses pensamentos e permitindo que o indivíduo se comprometa com ações alinhadas a seus valores fundamentais.

A utilidade da ACT reside em sua capacidade de instigar uma mudança fundamental na relação do indivíduo com pensamentos e emoções, direcionando-os para uma vida mais significativa e satisfatória (Hayes et al., 2021). A ênfase na aceitação, desfusão e compromisso com valores essenciais pode oferecer aos sujeitos perfeccionistas uma nova perspectiva que favorece o crescimento pessoal e a autenticidade.

É importante esclarecer que o caso clínico apresentado é fictício, desenvolvido por IA. Essa abordagem confere ao estudo e ensino em psicologia a flexibilidade para criar cenários diversos, representando uma ampla gama de desafios psicológicos. Ao explorar um caso clínico fictício desenvolvido por IA, profissionais e estudantes de psicologia têm a oportunidade de aprimorar suas habilidades analíticas, críticas e de tomada de decisão em um ambiente controlado, preparando-os para a complexidade do trabalho clínico na prática real.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Clara, uma psicóloga de 32 anos, tem se destacado em sua carreira desde a graduação, recebendo reconhecimento por sua excelência acadêmica e profissional. No entanto, sua satisfação profissional vem diminuindo devido a um crescente sentimento de insuficiência, desencadeado por um perfeccionismo cada vez mais exaustivo e ansioso.

Durante a avaliação inicial, Clara revela que sua busca incessante pela perfeição tem raízes na infância, onde a aprovação de seus pais era condicionada ao sucesso acadêmico. Sua criação em um ambiente competitivo, com ênfase na perfeição, moldou crenças centrais sobre autoestima e sucesso.

Originária de uma família de classe média alta, Clara não tem histórico significativo de problemas de saúde mental na família, mas cresceu em um ambiente que valorizava intensamente a realização acadêmica e profissional. Apesar de uma infância sem traumas significativos, a pressão para atingir altos padrões deixou uma marca em suas percepções.

Fisicamente saudável, Clara pratica exercícios regularmente como forma de lidar com o estresse, embora seu perfeccionismo às vezes a impeça de desfrutar plenamente desses momentos. Durante a adolescência, ela continuou a se destacar academicamente, desenvolvendo amizades, mas preferindo ambientes estruturados.

Clara não tem histórico de transtornos psiquiátricos diagnosticados, mas relata episódios esporádicos de ansiedade em eventos estressantes. Seu perfeccionismo, antes encarado como uma força positiva, tornou-se mais desafiador à medida que avançou em sua carreira profissional.

Com um consumo social de álcool moderado, Clara não tem histórico de abuso de substâncias. Antes de buscar terapia, ela nunca participou de tratamento psicológico formal, mas sua decisão foi motivada pela insatisfação crescente em relação ao seu desempenho profissional e ao aumento da ansiedade associada ao perfeccionismo.

Os principais sintomas apresentados por Clara incluem auto-crítica, ruminação, catastrofização, procrastinação, baixa autoestima, isolamento profissional e social, além de sintomas físicos associados à ansiedade. Seu constante desejo de atingir padrões elevados em seu trabalho clínico resulta em uma autoexigência irrealista e exaustiva.

Após cada sessão clínica, Clara revisita minuciosamente os detalhes, buscando imperfeições na abordagem terapêutica, contribuindo para uma ruminação constante e autocrítica. A ansiedade antecipatória a impede de desfrutar do processo terapêutico e afeta seu bem-estar emocional.

O medo de não realizar tarefas de maneira perfeita leva Clara a adiar decisões clínicas importantes, contribuindo para a procrastinação e evitação de riscos. Seu perfeccionismo afeta sua autoestima, vinculando seu valor como terapeuta a padrões inatingíveis.

Embora tenha colegas solidários, Clara evita compartilhar suas dúvidas e inseguranças, temendo ser julgada ou considerada inadequada. Seu perfeccionismo também se estende ao ambiente pessoal, interferindo em sua capacidade de desfrutar de atividades de lazer.

Sintomas físicos como tensão muscular, insônia ocasional e dores de cabeça são frequentemente desencadeados por pensamentos perfeccionistas intensos. Este caso destaca a complexidade do perfeccionismo clínico e a necessidade de uma abordagem terapêutica eficaz para promover o bem-estar de indivíduos como Clara.

3 MÉTODO

A abordagem clínica escolhida para abordar o perfeccionismo clínico de Clara foi a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), uma modalidade terapêutica fundamentada na psicologia contextual (Barbosa & Murta, 2015). A ACT concentra-se na aceitação das experiências emocionais e no comprometimento com ações alinhadas aos valores pessoais, buscando promover uma mudança adaptativa na relação do paciente com seus pensamentos perfeccionistas.

Ao longo das sessões, diversas técnicas terapêuticas derivadas da ACT foram aplicadas, incluindo desfusão cognitiva, que promove um distanciamento dos pensamentos perfeccionistas ao compreender que estes não a definem. Foram utilizadas práticas de mindfulness e aceitação para aumentar a consciência do momento presente e fomentar a aceitação de experiências emocionais, além da identificação de valores e ações comprometidas alinhadas a esses valores, mesmo diante de desafios (Ong & Twong, 2022).

O caso clínico de Clara foi desenvolvido por meio de um modelo de inteligência artificial baseado na arquitetura GPT-3.5. Este processo envolveu a criação de uma narrativa fictícia, considerando elementos clínicos realistas relacionados ao perfeccionismo. A utilização da inteligência artificial permitiu a geração de um caso clínico específico, respeitando princípios éticos e de confidencialidade.

É crucial ressaltar que este estudo relata uma intervenção hipotética que não foi efetuada na prática clínica. O propósito é explorar, de maneira teórica, a aplicação da ACT no contexto do perfeccionismo clínico, oferecendo insights para a pesquisa e discussão clínica, embora não representem a experiência de um paciente real.

4 DISCUSSÃO TEÓRICA E PRÁTICA

A implementação da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) com Clara busca não apenas explorar os aspectos teóricos do perfeccionismo clínico, mas também fornecer estratégias práticas para instigar mudanças significativas em sua vida. Este processo terapêutico se desdobra em fases

distintas, cada uma destinada a abordar aspectos específicos do perfeccionismo e cultivar uma mentalidade mais adaptativa e compassiva.

Na tabela 1 é possível observar um resumo do plano de tratamento que será discutido em detalhes em seguida:

Tabela 1
Plano de tratamento baseado em ACT para perfeccionismo.

Fase	Intervenção	Objetivo
Exploração Inicial	Metáfora do "Jogo do Perfeccionismo"	Compreender os aspectos complexos do perfeccionismo na vida de Clara.
Análise dos Custos e Benefícios	Identificação dos Ganhos do Perfeccionismo	Reconhecer os reforçadores percebidos associadas ao comportamento perfeccionista.
Fatores de manutenção	Revisão do Trabalho, Aversão a Decisões Arriscadas, Busca por Aprovação	Explorar as estratégias adotadas por Clara para manter-se no jogo do perfeccionismo.
Reflexão sobre a Eficácia	Avaliação da Desconexão entre Esforços e Satisfação	Refletir sobre a eficácia a longo prazo das estratégias perfeccionistas de Clara.
Desesperança Criativa	Aceitação do Perfeccionismo	Introduzir a ideia de desesperança criativa e explorar alternativas flexíveis para enfrentar demandas profissionais.
Desfusão	Metáfora do "Ruído Mental"	Distanciar Clara dos pensamentos perfeccionistas para promover flexibilidade cognitiva.
Aceitação e Identificação de Emoções	Foco na Aceitação de Imperfeições	Incentivar Clara a abrir espaço para sentimentos de imperfeição e compreender sua função adaptativa.
Compreensão Flexível do Self	Exploração e Questionamento de Rótulos	Afastar-se de rótulos autocríticos, explorar estratégias vivenciais para ressignificar autocrítica.
Identificação de Valores	Redefinição de "Sucesso" e Práticas de Mindfulness	Clarificar o que realmente importa na vida, orientando-a para ações alinhadas com esses valores.
Atenção Flexível	Redefinição de "Sucesso" e Práticas de Mindfulness	Cultivar uma mentalidade mais adaptativa, apreciando cada etapa do processo com <u>atenção plena</u> .
Implementação Prática	Mudanças de Comportamento Alinhadas com Valores	Foco na implementação de ações comprometidas com os valores fundamentais de Clara.

A metáfora do "Jogo do Perfeccionismo" (Ong & Twong, 2022) emerge como uma estratégia de desesperança criativa, fornecendo uma ferramenta analítica valiosa para compreender os desdobramentos complexos do perfeccionismo na vida de Clara. Ao explorar os custos e benefícios associados a essa dinâmica, questões profundas que moldaram a trajetória da paciente vêm à tona.

Ao longo do tempo, Clara pode ter inadvertidamente abdicado de aspectos fundamentais de sua vida devido ao perfeccionismo. A busca incessante pela perfeição pode ter comprometido seu equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, sacrificando momentos de relaxamento e a genuína celebração de suas conquistas (Ong & Twong, 2022).

Examinar o que Clara ganha ao jogar esse "Jogo do Perfeccionismo" torna-se imperativo. Reconhecimento profissional e validação ao alcançar altos padrões emergem como possíveis recompensas percebidas por ela. Identificar esses ganhos é essencial para compreender as raízes profundas que sustentam seu comportamento perfeccionista (Ong & Twong, 2022).

Na análise subsequente, surge a exploração das estratégias adotadas por Clara para manter-se no jogo. A revisão constante do trabalho, a aversão a decisões arriscadas e a busca incessante por aprovação são facetas do comportamento perfeccionista que, inicialmente úteis, agora podem contribuir para seu sofrimento emocional (Ong & Twong, 2022).

A reflexão de Clara sobre a eficácia a longo prazo dessas estratégias revela uma possível desconexão entre seus esforços incessantes e a satisfação desejada. A busca pela perfeição pode ter se revelado uma jornada árdua, sem proporcionar o alívio esperado (Ong & Twong, 2022).

Introduzir o conceito de desesperança criativa torna-se o ponto de virada no processo terapêutico. Ao aceitar que vencer o jogo do perfeccionismo pode ser uma ilusão, Clara é convidada a explorar alternativas mais flexíveis e adaptativas para enfrentar suas demandas profissionais (Ong & Twong, 2022).

A Desesperança Criativa, oriunda da ACT, sugere que ao aceitar experiências difíceis, como o perfeccionismo, novas possibilidades se abrem (Luoma et. al., 2022). O trabalho de desesperança criativa permite que Clara aprenda a aceitar seus pensamentos e sentimentos perfeccionistas sem permitir que eles ditem seu comportamento. Essa abordagem cria espaço para a ação comprometida com seus valores pessoais, pavimentando o caminho para uma vida mais rica e significativa.

Na etapa seguinte, a prática da desfusão pode ser introduzida para ajudar Clara a se distanciar dos pensamentos perfeccionistas que impactam seu bem-estar e desempenho profissional. Para tal, pode ser utilizada a metáfora do "ruído mental" (Ong & Twong, 2022), destacando a transitoriedade desses pensamentos e incentivando Clara a reconhecê-los como eventos mentais passageiros. A aplicação da desfusão permite que ela desenvolva maior flexibilidade cognitiva, promovendo um caminho para uma vida mais equilibrada e autêntica.

Na sequência, a terapia pode focar a disposição de Clara, encorajando-a a abrir espaço para os sentimentos de imperfeição sem ser dominada por eles. A ênfase na aceitação é destacada, permitindo que Clara identifique e nomeie suas emoções associadas à imperfeição. A compreensão da função adaptativa dessas emoções é explorada, proporcionando a Clara a base para agir de acordo com seus valores mesmo na presença de sentimentos desconfortáveis (Ong & Twong, 2022).

A jornada terapêutica então pode avançar para a compreensão flexível do *self*, afastando-se de rótulos e auto-histórias críticas. Clara pode ser incentivada a explorar e questionar os rótulos que criou sobre si mesma, especialmente aqueles relacionados à autocrítica. Estratégias vivenciais, como o diálogo com a versão mais jovem de si mesma, são incorporadas para ressignificar a autocrítica, promovendo compaixão e compreensão para com sua própria jornada (Ong & Twong, 2022).

A fase subsequente direciona-se à exploração e identificação dos valores fundamentais de Clara. Essa etapa tem como objetivo esclarecer o que realmente importa para ela na vida, orientando-a em direção a ações alinhadas com esses valores. A conexão entre valores e comportamentos também é explorada, revelando bloqueios internos que podem impedi-la de agir de acordo com seus valores. Estratégias para lidar com esses bloqueios são discutidas, promovendo a aceitação e compromisso (Ong & Twong, 2022).

A atenção flexível surge como uma forma de cultivar uma mentalidade mais adaptativa em que o foco no processo supera a busca incessante por resultados perfeccionistas (Ong & Twong, 2022). Clara pode ser incentivada a redefinir o que significa "sucesso" e a apreciar cada etapa do processo, incorporando práticas de *mindfulness* para ancorá-la no momento presente.

A etapa final da terapia concentra-se na implementação prática de mudanças de comportamento alinhadas com os valores fundamentais de Clara. Essas ações comprometidas são identificadas, metas realistas são estabelecidas, e um plano gradual é criado para sua implementação (Ong & Twong, 2022). Estratégias para enfrentar desafios são discutidas, ressaltando a necessidade de adaptação contínua diante da dinâmica da vida.

5 ACOMPANHAMENTO E RESULTADOS

Tendo em vista que o caso é fictício, nas etapas de acompanhamento e resultados se busca apresentar possíveis resultados, complicações e desafios. Assim, os resultados discutidos ao longo deste estudo devem ser interpretados como uma ferramenta didática para a compreensão de conceitos e práticas.

Espera-se que Clara experimente um aumento significativo em sua consciência e compreensão dos padrões perfeccionistas que moldam seu comportamento, assim como das raízes desses padrões autocríticos. A aplicação da técnica de desfusão será uma ferramenta crucial nesse processo, permitindo que Clara desenvolva uma relação mais flexível com seus pensamentos perfeccionistas, promovendo uma nova perspectiva sobre sua própria mente (Kemp, 2021).

A abordagem terapêutica também se concentra no cultivo da autocompaixão, desafiando a autocrítica internalizada por Clara (Ong & Twong, 2022). Ao longo do tratamento, ela

começará a desenvolver uma atitude mais compassiva em relação a si mesma, o que contribuirá para a redução do impacto emocional do perfeccionismo. Essa mudança na relação consigo mesma é essencial para promover o bem-estar emocional duradouro.

A exploração dos valores de Clara possivelmente desempenha um papel crucial na definição de prioridades em sua vida. Essa etapa visaria fornecer a Clara uma clareza maior sobre o que realmente importa para ela, permitindo que ela tome decisões mais alinhadas com seus valores (Ong & Twong, 2022). Essa identificação e priorização de valores são essenciais para direcionar ações comprometidas e promover mudanças duradouras em sua vida.

A implementação bem-sucedida de ações comprometidas, ao longo do tempo, guiará Clara na construção de uma vida mais alinhada com seus valores fundamentais. Essa mudança comportamental pode ser crucial para reduzir significativamente o impacto do perfeccionismo clínico, permitindo a Clara viver uma vida mais autêntica e significativa (Ong & Twong, 2022).

Apesar dos resultados positivos esperados, é crucial reconhecer possíveis complicações e desafios. Clara pode inicialmente resistir à mudança, especialmente ao desafiar padrões de pensamento consolidados. Sendo necessário implementar estratégias para apoiá-la durante esses momentos, promovendo uma abordagem colaborativa e resiliente.

É importante notar ainda que, em situações de estresse, os sujeitos podem recorrer a antigos padrões de comportamento. Nesses casos, a terapia deve fornecer ferramentas específicas para lidar com recaídas e retrocessos, visando uma gestão eficaz e adaptativa dessas situações desafiadoras.

Para garantir a manutenção a longo prazo dos resultados obtidos, estratégias de reforço devem ser implementadas. Isso pode envolver sessões de acompanhamento regulares ou práticas autônomas de autocuidado. O tratamento visa não apenas a redução de sintomas, mas a promoção do bem-estar integral, abordando aspectos emocionais, relacionais e profissionais.

Ao focar nas raízes dos padrões perfeccionistas, a terapia não só aborda sintomas superficiais, mas contribui para a prevenção de recaídas, capacitando o cliente a lidar com desafios de maneira mais adaptativa, catalisando mudanças profundas e duradouras em sua abordagem à vida e ao seu bem-estar.

6 CONCLUSÃO

Em conclusão, a análise do estudo de caso fictício de Clara, elaborado por IA, proporcionou insights teóricos valiosos sobre a abordagem do perfeccionismo clínico por meio da ACT. Ao explorar estratégias como desfusão cognitiva, atenção

flexível e identificação de valores, o tratamento hipotético apontou para possibilidades na redução do perfeccionismo e uma melhoria na qualidade de vida.

As implicações clínicas desse caso fictício são notáveis. A ACT no âmbito do perfeccionismo clínico oferece uma abordagem interessante para a prática clínica (Kemp, 2021). A ênfase na aceitação de experiências emocionais, no comprometimento com valores pessoais e na defusão cognitiva pode ser aplicada a casos reais de perfeccionismo, enriquecendo as alternativas terapêuticas disponíveis.

Além disso, a utilização de uma narrativa fictícia desenvolvida por inteligência artificial destaca o potencial da tecnologia na elaboração de casos clínicos diversificados e específicos, respeitando princípios éticos e de confidencialidade.

Em síntese, este estudo hipotético contribui para a compreensão do perfeccionismo clínico, oferecendo uma abordagem terapêutica inovadora e explorando os desafios e benefícios associados. As implicações clínicas e as lições extraídas do caso de Clara fornecem uma base sólida para investigações futuras e práticas, ressaltando a importância de estratégias adaptativas e centradas nos valores no tratamento do perfeccionismo clínico.

BIOGRAFIA DOS AUTORES



João Victor Ribeiro Senna: Psicólogo Clínico. Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário de Viçosa (UNIVICOSA). Dedicar-se ao estudo e aplicação prática do Modelo Transdiagnóstico, ACT, TCC e Perfeccionismo Clínico. psi-joaoribeiro@gmail.com

REFERÊNCIAS

- Barbosa, L., & Murta, S. (2015). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i3.711>
- Filipkowski K., Nordstrom A., Pham T., Floren M., & Massey S. (2021). The Impact of Perfectionism on Mental, Social, and Physical Health of Graduate Students in the Health Sciences. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*.
- Harari, D., Swider, B. W., Steed, L. B., & Breidenthal, A. P. (2018). Is perfect good? A meta-analysis of perfectionism in the workplace. *Journal of Applied Psychology*. <https://doi.org/10.1037/apl0000324>
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2021) *Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente*. Artmed.
- Kemp, J. (2021). *The Act Workbook for Perfectionism: Build Your Best (Imperfect) Life Using Powerful Acceptance and Commitment Therapy and Self-Compassion Skills*. New Harbinger Publications.
- Luoma, J., Hayes, S., & Walsler, R. (2022). *Aprendendo ACT: Manual de Habilidades da Terapia de Aceitação e Compromisso para Terapeutas*. Sinopsys.

Ong, C., & Twong, M. (2022). *The Anxious Perfectionist: How to Manage Perfectionism-Driven Anxiety Using Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger.

OpenAI. (2023). ChatGPT 3.5 (01 de Dezembro): <https://chat.openai.com/>

Stoeber, J. (2018). *The psychology of perfectionism: An introduction*. In book: *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*. Routledge.



Desafios encontrados por psicólogos imigrantes: uma revisão narrativa

 Patrícia Cristina Climaco de Souza¹

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre - RS, Brasil. climaco_patricia@yahoo.com.br

Resumo - Migrações internacionais são frequentemente encaradas como um fenômeno "patológico" a ser controlado, o que torna esse processo desafiador em diversos aspectos. Diante da escassez de estudos nessa temática, este trabalho visa identificar os desafios psicológicos, burocráticos, culturais e financeiros enfrentados por psicólogos brasileiros que atuam no exterior. Utilizando uma abordagem de revisão narrativa com análise de conteúdo, a pesquisa destaca cinco (05) categorias temáticas em relação às problemáticas encontradas: dificuldades gerais nos processos migratórios, homologação de diploma, impactos culturais e qualidade de vida, abordagem psicológica para Imigrantes e rede social e aculturação. Este estudo contribui para a compreensão dos obstáculos enfrentados pelos psicólogos migrantes, fornecendo informações cruciais e insights valiosos para aqueles interessados nas complexidades da jornada migratória.

Palavras-Chave
Processos Migratórios
Psicólogo Imigrante
Mudanças Culturais

Categoria
Artigo Original

Como citar: Souza, P. C. C. (2024). Desafios encontrados por psicólogos imigrantes: uma revisão narrativa. In J. Gonçalves (Ed.). *Perspectivas em Psicologia* (pp. 18-24). Editora Lógica Psicológica. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10445071>

1 INTRODUÇÃO

As migrações internacionais destacam-se como um dos maiores desafios aos direitos humanos, abrindo espaço para o reconhecimento de direitos além e em face do Estado-nação. Isso, por sua vez, levanta questionamentos sobre os limites do modelo de "cidadania" concebido na modernidade como uma possibilidade de direitos. A imigração revela a arbitrariedade do Estado a partir da arquitetura político-jurídica do Estado-nação, que nega a mobilidade humana internacional, excluindo o não nacional da condição de sujeito e impondo um "não lugar" a ser justificado na ordem (Redin, 2020).

Redin (2020) contribui para o debate sobre essa negação, citando Sayad (1998), segundo o qual o imigrante força a ordem nacional a revelar "seu caráter arbitrário, a desmascarar seus pressupostos [...], a revelar a verdade de sua instituição e a expor suas regras de funcionamento". Sayad destaca que a imigração se prolonga por toda a vida, privando o imigrante do direito mais fundamental: o direito de pertencer a um corpo político e de ter um lugar nele (Sayad, 1998).

Na ordem política contemporânea, as migrações internacionais são tratadas como um fenômeno "patológico" a ser controlado, conforme Sutcliffe (1998). Se a história humana, ao longo de milhões de anos, demonstra que a mobilidade pelo planeta sempre foi presente e, muitas vezes, intensa – até mais do que hoje –, no mundo contemporâneo, supõe-se que as pessoas devam viver e se fixar dentro do território do país de sua nacionalidade. O globo é recortado por fronteiras

dentro das quais Estados-nação se projetam como a unidade política básica.

Contudo, com as mudanças políticas, econômicas e de qualidade de vida, brasileiros têm buscado exponencialmente outros países para viver. De acordo com a CNN Brasil (2020), em 10 anos, foi registrado um aumento abrupto de 36% de brasileiros residindo fora do Brasil, totalizando 4,2 milhões.

Além disso, o Ministério das Relações Exteriores (Brasil, 2021) realizou levantamento das comunidades brasileiras residentes no exterior, referente ao ano de 2020. Nesse ano, estimativas indicam um aumento de mais de 600 mil pessoas em comparação ao último levantamento de 2018. As concentrações mais expressivas estão nos países seguintes: EUA, Portugal, Paraguai, Reino Unido e Japão (Redin, 2020).

Indivíduos que buscam uma vida melhor no exterior, enfrentam dilemas e desafios profissionais, limitando-se a trabalhos abaixo de sua formação desenvolvida no Brasil. Especificamente para os profissionais da psicologia, é orientado que todos os psicólogos que almejam atuar fora do Brasil busquem a regulamentação para a prática profissional. A(o) psicóloga(o) deve adequar sua atuação às normativas e órgãos do país de residência, uma vez que o registro profissional nos Conselhos de Psicologia no Brasil normatiza apenas a atuação em território nacional.

A partir do momento em que a(o) psicóloga(o) se muda para outro país e deseja atuar, o Conselho Regional de Psicologia não tem mais competência legal para orientar e fiscalizar sua

atuação. Sendo assim, a prestação de serviços psicológicos realizados por meio de tecnologias da informação e da comunicação, regulamentada pela Resolução CFP nº 11/2018, é válida apenas para o território nacional.

Nesse sentido, é possível observar a complexidade do tema, nesse caso, em relação à classe de profissionais imigrantes da psicologia. A partir disso, a pergunta é: "Quais são os desafios psicológicos, burocráticos, culturais e financeiros enfrentados por psicólogos brasileiros que optam por atuar no exterior, considerando a complexidade das migrações internacionais (Redin, 2020; CFP, 2018), as mudanças nas políticas globais, econômicas e de qualidade de vida, e a crescente diáspora brasileira registrada nos últimos anos (Brasil, 2020)?"

Dito isso, o objetivo deste estudo foi identificar os desafios psicológicos, burocráticos, culturais e financeiros experienciados por psicólogos brasileiros que atuam no exterior.

2 MÉTODO

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa por meio de revisão narrativa, reconhecida por descrever e discutir o estado da arte de uma temática específica, possibilitando uma discussão ampliada quando há dificuldade em estabelecer uma pergunta de pesquisa precisa ou há escassez de literatura científica sobre o tema (Rother, 2007).

Apesar de menor evidência científica devido à seleção arbitrária de artigos, sujeitas a viés de seleção, revisões narrativas são essenciais para contribuições de determinadas temáticas, levantando questões e colaborando para a atualização do conhecimento (Cordeiro, et al., 2007).

A revisão narrativa foi conduzida de forma não sistemática no período de janeiro de 2012 a maio de 2022. A busca foi realizada nos periódicos científicos da CAPES, LILACS, Scielo e Pepsic, em português e espanhol. A pesquisa foi complementada por uma busca manual nas listas de referências dos trabalhos selecionados.

As palavras-chave incluíram "psicólogo imigrante", "dificuldades", "mudanças culturais" e a combinação "Psicólogos Brasileiros; Europa; Imigrantes". Foram incluídos artigos originais, estudos empíricos, teses, dissertações e livros publicados nos últimos 10 anos em português ou espanhol, enquanto cartas, vídeos, documentos não oficiais e artigos em língua inglesa foram excluídos.

A análise de conteúdo seguiu a técnica da Análise de Conteúdo Temático-Categorial (Bardin, 2011), com suporte do *software* Atlas.ti versão 8.0 (2017). Esta abordagem permitiu uma revisão e análise comparativa dos estudos identificados, destacando a significância dos temas abordados. Os resultados serão organizados em seções para facilitar a leitura.

3 RESULTADOS

Foram encontrados doze artigos referentes ao tema escolhido. A maioria aborda o processo de adaptação, impacto cultural, motivação dos imigrantes para a mudança de país, a importância da qualidade de vida e saúde mental durante a migração, bem como os desafios psicológicos enfrentados por familiares que permanecem no Brasil devido a restrições financeiras.

Interessante notar que não foram encontrados estudos sobre a importância de outras abordagens psicológicas além da sistêmica para pessoas que mudam de país. Uma síntese dos resultados que serão discutidos a seguir pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1
Síntese das categorias e achados na revisão narrativa.

Categorias	Achados
Processo Migratório	<ul style="list-style-type: none"> - Imigrar, migrar e emigrar envolvem mudanças significativas em vários aspectos da vida do indivíduo. - Fenômeno global e multidimensional com impactos culturais, familiares e profissionais. - A imigração pode ser voluntária, envolvendo planejamento, ou involuntária devido a situações traumáticas. - Momentos significativos desde a decisão de partir até a chegada ao novo país. - Sentimentos de indiferença, exclusão e insegurança podem surgir, afetando a vulnerabilidade psíquica. - Oportunidade de crescimento profissional, mas desafios na reintegração e perda de benefícios financeiros. - Fatores como falta de suporte organizacional contribuem para a não retenção de profissionais expatriados.
Homologação de Diploma	<ul style="list-style-type: none"> - Processo burocrático na Europa, com média de dois anos ou mais para a homologação de diplomas. - Alternativa de atuar como psicoterapeuta pode contornar algumas restrições na prática da psicologia.
Impactos Culturais e Qualidade de Vida	<ul style="list-style-type: none"> - Busca por qualidade de vida em nova cultura é motivadora para imigrantes. - Desafios socioeconômicos, psicossociais e familiares são observados nas migrações. - Psicoterapia é indicada para auxiliar na redução de sintomas e facilitar a adaptação ao novo contexto.
Abordagem Psicológica para Imigrantes	<ul style="list-style-type: none"> - Psicologia sistêmica e social são indicadas como mais adequadas para lidar com a complexidade multicultural. - Ajustamento intercultural é considerado um indicador positivo para os indivíduos.
Rede Social e Aclturação	<ul style="list-style-type: none"> - Rede social é crucial no processo migratório, contribuindo para o bem-estar e acolhimento do imigrante. - Apoio social proporciona segurança e estratégias de adaptação em nova cultura.

3.1 Processo Migratório

Imigrar, migrar e emigrar, pela análise dos artigos estudados, significam, em grande parte, mudar toda a história de um indivíduo. No processo migratório, podem ocorrer impactos nos contextos cultural, familiar e profissional, envolvendo a

adaptação à nova realidade, impacto na saúde mental e busca por melhorias na qualidade de vida. É importante salientar que cada vivência é única, e cada indivíduo reage de maneiras diferentes em cada processo.

A migração pode ser compreendida como um fenômeno global e multidimensional que demanda profundas mudanças (Oliveira et al., 2017). Segundo Becker e Martins-Borges (2015), as imigrações humanas constituem um fenômeno contínuo no cenário contemporâneo, repercutindo em diversos âmbitos sociais, econômicos e familiares, o que permite refletir que a necessidade de mudança integra uma condição de existência, propiciando o desenvolvimento.

A partir da interação com o meio ambiente e novos contextos sociais, os indivíduos recorrem a diferentes estratégias para melhor se adaptarem a um novo estilo de vida. Conforme afirmam Moura e Ramos (2018), a mobilidade humana é um fenômeno complexo e heterogêneo que está crescendo no mundo; a migração e o refúgio estão se tornando cada vez mais parte da vida de homens e mulheres de diversos continentes, classes sociais e culturas.

Se este processo costuma ser difícil ao lidar com a própria cultura, torna-se ainda mais desafiador quando envolve uma cultura e idioma totalmente diferentes daqueles aos quais o indivíduo está acostumado. Conforme observado por Antunes (2009), apesar de a cultura caracterizar um povo, ela não deixa de ser uma teia flexível e dinâmica, capaz de se adaptar a novas situações e integrar novos elementos, reconstruindo-se continuamente.

Todos os momentos na transição de vida do imigrante são significativos. Desde o momento da decisão de partir, o planejamento em relação a passagens, acomodações e despedidas, até a chegada ao novo destino, a espera pelo acolhimento no novo país e as possíveis dificuldades encontradas. Por este motivo, é crucial compreender e articular as motivações diversas da migração com o contexto em que são construídas, buscando perceber os fenômenos nas interações com os contextos nos quais ocorrem (Moura & Ramos, 2018).

Segundo a análise dos estudos realizados por Becker e Martins-Borges (2015), a imigração é um processo complexo que abrange tanto a dimensão do novo país quanto o aspecto psicossocial do indivíduo e de sua rede de apoio. No processo de mudança, é comum que o imigrante experimente sentimentos de indiferença, exclusão e insegurança, pois ocorre uma ruptura com tudo aquilo a que estava habituado e que era evidente em sua vida cotidiana. Isso pode levar o imigrante a encontrar-se em um processo de vulnerabilidade psicológica.

A indiferença é uma fonte de preocupação para os indivíduos, enquanto a simpatia os cativa; por esse motivo, os seres humanos seguem o caminho da reanálise constante de seus comportamentos em busca de aprovação. Esse processo já é desafiador quando estão integrados em sua própria cultura, tornando-se ainda mais complexo quando

convivem com uma cultura diferente (Romão, Gonçalves, & Remoaldo, 2015).

Podemos categorizar o processo migratório como voluntário ou involuntário. A migração voluntária envolve um planejamento, com pessoas buscando um novo projeto de vida, levando-as a decidir deixar seu país de origem. Nesse contexto, incluímos a expatriação, caracterizada pela seleção de executivos para atuarem em outra empresa ou na mesma empresa em um país diferente. Por outro lado, as migrações involuntárias são definidas como situações traumáticas em que o indivíduo tem pouco poder de escolha. Conforme mencionado pelas autoras Becker e Martins-Borges (2015), casos como guerras, perseguição política, catástrofes naturais, entre outros, podem ter impactos psicológicos significativos.

Conforme destacado por Daude, Coulon e Forzan (2014), sob a perspectiva social, a questão da imigração na Europa requer do Estado uma postura reflexiva e adaptativa por meio de serviços sanitários, educativos e sociais. Indiscutivelmente, a sociedade europeia torna-se cada vez mais multicultural.

Ao chegar ao novo país de acolhimento, é comum que o imigrante enfrente desafios na conclusão de documentos, na busca por moradia, na procura por emprego e em questões financeiras. Essas dificuldades tendem a ser menos pronunciadas para os indivíduos expatriados, uma vez que, em sua maioria, o processo é conduzido diretamente pela empresa.

Conforme apontado por Rosal (2015), a expatriação representa uma significativa oportunidade para o desenvolvimento da carreira em organizações globais. Os executivos buscam crescimento por meio da troca de experiências profissionais e pela imersão na cultura local, além de usufruir dos atrativos pacotes de recompensas que geralmente acompanham a mudança de país. Nesse processo, é comum que a empresa contratante ofereça um pacote de benefícios ao empregado, estendendo-se à sua família, podendo ser por tempo determinado ou indeterminado, assim como o contrato de expatriação.

Conforme destacado por Rosal (2015), as principais razões para a não retenção desses profissionais incluem o sentimento de desajustamento e a consequente dificuldade de reintegração na empresa. Outros fatores relevantes são a não ocupação de um cargo considerado adequado pelo repatriado, a falta de um plano de carreira que contemple a experiência internacional e a ausência de suporte por parte da organização. Além disso, alguns elementos adicionais contribuem para que essa fase seja vivenciada com relativa dificuldade, tais como a perda do status social e dos benefícios financeiros.

É fato que, no processo de imigração, nem sempre toda a família migra conjuntamente. Em muitas situações, um único membro da família inicia o processo de imigração e, após obter os recursos necessários, os demais familiares se juntam no país escolhido.

Conforme destacado por Daure, Coulon e Forzan (2014), o evento imigratório pode gerar desequilíbrios no sistema familiar. Esses desequilíbrios implicam uma reorganização, a qual depende da capacidade de estabelecer uma conexão entre a cultura de origem e a do país de acolhimento. Isso se traduz na apropriação, por parte dos filhos, da história da imigração dos pais e das referências das duas culturas.

Os autores Becker e Borges (2015) destacam algumas dimensões psicossociais que orientam o âmbito relacional familiar no contexto do fenômeno migratório. Isso inclui a inversão dos papéis familiares, especialmente quando os filhos assumem o papel de introduzir uma nova cultura aos pais, frequentemente demonstrando maior facilidade com o novo idioma.

Além disso, abordam questões como a manutenção da vida conjugal à distância quando a imigração de um dos cônjuges não é viável, o processo de aculturação no retorno, padrões de repetição familiar, conflitos com a família estendida e as redes sociais disponíveis para os migrantes ao chegarem a um novo contexto sociocultural. Também discutem o estado de vulnerabilidade entre os membros da família nesse processo.

Os estudos conduzidos por Becker, Martins-Borges e Crepaldi (2017) indicam que, durante o processo de adaptação no exterior, os imigrantes frequentemente experimentam sentimentos de desamparo e luto. Isso se deve às perdas materiais, físicas e sociais vivenciadas pelos indivíduos que optam por mudar de país.

Migrar muitas vezes representa um fator de risco, uma vez que envolve um contexto desconhecido, podendo impactar a autoestima, autoeficácia e autoconfiança do indivíduo. Portanto, o planejamento familiar é fundamental para que as pessoas possam lidar com a nova realidade, contando também com uma sólida rede social como apoio.

De acordo com Oliveira et al. (2017), compreender a questão migratória implica definir o que se entende por multicultural e intercultural, considerando a interculturalidade como um desafio capaz de reconhecer e valorizar a diferença. Não é suficiente que as diferentes culturas alcancem uma convivência baseada no respeito mútuo e na solidariedade; é necessário estabelecer uma interação significativa entre elas.

A imigração, por si só, não deve ser identificada como determinante de doença, sofrimento psicológico e diminuição da qualidade de vida. É verdade que migrar apresenta desafios significativos para o ser humano, dada a natureza da grande mudança, mas, ao mesmo tempo, pode gerar novas oportunidades e um estilo de vida diferente.

3.2 Processo de Homologação do Diploma

Para os psicólogos que passam por esse processo de migração, é importante destacar que a homologação do diploma no território europeu pode ser bastante burocrática, com uma estimativa média de dois anos ou mais para concluir o

reconhecimento do título e obter a autorização necessária junto ao Colégio Oficial do país para atuar como psicólogo clínico.

Essas informações foram obtidas por meio de profissionais especializados em trâmites de regularização de documentos no exterior, bem como consultando a página do Ministério de Universidades da Espanha, em julho de 2022. Além disso, foram consultadas as páginas dos Colégios Oficiais de Psicologia na Espanha e em Portugal, desde 2017 pela autora, as quais continuam fornecendo as mesmas informações após uma nova verificação realizada em julho de 2022.

Foi realizado um levantamento sobre a convalidação e homologação de diplomas de psicólogos no exterior nos bancos de dados Lilacs, Scielo Brasil e Capes, mas não foram encontradas informações sobre o processo para obtenção de reconhecimento legal em outro país.

Na página do Ministério de Universidades da Espanha, que vem sendo pesquisada pela autora desde 2017, o processo para atuar como psicólogo no país envolve o envio de todos os documentos credenciais apostilados e traduzidos de forma juramentada ao ministério de universidades. Eles indicam uma espera preliminar de dois anos para avaliar a documentação, inserir no sistema e posteriormente informar o veredito, sem fornecer o tempo exato para essa etapa do procedimento.

Após a busca realizada nas páginas oficiais de Psicologia na Espanha e em Portugal, utilizando palavras-chave como homologação, reconhecimento de título e convalidação, foi possível avaliar que, para a área profissional de Psicologia nos países consultados, não existe um processo de homologação. Em vez disso, há o processo de convalidação de título ou reconhecimento de título.

A opção de reconhecimento de título concede ao profissional apenas o título, sem habilitá-lo para a prática no país. O imigrante tem seu grau de estudos validado no país de residência, tornando-se um diferencial que permite atuar no ramo institucional. A convalidação do título pode ser realizada por meio do Ministério de Universidades ou diretamente com a faculdade que oferece o curso de Psicologia. Este procedimento, em média, varia de 2 a 5 anos em ambos os países, para que o profissional possa exercer a psicologia de forma legal, tanto presencialmente quanto online.

Outra opção para o psicólogo é atuar como psicoterapeuta, sem restrições que impeçam a prática. É importante destacar que a página oficial de Psicologia na Espanha (COP) publica artigos disponibilizados por meio de sua conta no LinkedIn, indicando não apoiar a prática de pseudociências, denominando-a como "intrusismo sanitário". A autora Torio (2022) ressalta que o intrusismo sanitário pode provocar graves consequências na saúde de pessoas que optam por essas abordagens, citando o processo de coaching como exemplo.

Para realizar atendimento online a brasileiros pelo mundo estando fora do território brasileiro, o Conselho Regional de

Psicologia não possui mais competência legal para orientar e fiscalizar sua atuação. Portanto, a prestação de serviços psicológicos por meio de tecnologias da informação e da comunicação, regulamentada pela Resolução CFP nº 11/2018, é válida apenas para o território nacional.

3.3 Impactos culturais na imigração e qualidade de vida

Uma das motivações dos imigrantes ao deixarem seus países de origem é buscar uma qualidade de vida superior em uma nova cultura. O conceito de qualidade de vida, amplamente utilizado tanto pela população quanto pela comunidade científica, é abordado por Oliveira (et al., 2017).

Segundo os mesmos autores, a Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como um fenômeno holístico que engloba os recursos sociais, individuais e físicos necessários para que o indivíduo alcance seus objetivos, satisfaça suas aspirações e atenda às suas demandas em diversos níveis. O tema da qualidade de vida associada à imigração deve ser explorado e discutido em todas as sociedades contemporâneas, uma vez que os grandes fluxos populacionais se transformam com a chegada de novos grupos, geralmente ativos e autônomos, formados pelos imigrantes.

Oliveira (et al., 2017) observam que os imigrantes enfrentam dificuldades de natureza material, legal e cultural enquanto buscam constantemente uma melhor qualidade de vida. Os processos de migração e qualidade de vida constituem uma área de investigação contínua para a promoção da saúde no país de acolhimento.

Sobre os processos migratórios, é possível observar que uma parte significativa dos indivíduos imigrantes busca uma vida melhor, almejando uma qualidade muitas vezes inalcançável em seus países de origem. Destaca-se o complexo e variado conjunto de fatores socioeconômicos, psicossociais e familiares presentes nos contextos migratórios, influenciando efetivamente a saúde, os níveis de estresse, o desenvolvimento e a qualidade de vida das pessoas e das famílias migrantes, especialmente aquelas provenientes de países em desenvolvimento.

O conceito de qualidade de vida, como abordado por Oliveira (et al., 2017), é relativamente recente e tem sido amplamente utilizado tanto pela população quanto pela comunidade científica. Borges e Poceau (2012) afirmam que, na sociedade ocidental, a saúde não é mais encarada como um objeto médico, mas sim como um fenômeno social, traduzido por um conjunto de atitudes que visam a promoção do bem-estar físico, mental e social.

A psicologia da saúde propõe uma nova perspectiva da saúde, não apenas no contexto da saúde mental, mas considerando os fatores psicológicos como elementos inerentes ao próprio bem-estar físico.

Dentre os fatores que impactam a qualidade de vida do indivíduo imigrante, consideram-se questões como jornadas de

trabalho intensas, doenças crônicas, desregulação emocional, distanciamento familiar e preocupações relacionadas ao ambiente, contribuindo para a vulnerabilidade do sujeito que passa pela mudança de país. A forma como os imigrantes são recebidos e tratados no país de acolhimento também influencia diretamente seus sentimentos e comportamentos, conforme destacado por Daure, Coulon e Forzan (2014).

A psicoterapia pode ser uma ferramenta necessária no acompanhamento do indivíduo que migra para auxiliá-lo na redução de sintomas como ansiedade, luto, depressão, diminuição de problemas de riscos, restauração no processo de adaptação, acolhimento do imigrante, estímulo e exposição aos medos, bem como na criação de novos vínculos com o país escolhido. Moura e Ramos (2018) afirmam que, com o aumento dos movimentos migratórios internacionais, diversas disciplinas das ciências sociais e humanas, incluindo a psicologia, têm intensificado sua atenção a essas questões.

É crucial que o psicólogo adote uma postura empática e curiosa diante das diferenças culturais, conforme proposto por Daure, Coulon e Forzan (2014). Estabelecer um espaço terapêutico no qual o sujeito possa se expressar em sua complexidade multicultural é essencial para construir um contexto que atenda às necessidades do paciente, indo além do universo psíquico e cultural do profissional. Os autores ressaltam que o papel do profissional é promover uma compreensão mais profunda das contradições sociais e da diversidade cultural enfrentadas pelos imigrantes e seus descendentes. Segundo os autores, essa abordagem favorece a utilização positiva do duplo pertencimento e, como resultado, uma melhor integração da família no país de acolhimento, sem perder de vista suas origens.

3.4 Abordagem Psicológica indicada para o atendimento a imigrantes

Não se trata de determinismo em termos da psicopatologia do imigrante e de seus descendentes, mas da tentativa de incorporar a questão da imigração no contexto terapêutico (Daure, Coulon, & Forzan, 2014).

Após análise dos artigos dos autores Daure, Coulon & Forzan (2014); Becker, Borges & Crepaldi (2017); e Moura & Ramos (2018), surge a possibilidade de que a Psicologia sistêmica e a Psicologia social apresentem abordagens mais adequadas para lidar com casos de migrações.

A psicologia sistêmica, como modelo teórico, pode abarcar a singularidade da condição do imigrante e compreender o sujeito no contexto familiar, estando mais alinhada com as interações intra e extrafamiliares cruciais no processo de integração sociocultural. Nessa perspectiva, destaca-se a importância da análise do movimento migratório do ponto de vista psicológico e da tentativa de integração entre os modelos sistêmico e intercultural.

Os autores Romão, Gonçalves e Remoaldo (2015) definem o modelo intercultural como o entrelaçamento de diversas

culturas, sem aniquilação ou imposição, promovendo a aceitação mútua e reconhecendo as implicações desse convívio para o progresso de todos.

Para Rosal (2015), a experiência intercultural desencadeia um ciclo que vai da desestruturação à reestruturação, proporcionando ao estrangeiro uma nova perspectiva sobre sua cultura de origem. O ajustamento é compreendido como o grau de conforto psicológico em relação a vários aspectos do país hospedeiro.

Por sua vez, as autoras Moura e Ramos (2018) ressaltam a necessidade de integrar as dimensões psicológicas e sociais do processo migratório, que influenciam nos elementos simbólicos e morais em cada etapa desse processo.

3.5 Rede social e aculturação

A rede social engloba todas as relações significativas do sujeito que contribuem para a construção de sua identidade e autoimagem. Essas relações podem ser familiares, de amizade, trabalho e estudo, sendo fundamental no processo migratório, pois auxilia no bem-estar e acolhimento do imigrante. Considera-se importante examinar as redes de apoio que os imigrantes mencionam ter e mapear essas redes significativas encontradas em um novo contexto sociocultural, a fim de obter uma visão mais abrangente e coerente do processo (Becker, Martins-Borges & Crepaldi, 2017).

Para Becker e Martins-Borges (2015), o apoio social proporciona aos imigrantes um espaço de segurança, oportunidades de aprendizado e uma estratégia de adaptação e sustentabilidade em um novo contexto cultural. O ajustamento intercultural ocorre quando o indivíduo consegue desenvolver padrões de pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação a outra cultura.

4 CONCLUSÃO

Nos artigos, não foram identificadas as diferenças entre migrar, emigrar e imigrar. Cada artigo utiliza linguagem semelhante para abordar temas relacionados. Além disso, não foram encontradas referências sobre a importância de outras abordagens psicológicas além da abordagem sistêmica para pessoas que mudam de país.

Ao analisar todos os artigos em relação a pensamento, sentimento e comportamento, observa-se que há espaço para avaliar a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como uma intervenção com resultados positivos no contexto migratório. Vale ressaltar que os imigrantes podem ou não apresentar transtornos mentais, e as evidências atuais indicam que a TCC é uma base de tratamento eficaz para diversas condições psicológicas, abordando pensamento, emoção e comportamento.

O presente artigo explorou o processo migratório por meio da análise de diversos materiais de estudo. Entretanto, no

que diz respeito ao atendimento psicológico realizado por profissionais brasileiros, mesmo possuindo toda a documentação correta e estando em outro país, incluindo o formato online, não foram encontrados artigos em português e espanhol que abordassem as dificuldades desse processo.

Recomenda-se pesquisas futuras sobre a importância da saúde mental de profissionais imigrantes, o funcionamento do processo de homologação de título, suas dificuldades e opções legais e éticas para atuar na área. Além disso, destaca-se a relevância da TCC, que visa a objetividade e resolução, embasada cientificamente, no contexto migratório.

Este trabalho pode contribuir para indivíduos que desejam migrar ou já migraram, fornecendo informações sobre as dificuldades e a importância de buscar apoio psicoterapêutico para lidar com as mudanças nesta nova jornada. Além disso, é relevante para psicólogos que estão no exterior, abordando suas inseguranças e como manejar a saúde mental durante o extenso processo de homologação de diploma.

BIOGRAFIA DOS AUTORES



Patrícia Cristina Climaco de Souza: Psicóloga pela Faculdade Integrada de Guarulhos (FG). Pós-graduada em Terapia Cognitivo Comportamental pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). climaco_patricia@yahoo.com.br

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Batista, R. R., & Bonomo, M. (2016). Representações e metarrepresentações sociais de imigrantes brasileiros na Europa. *Liberabit Revista de Psicologia*, 22(1), 91-102.
- Becker, A. P. S., & Martins-Borges, L. (2015). Dimensões psicossociais da imigração no contexto familiar. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 35(88), 126-144.
- Becker, A. P. S., Borges, L. M., & Crepaldi, M. A. (2017). Imigração e dinâmica familiar: uma revisão teórica. *Psicologia em Revista*, 23(1), 160-181.
- Conselho Regional de Psicologia no Paraná. (s.d.). *Guia de orientação - Psicólogo no exterior*. <https://crppr.org.br/guia-de-orientacao-psicologa-no-exterior>
- Cordeiro, A. M., et al. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 34(6), 428-431. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>
- Daure, I., Reyverand-Coulon, O., & Forzan, S. (2014). Relações familiares e migração: um modelo teórico-clínico em psicologia. *Psicologia Clínica*, 26(1), 91-108.
- El Colegio. (2007). *La situación del proceso de homologación del título de especialista en psicología clínica*. <https://copmadrid.org>

Escritos al Ministerio de Educación y el de Sanidad. (2006). *Proceso de tramitación de las solicitudes del título de especialista en psicología clínica*. <https://cop.es>

Gestión de títulos universitarios. (2014). *Homologación de títulos extranjeros de educación superior a títulos oficiales universitarios españoles de grado o máster que den acceso a profesión regulada en España*. <https://www.universidades.gob.es>

Loaiza Calderón, P. A., Malheiros Guedes, A. L., & De Carvalho, R. W. (2016). Gestão internacional de recursos humanos: adaptabilidade intercultural na expatriação de brasileiros. *Internext*, 11(2), 6-20.

Martins Borges, L., & Pocreau, J. B. (2012). Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 577-585.

Moura, G. B., & Ramos, N. (2018). Representações sociais de imigrantes latino-americanos em Espanha sobre imigração e imigrantes. *Ambivalências*, 6(11), 215-241.

Muhr, T., & Friese, S. (2004). *User's Manual for ATLAS.ti 5.0*. Berlin: ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH.

Nico, L. S., Bocchi, S. C. M., Ruiz, T., & Moreira, R. da S. (2007). A Grounded Theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3), 789-797.

Oliveira, E. N., Monteiro Neto, F. F., Félix, T. A., Lima, G. F., & De Almeida, P. C. (2017). Qualidade de vida de imigrantes brasileiras vivendo em Portugal. *Saúde em Debate*, 41(114), 824-835.

Oliveira, M. J. (2017). Inscrições no espaço social: os imigrantes brasileiros no Grande Porto. *Sociologia & Antropologia*, 17(2), 459-490.

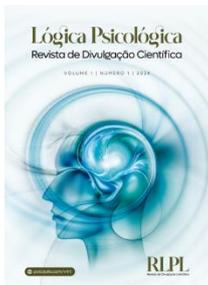
Redin, G. (2020). *Migrações internacionais: experiências e desafios para a proteção e promoção de direitos humanos no Brasil*. Editora UFSM.

Romão, A. M., Gonçalves, M. O. B., & Remoaldo, P. C. A. (2015). Interculturalidade – Emigrantes portugueses em Londres. *Holos*, 6, 555-566.

Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

Sayad, A. (1988). *A imigração ou os paradoxos da alteridade*. EDUSP.

Varela, R. C. (2019). Imigração, internacionalismo e solidariedade. *Argumentum*, 11(2), 210-224.



Fundamentos para uma Prática Baseada em Evidências na Psicologia: um recurso teórico

 Filipe Luís Souza¹
 Júlio Gonçalves²

¹Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí – SC, Brasil. filipe.souza@clinicasouzaecabral.com

²Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE), Itajaí – SC, Brasil. contato@psicojulio.com

Resumo – A Prática Baseada em Evidências na Psicologia (PBEP) representa um paradigma desafiador que tem permitido avanços na psicologia. A interseção indissolúvel entre evidência, perícia e individualidade do paciente orienta a prática clínica, sendo a quebra dessa interação comprometedora da ética. O objetivo deste artigo é oferecer um guia sobre PBEP que incentive os psicólogos a revisitar suas práticas atuais. Para isso, foi realizada uma revisão narrativa. Como resultados, é possível dizer que a interpretação das evidências é de suma importância, aliada à ênfase na validade das intervenções. No cenário prático, a Formulação de Caso (FC) se destaca como uma ferramenta que organiza o tratamento. Abordagens avaliativas do tratamento desempenham papéis cruciais na adaptação contínua do tratamento à evolução do cliente. Esses elementos, quando unidos, contribuem para a integridade da prática e auxiliam no avanço de uma psicologia científica.

Palavras-Chave
Prática Baseada em Evidências
Psicologia Clínica
Formulação de Caso
Mensuração de Resultados

Categoria
Artigo Original

Como citar: Souza, F. L., & Gonçalves, J. (2024). Fundamentos para uma Prática Baseada em Evidências na Psicologia: um recurso teórico. J. Gonçalves (Ed.). *Perspectivas em Psicologia* (pp. 25-36). Editora Lógica Psicológica. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10377702>

1 INTRODUÇÃO

A tentativa de incorporar o método científico à prática psicológica, similar às práticas médicas, teve, em seu início, fundamentação histórica em observações não controladas e ingênuas dos resultados psicoterapêuticos individuais observados em clínica. Essa abordagem passou por uma revolução no século passado com a implementação de processos de randomização, abrindo caminho para as práticas baseadas em evidências (Lilienfeld & Basterfield, 2020).

O conceito de práticas baseadas em evidências teve origem por pesquisadores da Universidade McMaster, no Canadá, liderados por David Sackett, que, em 1981, publicaram uma série de artigos no *Jornal da Associação Médica Canadense* (Thoma & Eaves, 2015). O que começou como um conceito foi formalizado na década seguinte, introduzindo a Medicina Baseada em Evidências (MBE) como um movimento que desafiou a prática comum de tomar decisões clínicas com base em fisiopatologia, intuição profissional e experiência clínica não sistematizada.

A MBE propôs uma abordagem que se baseia em evidências clínicas controladas, buscando evitar interpretações enviesadas do que é observado no cotidiano clínico-hospitalar (Guyatt et al., 1992). Esse desenvolvimento histórico evidencia a associação anteriormente antagônica entre métodos epidemiológicos e pesquisa clínica, unidas mais tarde na

chamada Epidemiologia Clínica, idealizada por Archibald Cochrane (Nagib Atallah, 2018). Cochrane enfatizou os conceitos de eficácia, efetividade e eficiência clínica, que serão discutidos posteriormente neste artigo, colaborando com Kherr L. White.

Esses eventos históricos culminaram na formação da Colaboração Cochrane em 1992, fundada em Oxford por Iain Chalmers (Chalmers, 1993).

O paradigma da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) teve seu impulso para romper com a inércia das decisões clínicas baseadas em experiências anedóticas a partir de uma revisão das evidências empíricas sobre a eficácia da psicoterapia em 1952, conduzida pelo psicólogo alemão Hans Eysenck. Nessa revisão, as evidências disponíveis até então foram resumidas, indicando uma incapacidade de sustentar qualquer efeito benéfico significativo da psicoterapia. Segundo Eysenck, a prática da psicoterapia, seja freudiana ou de qualquer outra abordagem, resultaria em desfechos semelhantes à passagem do tempo sem intervenção terapêutica (Eysenck, 1952). Em outras palavras, ele argumentava que realizar psicoterapia conduziria a resultados clínicos equivalentes à ausência de intervenção, agravado pelo ônus financeiro imposto ao indivíduo.

Os resultados dessa obra desencadearam conflitos históricos na Psicologia, especialmente no debate sobre fatores comuns da psicoterapia versus fatores específicos. Escolas

psicodinâmicas e humanistas defenderam a ideia de que não existe superioridade entre diferentes abordagens psicoterapêuticas, enquanto as escolas comportamentais e cognitivistas sustentaram que certas técnicas são clinicamente mais eficazes para quadros psicopatológicos específicos. Para uma análise mais aprofundada desse debate histórico, que não é o foco deste trabalho, recomenda-se a leitura de Leonardi & Meyer (2015).

O propósito deste artigo, que marca o início de uma coletânea sobre o tema, é oferecer aos psicólogos clínicos, sejam eles experientes ou novatos, um recurso que os incentive a revisitar suas práticas atuais e a refletir sobre a Prática Baseada em Evidências na Psicologia. Este material se apresenta como uma guia escrito, abrangendo termos, conceitos, técnicas e insights críticos relacionados à prática clínica em psicologia.

2 MÉTODO

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa por meio de revisão narrativa, reconhecida por descrever e discutir o estado da arte de uma temática específica, possibilitando uma discussão ampliada quando há dificuldade em estabelecer uma pergunta de pesquisa precisa ou há escassez de literatura científica sobre o tema (Rother, 2007).

Apesar de menor evidência científica devido à seleção arbitrária de artigos, sujeitas a viés de seleção, revisões narrativas são essenciais para contribuições de determinadas temáticas, levantando questões e colaborando para a atualização do conhecimento (Cordeiro, et al., 2007).

3 RESULTADOS

A seguir serão percorridas sobre categorias temáticas que estruturam o recurso, que são: Definição da PBE, Tipos de Evidências, Qualidade das Evidências, Formulação de Caso e Monitoramento do Progresso e Mensuração de Resultados.

3.1 Prática Baseada em Evidências na Psicologia

Sem distinção especial do modelo de práticas baseadas em evidências, originado inicialmente na medicina e posteriormente generalizado para diversas áreas da saúde (Goodheart, Kazdin & Sternberg, 2006; Filippin & Wagner, 2008; Richards, 2008), a Prática Baseada em Evidências na Psicologia (PBEP) não se enquadra na categoria tradicional de abordagens à qual os psicólogos estão acostumados a se associar. Na realidade, o paradigma da PBEP é antagonista a essa perspectiva profissional.

A definição formal da PBEP é entendida como um processo individualizado de tomada de decisão clínica, ocorrendo por meio da integração da melhor evidência disponível com a perícia clínica, considerando as características, cultura e

preferências do cliente (APA, 2006). Esta definição foi inicialmente proposta na década de 90 (Sackett et al., 1996) e permanece inalterada para a Psicologia.

Esses pilares devem ser compreendidos como uma bússola orientadora da prática clínica do psicólogo, onde a interseção é caracterizada como PBEP apenas quando utilizada de maneira indissolúvel. O cuidado precede a evidência; portanto, nenhum braço da PBEP é considerado primário ao outro. Como ilustrado na figura 1, se essa interação for quebrada, o paradigma da PBEP é comprometido, e o paciente perde o acesso a um atendimento psicoterápico ético e rigorosamente fundamentado.

Figura 1
Representação do paradigma da PBEP.



O não cumprimento dos pressupostos da PBEP ou uma rigidez excessiva podem resultar na diminuição do valor da própria prática, comprometendo o potencial positivo de resultados (Greenhalgh et al., 2014). Isso pode ocorrer ao entrar em múltiplos dos cenários possíveis:

Exclusão das preferências: Este é o erro mais comum e prejudicial, onde a melhor evidência e a perícia clínica são priorizadas em detrimento das idiosincrasias do indivíduo e de seu contexto. Ignorar o contexto do sujeito pode levar à aplicação de intervenções inviáveis e insustentáveis em sua vida cotidiana, resultando na perda do vínculo terapêutico e, possivelmente, no insucesso da psicoterapia. Esse erro pode até levar a comportamentos antiéticos, como sugerir a um paciente Amish assistir a um filme, infringindo princípios éticos de sua prática religiosa.

Exclusão da expertise: Desenvolver um plano terapêutico com base na melhor intervenção e no contexto do indivíduo pode ignorar a possibilidade de o profissional não ter a capacitação e experiência necessárias para aplicar a estratégia delineada. Isso pode resultar em uma aplicação inadequada,

percebida como ineficaz pelo sujeito, impactando futuros delineamentos de intervenções e dificultando o alcance das metas terapêuticas.

Exclusão da melhor evidência: Ignorar as evidências empíricas sobre a melhor intervenção psicoterápica para um determinado desfecho leva a um cenário atual na Psicologia, onde as intervenções são baseadas nos vieses cognitivos do profissional e em palpites sustentados por tradição e pela mística de sua abordagem basal. Nesse caso, há uma negligência potencial aos riscos de iatrogenia, bem como à facilitação da resolução do problema e ao direito do indivíduo de ter acesso a tratamentos comprovadamente eficazes e seguros.

Em resumo, compreende-se que a PBEP não é uma abordagem, mas sim um modelo de atenção ao paciente para tomada de decisão clínica baseada em um modelo tripartido indissolúvel.

3.2 Tipos de Evidências

Uma parte fundamental do processo de migração do psicólogo de uma prática clínica infundada para uma prática baseada em evidências é compreender o significado das “melhores evidências disponíveis”.

O termo “melhor” aqui é um comparativo de superioridade em relação ao “bom”, sendo um adjetivo que modifica o substantivo “desempenho”, que é o objetivo ao fundamentar-se em evidências empíricas de qualidade superior.

O rápido interesse dos médicos em uma prática clínica alinhada com a pesquisa levou à criação de uma hierarquização rigorosa dos delineamentos de pesquisa, estabelecendo um sistema de classificação “melhor para pior” de desenhos de estudo, com revisões sistemáticas no topo da pirâmide de evidências para a prática clínica (Paul & Leibovici, 2014).

A ideia de hierarquização das evidências teve origem na Força-Tarefa Canadense sobre o Exame Periódico de Saúde, que buscava orientar os profissionais de saúde sobre como fazer recomendações baseadas em evidências, classificando os níveis percebidos de confiabilidade e aplicabilidade das evidências (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1979).

Uma década depois, essa ideia foi aprimorada em uma pirâmide por Sackett (1989), ordenando os estudos com base no conceito de validade interna. No entanto, agora, os profissionais que buscam uma prática baseada em evidências devem abandonar esse modelo rígido, inicialmente criado com boas intenções, mas agora considerado insuficiente.

O profissional que trabalha com a lógica da PBEP deve ser capaz de interpretar as evidências de forma autônoma, pois delineamentos considerados superiores podem ter sido mal conduzidos e ser menos úteis ao paciente do que trabalhos “inferiores” na pirâmide de evidências, mas melhor conduzidos e relatados. Deve-se observar as revisões sistemáticas e meta-análises como lentes de aumento para os demais

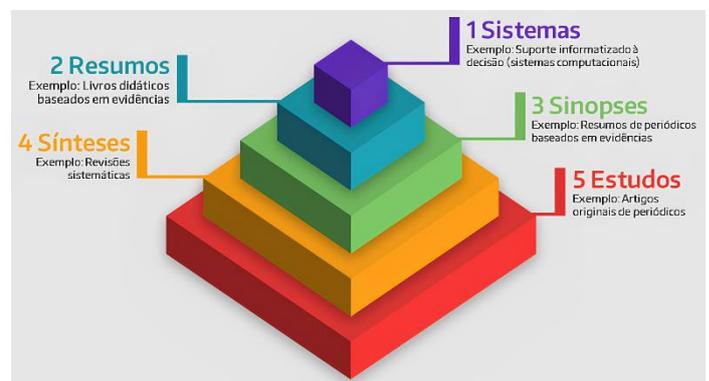
delineamentos, enquanto a expertise clínica do profissional deve orientar a avaliação do corpo de evidências. Para compreender a proposta da nova pirâmide de evidências, recomenda-se a leitura do trabalho de Murad e colaboradores (2016).

Entretanto, uma pirâmide foi proposta para auxiliar profissionais de saúde a tomarem decisões embasadas em evidências, não com base na “hierarquia” do desenho de pesquisa, mas sim pelo nível de processamento das evidências. Essa proposta sugere que os profissionais iniciem sua busca por respostas empiricamente fundamentadas para recomendações clínicas a partir de um nível mais elevado de síntese e pré-interpretação das evidências, avançando para níveis menores de processamento à medida que o estágio superior não esteja disponível (Haynes, 2016).

Essa pirâmide é também conhecida como Modelo 5S (Figura 2), dividida em cinco partes que, no idioma original do instrumento, o inglês, são organizadas como: 1) Systems (sistemas); 2) Summaries (resumos); 3) Sinopses (sinopses); 4) Syntheses (sínteses); e 5) Studies (estudos).

Figura 2

Níveis de organização “5s” das evidências em saúde por nível de processamento.



Nota 1. Imagem adaptada pelos autores baseada em Haynes (2006). Para obter a imagem em alta qualidade, faça o download [aqui](#).

O início da busca por evidências para fundamentar a formulação de um plano terapêutico, de acordo com a Pirâmide de Haynes, sugere começar procurando sistemas computadorizados de suporte à decisão. Esses sistemas hipotéticos seriam automatizados e, a partir dos dados inseridos sobre as características do paciente, forneceriam orientações direcionadas para a intervenção, fundamentadas nas características específicas do paciente.

Embora este nível de processamento seja atualmente utópico devido à necessidade de acumular evidências clínicas de qualidade em uma variedade quase infinita de populações distintas, algumas plataformas, como o UpToDate®, se aproximam dessa proposta, embora com muitas limitações.

Em um segundo nível de processamento, a pirâmide nos orienta a procurar diretrizes clínicas, geralmente elaboradas por um grupo de especialistas em um campo de pesquisa específico. Esses especialistas avaliam e analisam as evidências disponíveis, chegando a conclusões sobre as melhores condutas para o tratamento de uma determinada condição de saúde, bem como a força dessas recomendações. Essas diretrizes frequentemente se baseiam em discussões entre os especialistas do corpo editorial da diretriz.

Resumos de periódicos são uma estratégia menos comum na prática psicológica, sendo mais rotineiros para médicos e enfermeiros, que se beneficiam de iniciativas como a ACP Journal. Esta iniciativa mantém resumos atualizados, revisados por pares, de mais de 120 periódicos relevantes na área médica. No entanto, alguns desses resumos podem ser úteis também para psicólogos clínicos, especialmente aqueles que abordam recomendações em psicoterapia, provenientes de resumos em psiquiatria.

Os dois níveis mais baixos de processamento, de acordo com o Modelo 5S, geralmente são mais acessíveis e demonstram uma lógica inversa em relação à antiga pirâmide de evidências. Neste modelo, as revisões sistemáticas com meta-análise estão praticamente na base da pirâmide. De acordo com Haynes (2006), na ausência de respostas dos níveis superiores de processamento de evidências para a tomada de decisão clínica, recomenda-se procurar revisões sistemáticas e, somente em último caso, se nenhuma anterior for possível, ler artigos originais, como Ensaios Clínicos Randomizados (ECR's).

Uma exemplificação simples da aplicação dessa estratégia seria um psicólogo procurando, de maneira geral, qual tratamento não farmacológico possui a melhor evidência de eficácia e efetividade para o tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) em adultos. Ao consultar seu software de auxílio à decisão clínica computadorizado (neste caso, UpToDate®), ele encontrou a recomendação da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como alternativa à medicação, dependendo da gravidade do transtorno ou sua associação ao tratamento ansiolítico em casos severos (Crasck & Bystritsky, 2023). Simultaneamente, ele decidiu continuar sua busca em níveis inferiores de processamento.

Esse psicólogo encontrou a mais recente diretriz clínica do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE), que também indica a TCC como padrão-ouro de intervenção não farmacológica para o TAG em adultos (NICE, 2019), replicando esse achado em resumos de evidências (Demartini, Patel & Fancher, 2019) e na revisão sistemática com metanálise da iniciativa Cochrane sobre tratamentos não farmacológicos para o TAG (Hunot et al., 2007). Dessa forma, criou-se um empilhamento de fontes de evidências, como pode ser observado na figura 3. Se algumas dessas fontes apresentassem escassez de conteúdo, o psicólogo poderia recorrer a artigos originais disponíveis em bases de dados, como a American Psychological Association.

Figura 3

Simulação de trilha para busca da melhor evidência para indicação clínica para TAG em adultos com a estratégia "5S".



Nota 1. No topo da pirâmide, foi inserido o UpToDate® como sugestão elucidativa, alinhando-se, em um cenário ideal, com as expectativas da PBEP. No entanto, é importante ressaltar que o UpToDate® serve como um exemplo do que está mais próximo da ideia de um sistema computadorizado de suporte à decisão clínica. Este representa um nível de processamento de evidências ainda utópico, dada a enorme quantidade de ensaios clínicos randomizados de alta qualidade que seriam necessários para abranger cada cenário clínico com diversas populações, a fim de realizar inferências para a população como um todo. Para obter a imagem em alta qualidade, faça o download [aqui](#).

Certamente, a base para o desenvolvimento dos níveis mais avançados de processamento da evidência é estabelecida nos estudos originais. Esses estudos são delineados a partir da formulação de uma questão-problema. Para investigar algo, é crucial determinar o quê e por que estudar, permitindo assim a definição do melhor desenho de estudo para alcançar a resposta inicialmente buscada.

A conclusão sobre se uma intervenção é ou não eficaz para uma condição, bem como sua segurança, será possível por meio da condução de um ensaio clínico controlado aleatorizado (ECR). Esse delineamento envolve, pelo menos, um grupo recebendo uma intervenção experimental (por exemplo, hipnoterapia), e outro grupo com condições demográficas similares recebendo uma forma de controle, dependendo do objetivo do estudo. Isso pode incluir controle por placebo (tratamento inócuo, exemplo: homeopatia), controle simultâneo sem tratamento (podendo demonstrar que a intervenção é melhor do que não fazer nada/a simples passagem do tempo, por exemplo, lista de espera) ou controle ativo, onde o grupo controle é submetido a um tratamento (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental) com efeito terapêutico conhecido (Nair, 2019).

A randomização, ou seja, a alocação aleatória dos participantes da pesquisa para um dos grupos do ensaio clínico (seja o grupo experimental ou controle), é fundamental. Essa prática preserva as condições prognósticas, garantindo que os indivíduos sejam distribuídos de forma a preservar características como idade, sexo, gravidade de sintomas,

escolaridade, etnia, entre outras. Isso reduz vieses no planejamento da condução do ensaio clínico e estabelece um cenário propício para inferência de causalidade, uma vez que a única diferença notável entre os grupos será o tratamento ao qual foram submetidos (Altman, 1991).

Entender sobre saúde e como se constrói melhores ferramentas e caminhos para investigar o ser humano é uma necessidade quando se trata da PBEP, que vai além do que se aprende na graduação. A própria randomização nasceu originalmente em um estudo agrícola (Fischer, 1926), sendo atribuída à saúde no primeiro ensaio clínico randomizado cinco anos depois, acerca do efeito da sanocrisina para tuberculose (Amberson, McMahon & Pinner, 1931).

Somente na década de 80, estabeleceu-se com segurança que o método de randomização mantém os achados dos ensaios clínicos em uma razão interpretável, uma vez que a não sistematicidade na alocação dos indivíduos impediria a distinção entre o efeito do tratamento e as influências do desequilíbrio entre grupos (Kalish & Begg, 1985; Kang, Ragan & Park, 2008).

Se até este conjunto de informações apresentadas não foi descrito de forma diretiva, estudos observacionais, em qualquer uma das suas formatações (por exemplo, estudos de coorte, caso-controle, relatos ou séries de casos etc.) não são capazes, devido às inúmeras possibilidades de vieses e limitações, de estipular causalidade acerca da eficácia, efetividade e eficiência de uma intervenção terapêutica. Isso é possível apenas através da condução de um ensaio clínico controlado aleatorizado (Hochman et al., 2005). Os ECR's tornaram-se o padrão-ouro de pesquisa epidemiológica, tendo nascido originalmente em ensaios clínicos não controlados (Chidambaram & Josephson, 2019).

Para que o psicólogo clínico entenda melhor como se planeja uma pesquisa clínica, desde sua gênese até a escrita, e quais são os desenhos de pesquisa clínica, se recomenda a leitura do livro intitulado "Delineando a Pesquisa Clínica" (Hulley et al., 2014), como ferramenta de linguagem acessível a psicólogos recém-formados ou iniciantes na PBE.

3.3 Qualidade das Evidências

Um delineamento de pesquisa não pode ser considerado superior a outro de forma hierárquica rígida para a tomada de decisão clínica. Caso contrário, a pirâmide de evidências discutida anteriormente nesta obra seria válida para a prática clínica. Diante desse raciocínio, torna-se imprescindível o uso de ferramentas práticas que permitam ao psicólogo clínico interpretar os possíveis vieses subjacentes nos quadros estatísticos e nos parágrafos dos ECR's, evitando assim a confiança cega nos dados publicados.

Para uma compreensão abrangente desses temas, é essencial entender que o viés é um erro sistemático que ocorre devido à má condução ou delineamento da pesquisa clínica (Tripepi et al., 2008). Nesse sentido, a seleção de uma evidência para a tomada de decisão deve considerar dois fatores

inalteráveis na análise de um ECR, a saber, a validade interna (VI) e, em seguida, a validade externa (VE) da evidência.

A VI é determinada pela concepção, condução e relato da evidência, ou seja, se o processo foi ou não enviesado, se a interpretação dos achados está descrita de acordo com o que foi realmente identificado pela pesquisa e se os procedimentos metodológicos são confiáveis (Andrade, 2018).

Por sua vez, a VE está relacionada à capacidade da evidência ser generalizada para outros contextos além das condições específicas do estudo. A VE abrange as condições sociodemográficas da amostra populacional estudada e determina se a evidência observada será útil para o clínico (Egger, Smith & Altman, 2008; Andrade, 2018). A amostra do estudo pode ser tão específica, ou os procedimentos adotados tão distintos do mundo real, que os resultados se tornam irreprodutíveis. Além disso, a VE pode ser subdividida em um aspecto específico, conhecido como validade ecológica, que se relaciona com a capacidade de generalização da evidência para o "mundo real" (Andrade, 2018). Esse conceito visa identificar a possibilidade de aplicação dos resultados da evidência a populações com características diferentes daquelas estudadas (Lewkowicz, 2001).

Ao iniciar a avaliação da qualidade metodológica de um ECR, uma opção inicial é a Escala PEDro (<https://pedro.org.au/>). Essa escala (tabela 1) é reconhecida por sua validade na medição da qualidade metodológica de ensaios clínicos em diversas áreas da saúde (Morton, 2009). Composta por onze itens, a escala atribui uma pontuação de 0 a 10. Sua versão traduzida para o português brasileiro também é considerada válida, e sua reprodutibilidade é confiável (Shiwa et al., 2011).

Tabela 1
Itens da escala PEDro.

Escala de PEDro – Português (Brasil)	
1. Os critérios de elegibilidade foram especificados	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
2. Os sujeitos foram aleatoriamente distribuídos por grupos (num estudo cruzado, os sujeitos foram colocados em grupos de forma aleatória de acordo com o tratamento recebido)	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
3. A alocação dos sujeitos foi secreta	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
4. Inicialmente, os grupos eram semelhantes no que diz respeito aos indicadores de prognóstico mais importantes	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
5. Todos os sujeitos participaram de forma cega no estudo	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
6. Todos os terapeutas que administraram a terapia fizeram-no de forma cega	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
7. Todos os avaliadores que mediram pelo menos um resultado-chave, fizeram-no de forma cega	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
8. Mensurações de pelo menos um resultado-chave foram obtidas em mais de 85% dos sujeitos inicialmente distribuídos pelos grupos	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
9. Todos os sujeitos a partir dos quais se apresentaram mensurações de resultados receberam o tratamento ou a condição de controle conforme a alocação ou, quando não foi esse o caso, fez-se a análise dos dados para pelo menos um dos resultados-chave por "intenção de tratamento"	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
10. Os resultados das comparações estatísticas inter-grupos foram descritos para pelo menos um resultado-chave	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
11. O estudo apresenta tanto medidas de precisão como medidas de variabilidade para pelo menos um resultado-chave	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:

Os desenvolvedores da escala inicialmente a vincularam à avaliação de ECR's indexados em sua base de dados no campo da fisioterapia. No entanto, ao longo do tempo, outros campos da saúde e pesquisa médica também adotaram essa ferramenta (Cashin & McAuley, 2020).

Os itens da escala são divididos conforme o objetivo de análise. O primeiro item avalia a validade externa do ECR, enquanto os critérios de 2 a 9 são destinados à avaliação da validade interna. Os dois últimos itens focam na análise dos relatos estatísticos do ECR (Cashin & McAuley, 2020).

Uma ferramenta mais abrangente e amplamente utilizada nas revisões sistemáticas de alto impacto nas ciências da saúde é o RoB2 (Figura 4), que significa "Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials," desenvolvido pela iniciativa Cochrane (<https://methods.cochrane.org/bias/resources/rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials>). Essa ferramenta é reconhecida como válida para analisar o risco de viés em ensaios clínicos. No entanto, é importante notar que o RoB2 pode representar um desafio mesmo para clínicos experientes (Minozzi et al., 2020; Minozzi et al., 2021).

Figura 4
Ferramenta RoB2, 5 domínios de viés e classificação final.

	D1	D2	D3	D4	D5	OVERALL
	+	?	?	+	+	+
	+	+	+	?	+	+
	?	+	+	?	?	?
	+	+	+	+	?	?
	?	?	+	?	?	?
	-	?	?	?	?	-
	-	+	+	+	?	-
	+	+	-	+	-	-
	?	+	-	?	?	-

A ferramenta RoB2 foi desenvolvida para superar as limitações da versão anterior, proporcionando melhor acesso e funcionalidade por meio de softwares e do site da iniciativa Cochrane (Lee, 2021). Essa ferramenta abrange cinco domínios de viés, a saber: D1) processo de randomização; D2) desvios das intervenções pretendidas; D3) dados de desfechos

ausentes; D4) mensuração dos desfechos; e D5) seleção do resultado relatado.

A avaliação do risco de viés em ensaios clínicos por meio da ferramenta RoB2 proporciona ao avaliador uma série de representações visuais do panorama geral das evidências levantadas. Essas visualizações são valiosas tanto para propósitos de pesquisa quanto para o planejamento terapêutico. O julgamento do avaliador é baseado nas respostas a perguntas específicas da ferramenta RoB2, resultando em uma classificação para cada domínio de viés como "baixo risco de viés (+)", "algumas preocupações (?)" ou "alto risco de viés (-)". A combinação dessas classificações levará a uma decisão final sobre o status geral da confiabilidade das evidências, sendo julgada nas mesmas três categorias (Sterne et al., 2019).

A seguir, apresenta-se um exemplo de tabela de avaliação do risco de viés (Figura 5), elaborada a partir dos dados fornecidos por Fuhr e colaboradores (2022).

Figura 5
Exemplo de avaliação com base em Fuhr (et al., 2022).

ESTUDOS	D1	D2	D3	D4	D5	OVERALL
Alladin & Alibhai	?	-	-	-	?	-
Butler et al.	-	-	-	+	?	-
Chiu et al.	?	+	+	-	?	-
Fuhr et al.	+	+	+	+	+	+

Em seguimento, é essencial que o profissional que se utiliza da PBEP, domine o processo de avaliação geral da qualidade da evidência. O sistema GRADE (Classificação de Recomendações, Avaliação, Desenvolvimento e Análises, em português) oferece uma abordagem transparente para o desenvolvimento da síntese de evidências, proporcionando uma sistematização no processo de formular recomendações clínicas em revisões sistemáticas e diretrizes (Guyatt et al., 2008).

Os ECR's começam sua avaliação sendo pré-estabelecidos como de alta qualidade, indicando uma confiança elevada de que o resultado obtido esteja próximo da realidade. Em contrapartida, os estudos observacionais iniciam a avaliação como de baixa qualidade, com base nas limitações inerentes a esse tipo de delineamento de estudo. No entanto, essa estimativa de qualidade da evidência para apoiar a estimativa do efeito da intervenção é ajustada durante a avaliação dos cinco componentes que podem diminuir a certeza na qualidade da evidência e três fatores que podem aumentar a certeza na classificação geral da qualidade da evidência (Guyatt et al., 2011).

Nesse sentido, o sistema GRADE (Tabela 2) resulta em uma sintetização por níveis, separando-as pelo seu nível de certeza de que o efeito da intervenção estimada pelos autores de um trabalho condiz ou não com a probabilidade de que este efeito seja real (Balslem et al., 2011).

Tabela 2
Classificação de qualidade da evidência GRADE.

Nível de qualidade/certeza	Significado
Muito baixo	O verdadeiro efeito é provavelmente marcadamente diferente do efeito estimado
Baixo	O verdadeiro efeito pode ser marcadamente diferente do efeito estimado
Moderado	Os autores acreditam que o verdadeiro efeito está provavelmente próximo do efeito estimado
Alto	Os autores têm muita confiança de que o efeito verdadeiro é semelhante ao efeito estimado

Por fim, para uma compreensão abrangente sobre a qualidade das evidências, é crucial entender que o objetivo final da PBEP é buscar uma recomendação clínica com uma probabilidade específica de desfecho para um indivíduo com características particulares, visando individualizar o cuidado. Isso só é possível ao compreender três conceitos fundamentais: eficácia, efetividade e eficiência.

A eficiência está relacionada à capacidade de uma intervenção médico-terapêutica gerar resultados em condições experimentais, ou seja, em circunstâncias ideais, como as de um ensaio clínico. Por outro lado, a efetividade é a capacidade dessa intervenção gerar efeitos favoráveis em ambiente real, no cotidiano clínico, fora das condições controladas de experimentos. A eficiência refere-se à consideração do custo-benefício dos recursos do sujeito, como verba e tempo, para sua recomendação (Singal et al., 2014).

3.3 Formulação de Caso

Na prática diária do profissional de saúde mental, a definição de que PBEP é um processo individualizado de tomadas de decisões fundamentadas na integração da melhor evidência disponível com a perícia clínica e considerando as características, cultura e preferências do cliente pode ser operacionalizado em cinco (05) etapas (Leonardi et al., 2023): 1) levantamento de questões clínicas relevantes; 2) busca pelas melhores evidências, tais como manuais clínicos, revisões de ECR's, etc.; 3) análise crítica da qualidade das evidências encontradas; 4) execução da intervenção, na qual precisa ser dominada pelo psicoterapeuta; 5) mensuração de resultados.

São etapas complexas, e um dos problemas mais comuns é a aplicabilidade das intervenções, seja pela "aparente" inflexibilidade das intervenções descritas nos manuais ou pela organização do tratamento como um todo (Gonçalves, 2023).

Essa discussão sobre aplicabilidade não é um problema recente. Apesar da disponibilidade de tratamentos psicológicos eficazes para uma ampla gama de transtornos psiquiátricos (Barlow, 2023), sua administração tem sido considerada subótima (Shafraan et al., 2009). Mesmo que os protocolos e técnicas detalhados em documentos, livros e artigos forneçam orientações práticas e até algum nível de individualização (Eells, 2013), acessá-los durante uma sessão psicológica pode ser desafiador.

A questão é: Será que efetividade de tratamentos baseados em protocolos não está sendo obscurecida pela falta de uma avaliação individualizada e de um plano de tratamento específico para cada paciente? Eells (2013) comenta que sim, e adicionalmente, argumenta que os protocolos padronizados negligenciam "a tarefa mais desafiadora de qualquer terapeuta", que consiste em "escolher um problema e uma abordagem para esse problema que será benéfica para aquele paciente específico naquele momento específico".

Nesse contexto, um modelo importante a ser considerado é o citado por Kendall e Frank (2018), sobre a "flexibilidade dentro da fidelidade". A fidelidade refere-se à adesão do psicoterapeuta aos componentes de tratamento de um protocolo e sua competência na execução da intervenção. Por outro lado, a flexibilidade dentro da fidelidade refere-se à implementação de um protocolo com suporte empírico, mas que adapta sua implementação para estar em sintonia com as apresentações individuais do cliente (e.g., exposições para pânico são adaptadas às demandas e contextos do paciente, o modelo cognitivo pode ser elucidado com uso de um filme preferido da criança/jovem etc.).

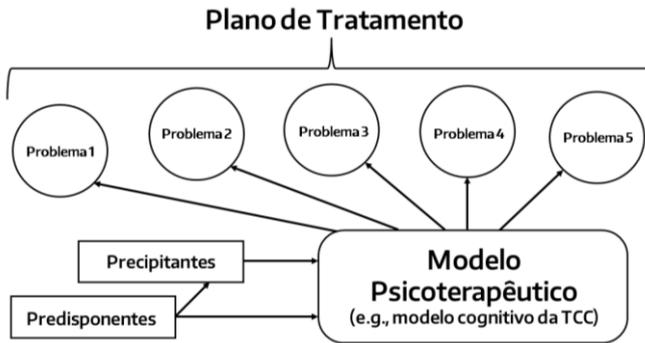
A Formulação de Caso (FC) surge como uma ferramenta importante nesse contexto, proporcionando uma forma estruturada de compreender e lidar com as complexidades inerentes a cada caso clínico, ao mesmo tempo em que auxilia nessa adaptação (Gonçalves, 2023; Kendall, & Frank, 2018).

A FC é um processo ativo que transita de uma abordagem nomotética (geral) para uma abordagem ideográfica (personalizada) (para mais detalhes, acesse <https://psicoju-lio.com/4-etapas-fc/>), centrando-se no funcionamento psicológico de cada indivíduo (Eells, 2022; Gonçalves, 2023). Para além da observação superficial dos sintomas, a FC é desenvolvida para complementar e traduzir o raciocínio clínico em relação a um caso específico (Gonçalves, 2023).

Ao formular o caso, os psicoterapeutas identificam quais componentes do protocolo são mais relevantes para o cliente, quais adaptações podem ser necessárias com base em sua apresentação individual e como integrar estratégias específicas para atender às necessidades do cliente. Isso permite uma implementação personalizada e flexível do protocolo, garantindo que a intervenção seja adaptada de forma apropriada, mas ainda esteja alinhada com os princípios e objetivos do tratamento baseado em evidências (Kendall, & Frank, 2018).

Para além de adaptações específicas, a função da FC na prática clínica é ampla. Através da integração da teoria, pesquisa e intervenções provenientes dos modelos psicoterapêuticos (e.g., TCC, DBT, ACT etc.), a FC orienta o plano de tratamento (Eells, 2022; Nicoletti, Donadon, & Portela, 2022; Willem, Pa-desky, & Dudley, 2010), conforme pode ser visto na figura 6:

Figura 6
Estruturação e aplicação da FC baseado em Gonçalves (et al., 2023).



O propósito da FC vai além da descrição de sinais e sintomas, buscando elucidar o que predispõe o sofrimento e, talvez mais significativo, o que perpetua esses padrões comportamentais atuais. A compreensão da FC implica em estabelecer relações entre as experiências passadas, os aspectos desenvolvimentais, as aprendizagens individuais e os sintomas atuais do paciente (Gonçalves, 2023). Isso requer a habilidade de traçar conexões entre eventos passados, experiências traumáticas, crenças arraigadas e os desafios do presente, formando o que se intitula de Raciocínio Clínico (RC) (Gonçalves, 2023).

Além disso, a FC é capaz de projetar o potencial futuro, identificando possíveis recaídas e possibilidades de recuperação em diversas dimensões da vida, incluindo relacionamentos interpessoais, dinâmica familiar, dentre outros (Eells, 2022). Adaptada de Eells (2013; 2022) por Gonçalves (2023), a tabela 3 sintetiza e descreve as etapas de construção da FC.

No nível prático, os psicoterapeutas podem desenvolver teorias explicativas que transcendem a mera descrição topográfica de sintomas, elaborando um plano de tratamento preciso e adaptado às necessidades e peculiaridades de cada paciente. A partir disso, tornam-se possíveis tomar decisões fundamentadas na integração da melhor evidência disponível com a perícia clínica em relação ao tratamento do paciente (Gonçalves, 2023). A tabela 4 retrata a FC de um caso clínico.

Os benefícios da FC são amplos, conforme elucidado por alguns autores (Persons, et al., 2006; Christon, McLeod, & Jensen-Doss, 2015). No entanto, apesar de seu potencial orientador, a literatura tem apresentado resultados mistos quanto à sua eficácia prática (Eells, 2022). Essa incerteza pode ser atribuída à falta de um modelo sistematizado.

Tabela 3
Sugestão de etapas para construção de uma Formulação de Caso.

<p>Etapa 1 Obter lista abrangente de problemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Uma lista abrangente de problemas que descreva todos os problemas que o paciente está enfrentando em diversos domínios. Embora a abrangência seja importante, também é essencial manter a lista de problemas em um tamanho gerenciável. - Se a lista tiver mais de 10 itens, é uma boa ideia agrupar alguns dos problemas para encurtá-la. É útil apresentar cada problema em um formato simples, usando uma ou duas palavras para nomear o problema, seguido de uma descrição do problema. - Fornecer, sempre que possível, informações sobre alguns dos aspectos cognitivos, comportamentais, fisiológicos e emocionais dos problemas. Esta etapa ajuda o psicoterapeuta (e o paciente) a começar a conceituar os problemas. - A principal estratégia que a maioria dos psicoterapeutas utiliza para coletar uma lista abrangente de problemas é a entrevista clínica e aplicação de instrumentos psicométricos.
<p>Etapa 2 Atribuir ou ancorar um diagnóstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O diagnóstico ajuda a identificar a FC nomotética baseada em evidências que pode servir como modelo para FC ideográfica. - Uma abordagem útil para selecionar um diagnóstico de ancoragem é escolher o diagnóstico que explica o maior número de problemas na lista de problemas – ou seja, o diagnóstico que mais afeta o funcionamento do paciente. - Na prática é que se um paciente tem transtorno bipolar e TDAH, o psicoterapeuta pode selecionar um desses como diagnóstico de ancoragem com base nos objetivos do tratamento atual. - Assim, por exemplo, se a paciente tem transtorno bipolar sob bom controle e deseja tratar seus sintomas de TDAH, esse diagnóstico pode servir como diagnóstico de ancoragem. Mesmo assim, o clínico deve manter o transtorno bipolar em mente à medida que o tratamento avança.
<p>Etapa 3 Selecionar a FC nomotética</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se FC's nomotéticas baseadas em evidências do diagnóstico de ancoragem estiverem disponíveis (e.g., manuais clínicos), selecione uma delas para servir como modelo para a FC ideográfica. - Quando nenhuma FC nomotética baseada em evidências estiver disponível, o psicoterapeuta pode considerar a adaptação de um modelo que tenha sido proposto para outro problema ou sintoma para o caso em questão (e.g., uma busca por ECR's ou estudos de caso).
<p>Etapa 4 Individualizar para a FC ideográfica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para individualizar a FC nomotética, o psicoterapeuta deve coletar detalhes sobre os aspectos cognitivos, comportamentais, emocionais e somáticos dos problemas do paciente. - Além disso, é importante reunir detalhes sobre como os problemas parecem estar relacionados e informações sobre os fatores predisponentes (fatores históricos, médicos etc.) e precipitantes transversais e longitudinais (desencadeadores). - Nesta fase, é possível gerar hipóteses sobre como o paciente desenvolveu os esquemas, como o paciente aprendeu os comportamentos disfuncionais ou falhou em aprender os funcionais, como o paciente desenvolveu uma dificuldade emocional ou déficit de regulação emocional, e como o paciente adquiriu uma vulnerabilidade biológica – ou seja, como o paciente adquiriu os mecanismos que supostamente estão causando os problemas.

Atualmente, não há um conjunto único e amplamente reconhecido de diretrizes ou protocolos que padronizem a aplicação da FC, e essa falta de estrutura padronizada pode gerar variações substanciais na maneira como os psicoterapeutas conduzem esse processo (Gonçalves, 2023; Eells, 2022; Christon, McLeod e Jensen-Doss, 2015). Essas diferenças podem resultar em interpretações diversas e, potencialmente, limitar a eficácia da FC como ferramenta. Além disso, a falta de padronização pode dificultar a comparação de resultados entre terapeutas e a generalização das descobertas sobre a aplicabilidade e eficácia da FC (Christon, McLeod e Jensen-Doss, 2015).

Tabela 4
Modelo de FC preenchida.

Nome: Maria		Idade: 32	
Resumo: Maria é uma mulher solteira de 32 anos, formada em administração e atualmente trabalha em uma empresa de consultoria. Apresenta sintomas de ansiedade generalizada, incluindo medo de situações sociais e insônia. Esses sintomas afetam sua vida pessoal e profissional. História familiar de ansiedade, e perfeccionista, auto exigente, com baixa autoestima e crítica a si mesma. Experiências negativas na infância, com divórcio dos pais e pressão acadêmica, além de dificuldade em se adaptar socialmente e mudança de escola. Busca independência financeira, realização profissional e amizades/relacionamentos sinceros e longos.			
Funcionamento Atual		Determinantes de Saúde	
Cognitivas: Visão negativa de si mesma e de suas habilidades. Se considera incompetente e insegura, sentindo que não está à altura das expectativas dos outros. Também tem pensamentos ruminantes e catastrofistas, como "algo terrível vai acontecer" ou "não sou boa o suficiente para o trabalho".		Fatores precipitantes longitudinais: Mudança de escola e afastamento dos amigos, com bastante dificuldade de vínculo com os colegas posteriormente. A cada escola nova, as cobranças de ser "boa aluna" a faziam priorizar os estudos ao invés das brincadeiras, por exemplo.	
Emocionais/fisiológicas: Tristeza, medo, frustração e raiva. Ela tem dificuldade em controlar suas emoções, o que muitas vezes leva a ataques de pânico e sensação de sobrecarga emocional. Quando exposta a situações estressantes, Maria apresenta sintomas físicos como sudorese, palpitações, tremores e tensão muscular.		Fatores precipitantes transversais: Término de um relacionamento de longo prazo e pressão no trabalho devido à sobrecarga de tarefas e prazos apertados.	
Estratégias de enfrentamento: Evita situações sociais e de trabalho que possam desencadear sua ansiedade, como apresentações em público, reuniões e eventos sociais. Ela também tem dificuldade em tomar decisões e procrastina tarefas importantes, o que afeta sua produtividade e desempenho no trabalho. Busca manter controle com tudo, inclusive eventos corriqueiros como as chaves estarem sempre no mesmo lugar, não se permitir adoecer etc.		Fatores de manutenção do sofrimento: Mantém sua ansiedade por meio de padrões de pensamento negativos e comportamentos evitativos. Ela se concentra nas possibilidades de coisas ruins acontecerem e tende a evitar situações desconfortáveis.	
Fatores Predisponentes		Recursos Pessoais	
Genéticos e história médica: História familiar de ansiedade, com sua mãe e irmão também tendo apresentado sintomas semelhantes. Não tem nenhuma condição médica significativa que possa estar contribuindo para sua ansiedade.		Valores pessoais: Independência financeira, realização profissional e relacionamentos bons.	
Personalidade: É perfeccionista e altamente autoexigente, com um senso de responsabilidade muito grande. Ela tem uma baixa autoestima e uma tendência a se criticar severamente quando comete erros ou não atinge suas metas.		Pontos fortes: Altamente motivada, boa capacidade de compreensão dos conteúdos psicológicos, leitora ávida de filosofia.	
Modelo parental: Passou por experiências negativas durante sua infância, como o divórcio de seus pais e a pressão para ter um desempenho acadêmico excepcional. Ela também teve dificuldades em se adaptar a novos ambientes sociais, o que pode ter contribuído para sua timidez e evita.		Habilidades: Organizada, curiosa e criativa.	
Modelo social e cultural: Mudança de escola e afastamento dos amigos, com bastante dificuldade de vínculo com os colegas posteriormente. Família que valoriza o sucesso acadêmico e profissional, do Rio Grande do Sul.		Fatores de proteção: Bom suporte emocional de sua família e amigos próximos.	
Definição das Dificuldades		Plano de Tratamento	
Crenças nucleares: Sou imperfeita, sou incompetente, sou insegura, sou inferior, vou cometer erros, as pessoas são melhores que eu em tudo.		Obstáculos no tratamento: Tentativas de controle e ativação do padrão perfeccionista na execução da psicoterapia.	
Regras: As coisas sempre precisam ser feitas de uma certa maneira e que qualquer desvio dessa norma é inaceitável. Sou responsável por tudo o que acontece em sua vida e devo controlar tudo para evitar situações de risco.		Aspirações de vida: Sentir-se leve, viver o hoje sem se preocupar tanto com o futuro, conseguir estar com as pessoas de "corpo e alma", sem se sentir pressionada internamente por estar sempre produzindo.	
Problemas: 1. Autoeficácia e autoestima prejudicada. 2. Tentativas rígidas de controlar eventos ambientais (doenças, horários, trânsito etc.) e internos (ativação emocional). 3. Ruminações constantes que levam a paralização e evitação.		Objetivos psicoterápicos: 1. Aumentar a Autoeficácia e Autoestima (continuum, foco no positivo, metas progressivas/realistas, praticar autocompaixão e aceitação). 2. Flexibilizar Tentativas de Controle (escalamento do controle, manejo da incerteza). 3. Reduzir Ruminação e Paralização (preocupação produtiva, reestruturação).	
Diagnóstico: Transtorno de Ansiedade Generalizada com sintomas de depressão.		Estratégias psicoterápicas: Reestruturação cognitiva no nível de pensamentos e crenças; Exposição imaginada e in-vivo; Solução de Problemas; Adiantamento da Preocupação, Atenção Plena; Escalonamento do Perfeccionismo.	
Avanços/dificuldades: Nada a constar, por enquanto.			
Transdiagnóstico			
Deficiências na Regulação Emocional		Sensibilidade à Aproximação	
Intolerância ao Sofrimento/Intolerância às Emoções Negativas	Intolerância à Frustração	Atenção a Estímulos Internos Relacionados a Preocupações	Atenção a Estímulos Externos Relacionados a Preocupações
Memória Seletiva	Memória Excessivamente Generalizada	Supressão de Pensamentos	Baseadas em Viés Interpretativos
Viéses na Interpretação de Estímulos	Superestimação de Ameaça	Viéses na Racionalização Atribucional	Crenças Negativas sobre Pensamentos
Distúrbios do Sono	Comportamento de Fuga e Evitação	Prorrestinação	Comportamento de Busca de Reassentamento
Comportamentos Compulsivos de Verificação	Comportamentos de Busca de Informações	Uso de Substâncias	

Nota 1. Para obter o PDF em alta qualidade, faça o download [aqui](#).

Cada modelo psicoterápico parte de suas próprias premissas para a construção de seus modelos de FC. Nesse sentido, vale destacar o livro "Handbook of Psychotherapy Case Formulation" (Eells, 2022), que aborda cada um desses modelos, e o artigo "Proposta de Formulação Nomotética em Terapia Cognitivo-Comportamental" (Gonçalves, 2023), que descreve a validação de conteúdo de um modelo de FC.

Além disso, no campo de pesquisa, embora os ECR's sejam cruciais no estabelecimento de relações de causa e efeito para demonstrar que os tratamentos funcionam, a FC é uma importante ferramenta contextual para testar esses tratamentos em ambientes clínicos (Eells, 2013).

Outro ponto importante é que já está bem documentado que profissionais da saúde mental, na sua grande maioria, não adotam tratamentos empiricamente apoiados em suas práticas (Eells, 2013). A tradução dos componentes centrais desses tratamentos para um formato de FC pode ser mais facilmente aceita por esse grupo.

Os pesquisadores também podem considerar revisar os manuais de tratamento para formatos mais acessíveis, que

incluam um componente de FC, o que auxilia na aplicação da teoria à prática. Um meio dessa incorporação de FC nos manuais envolve antecipar problemas do "mundo real", incluindo diretrizes para solução de problemas, prestar atenção ao "básico", esclarecer pontos de escolha e desenvolver flexibilidade e clareza sobre quais componentes são necessários e quais são opcionais. A abordagem de FC baseada em evidências aqui descrita pode ser adequada para implementar essas recomendações.

Desenvolver a FC é aplicar o método científico no processo psicoterapêutico, caracterizado pela lógica de processo iterativo (Gonçalves, 2023). Um processo iterativo ocorre com base nos dados que coletamos para avaliar os efeitos de uma intervenção. Modificamos a hipótese atual ou geramos uma nova, e, em seguida, modificamos a intervenção ou selecionamos uma nova, implementando o experimento novamente (contínuas revisões e ajustes ao longo do tratamento).

Ao adotar a FC como parte integrante da prática clínica, os profissionais podem beneficiar-se da síntese entre a riqueza teórica e a aplicação pragmática, permitindo uma abordagem mais precisa, personalizada e baseada em evidências. Isso não apenas facilita o acesso às informações relevantes durante as sessões, mas também promove uma compreensão aprofundada das dinâmicas individuais, favorecendo a adaptação contínua do tratamento à evolução do cliente.

3.4 Mensuração de Resultados e Monitoramento do Progresso

Diretamente relacionada à adaptação contínua do tratamento à evolução do cliente, a Mensuração de Resultados (MR) e Monitoramento do Progresso (MP) são procedimentos importantes no processo psicoterápico baseado em PBEP. Diversos autores, conforme comentado por Schiepek (et al., 2016), descrevem esses processos como características importantes de uma prática clínica efetiva e sugerem a integração dos procedimentos de monitorização nas rotinas de cuidados de saúde mental, em todos os contextos.

A MR envolve avaliações intermitentes, como pré e pós-testes (e.g., a cada 3 meses, 6 meses, 1 ano etc.). Isso implica aplicar instrumentos específicos quando o paciente inicia a psicoterapia e novamente após um período determinado para verificar a eficácia do tratamento.

Já a MP refere-se à avaliação contínua, sessão por sessão, do progresso do paciente em relação ao tratamento oferecido. Para isso, são empregadas diferentes medidas para avaliar o desenvolvimento do paciente, que incluem instrumentos padronizados, assim como avaliações individualizadas que muitas vezes são criadas pelo psicoterapeuta para monitorar semanalmente o progresso. Outras medidas externas incluem observação comportamental em sessão, entrevistas com familiares e observação em ambientes externos, caso se aplique.

Ao aplicar mensuração e monitoramento, uma variedade de instrumentos está à disposição do psicoterapeuta. Contudo, a seleção de instrumentos é uma etapa crucial, pois ela precisa ser coerente com os problemas e objetivos iniciais do paciente, bem como com os sinais, sintomas ou diagnósticos envolvidos. Na tabela 5 há sugestões de instrumentos (Gonçalves, 2023).

Tabela 5
Instrumentos para MR e MP com base nas demandas.

Mensuração de Resultados	
Instrumento	Objetivo
Escalas Beck (BAI, BDI, BSI)	Diagnóstico
Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS)	Diagnóstico
Questionário de Ansiedade Social (CASO)	Diagnóstico
Teste de atitudes alimentares (EAT-26)	Diagnóstico
Adult Self-Report Scale (ASRS-18)	Diagnóstico
Entrevista para o TDAH em Adultos (DIVA-5)	Diagnóstico
Lista de Sintomas Borderline (BSL-23)	Diagnóstico
Inventário de Personalidade Borderline (BPI)	Diagnóstico
Inventário Dimensional da Personalidade (IDCP2)	Diagnóstico
Escala de Avaliação de Sintomas de Jogo (G-SAS)	Diagnóstico
Checklist de Estresse Pós-traumático (PCL-C)	Diagnóstico
Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS)	Diagnóstico
Entrevista breve para Transtorno do Pânico	Diagnóstico
Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Diagnóstico
Questionário de Autoavaliação de Hipomania (HCL32)	Diagnóstico
Escala de Dificuldade de Regulação Emocional (DERS)	Transdiagnóstico
Escala de Intolerância à Incerteza - reduzida (IUS-12)	Transdiagnóstico
Questionário de Preocupação de Penn State - PSWQ	Transdiagnóstico
Escala de Resposta Ruminativa - VR (RRS -VR)	Transdiagnóstico
Escala de Percepção de Estresse (EPS-10)	Transdiagnóstico
Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11)	Transdiagnóstico
Escala de Autoestima de Rosenberg - EAR	Transdiagnóstico
Escala de Perfeccionismo - APS	Transdiagnóstico
Monitoramento do Progresso	
Instrumento	Característica
Escala de Mudanças Percebidas	Padronizado
Outcome Questionnaire - OQ45	Padronizado
Goal Attainment Scaling (GAS)	Individualizado
Monitoramento Comportamental Diário	Individualizado
Avaliação Ecológica Momentânea (EMA)	Individualizado

Uma consideração crucial neste domínio é que a maioria das MR's e MP's ocorre durante as sessões reais de psicoterapia, frequentemente de forma não regular, antes ou depois dessas sessões. No entanto, essa abordagem apresenta desvantagens, pois as experiências da vida cotidiana não são relatadas em tempo hábil e próximo de sua ocorrência real (Schiepek et al., 2016).

Essa desvantagem é evidente tanto no âmbito prático quanto na pesquisa. Embora abordagens nomotéticas e idiográficas tenham contribuído significativamente para os resultados da psicoterapia nos últimos anos, a utilização de dados da vida cotidiana dos indivíduos proporciona insights mais relevantes e diretamente aplicáveis a cada indivíduo específico. Nesse contexto, vislumbrando o futuro da PBEP no nível de individualização do paciente integrado às tecnologias emergentes, a Avaliação Ecológica Momentânea (EMA) – a amostragem repetida de dados comportamentais na vida diária, é uma forte candidata para quebrar paradigmas e inovar o trabalho de investigação clínica (Soyster et al., 2019).

Focar exclusivamente nos resultados e progresso, embora seja importante, exclui aspectos cruciais de mediação de processos gerais e fatores comuns, que são extremamente relevantes no nível clínico. Por outro lado, a avaliação em tempo real pode reduzir vieses de memória e distorções, resultando em maior validade ecológica dos dados (Soyster et al., 2019). Com a disponibilidade de dispositivos modernos baseados na Web, como smartphones, tablets ou laptops, e o emprego de algoritmos de Aprendizagem de Máquina, esses podem ser os próximos passos para um acesso facilitado ao funcionamento do paciente.

4 CONCLUSÃO

A PBEP representa um paradigma desafiador e inovador que tem permitido avanços científicos significativos na psicologia. A interseção indissolúvel entre evidência, perícia e individualidade do paciente orienta a prática clínica, sendo a quebra dessa interação comprometedora da ética e da fundamentação rigorosa do atendimento psicoterápico.

Nesse contexto, o presente trabalho abordou os tópicos básicos, e espera-se que o material sirva como estímulo e incentivo para que os psicólogos clínicos revisitem suas práticas atuais e as reflitam sob a perspectiva da Prática Baseada em Evidências na Psicologia, no Brasil.

BIOGRAFIA DOS AUTORES



Filipe Luís Souza: Acadêmico de Psicologia na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Bolsista CNPq em inovação tecnológica. Diretor da Clínica Souza & Cabral - Psicologia Baseada em Evidências. Divulgador científico. filipe.souza@clinicasouzaecabral.com



Júlio Gonçalves: Psicólogo Clínico. Supervisor Técnico em Psicologia Clínica. Graduado e Mestre em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Professor Universitário. Atua com Prática Baseada em Evidências na Psicologia. contato@psicojulio.com

REFERÊNCIAS

- Altman, D. G. (1991). Randomisation. *BMJ*, *302*(6791), 1481-1482. <https://doi.org/10.1136/bmj.302.6791.1481>
- Amberson Jr, J. B., McMahon, B. T., & Pinner, M. (1931). A clinical trial of sanocrysin in pulmonary tuberculosis. *American Review of Tuberculosis*, *24*(4), 401-435.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.61.4.271>

- Andrade C. (2018). Internal, External, and Ecological Validity in Research Design, Conduct, and Evaluation. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(5), 498–499. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_334_18
- Andrews, G. (1999). Efficacy, Effectiveness and Efficiency in Mental Health Service Delivery. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(3), 316–322. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00581.x>
- Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., Meerpohl, J., & Norris, S. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the Quality of Evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>
- Barlow, D. H. (2023). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (6ª ed.). Artmed.
- Cashin, A. G., & McAuley, J. H. (2020). Clinimetrics: Physiotherapy Evidence Database (PEDro) Scale. *Journal of Physiotherapy*, 66(1), 59. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.08.005>
- Chalmers, I. (1993). The Cochrane Collaboration: Preparing, Maintaining, and Disseminating Systematic Reviews of the Effects of Health Care. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703, 156–165. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1993.tb26345.x>
- Chidambaram, A. G., & Josephson, M. (2019). Clinical research study designs: The essentials. *Pediatric Investigation*, 3(4), 245–252. <https://doi.org/10.1002/ped4.12166>
- Craske, M. & Bystritsky, A. (2023). *Generalized anxiety disorder in adults: Management*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-management>
- Christon, L., McLeod, B., & Jensen-Doss, A. (2015). Evidence-Based Assessment Meets Evidence-Based Treatment: An Approach to Science-Informed Case Conceptualization. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22, 36–48. <https://doi.org/10.1016/j.CBPRA.2013.12.004>
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized Anxiety Disorder. *Annals of Internal Medicine*, 170(7). <https://doi.org/10.7326/aitc201904020>
- Egger, M., Smith, G. D., & Altman, D. (2008). *Systematic reviews in health care: meta-analysis in context*. John Wiley & Sons.
- Eells, T. D. (2013). The case formulation approach to psychotherapy research revisited. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 426–447. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v9i4.1834>
- Eells, T. (2022). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (3ª ed.). The Guilford Press.
- Filippin, L., & Wagner, M. (2008). Fisioterapia baseada em evidência: uma nova perspectiva. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12(5), 432–433. <https://doi.org/10.1590/s1413-35552008000500014>
- Fisher, R. A. (1926). Introduction to "The Arrangement of Field Experiments." *Minist. Agric.*, 33, 503–513.
- Fuhr, K., Hagl, M., Drujan, M., & Batra, A. (2022). Treating depression with hypnotherapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Minerva Psychiatry*, 63(3). <https://doi.org/10.23736/s2724-6612.22.02303-x>
- Goodheart, C. D., Kazdin, A. E., & Sternberg, R. J. (Orgs.). (2006). *Evidence-based psychotherapy: where practice and research meet*. Washington: American Psychological Association.
- Gonçalves, J. (2023). Proposta de Formulação de Caso Nomotética em Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Científica Sophia*, 15(1), 5. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10223550>
- Gonçalves, J. (2023). Estabelecimento de Objetivos, Mensuração de Resultados e Monitoramento do Progresso [arquivo de vídeo]. Aula 7 Curso Descomplicando a TCC (01h10m-01h49m). <https://youtu.be/hmO-N1bw9Bw>
- Gonçalves, J. (2023). Formulação de Caso em Terapia Cognitivo-Comportamental [arquivo de vídeo]. Aula Pós-Graduação Viver Mais Psicologia (00h13m-01h22m). <https://youtu.be/xeg7Up3zOGw?si=80Vve61yWp6HiURy>
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence-based medicine: a movement in crisis? *BMJ*, 348(4), 3725–3725. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
- Guyatt, G. (1992). Evidence-Based Medicine. *JAMA*, 268(17), 2420. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336(7650), 924–926. <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.ad>
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., & deBeer, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383–394. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>
- Haynes, R.B. (2006). Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the "5S" evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. *Evidence-Based Medicine*, 11(6), 162–164. <https://doi.org/10.1136/ebm.11.6.162-a>
- Hochman, B., Nahas, F. X., Oliveira Filho, R. S. de, & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20, 2–9. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2014). *Delineando a Pesquisa Clínica*. Artmed.
- Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V., & Silva de Lima, M. (2007). Psychological therapies for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001848.pub4>
- Kalish, L. A., & Begg, C. B. (1985). Treatment allocation methods in clinical trials: a review. *Statistics in medicine*, 4(2), 129–144. <https://doi.org/10.1002/sim.4780040204>
- Kang, M., Ragan, B. G., & Park, J. H. (2008). Issues in outcomes research: an overview of randomization techniques for clinical trials. *Journal of athletic training*, 43(2), 215–221. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-43.2.215>
- Kendall, P. C., & Frank, H. E. (2018). Implementing evidence-based treatment protocols: Flexibility within fidelity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(4), e12271. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12271>
- Lee L. L. (2021). Application of the Risk of Bias 2 Tool. *The Journal of nursing*, 68(2), 85–91. [https://doi.org/10.6224/JN.202104_68\(2\).11](https://doi.org/10.6224/JN.202104_68(2).11)
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática Baseada em Evidências em Psicologia e a História da Busca pelas Provas Empíricas da Eficácia das Psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1139–1156. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001552014>
- Leonardi, J. L., Máximo, T., Bacchi, A. D., & Josua, D. (2023). Ciência, Análise do Comportamento e a Prática Baseada em Evidências em Psicologia. *Revista Perspectivas em Análise do Comportamento*, 14(1), 97–119. <https://doi.org/10.18761/PACCha0a1>
- Lewkowicz D. J. (2001). The Concept of Ecological Validity: What Are Its Limitations and Is It Bad to Be Invalid?. *The official journal of the International Society on Infant Studies*, 2(4), 437–450. https://doi.org/10.1207/S15327078IN0204_03
- Lilienfeld, S. O., & Basterfield, C. (2020). History of Evidence-Based Practice. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.633>
- Lim, C. Y., & In, J. (2019). Randomization in clinical studies. *Korean Journal of Anesthesiology*, 72(3), 221–232. <https://doi.org/10.4097/kja.19049>
- Minozzi, S., Cinquini, M., Gianola, S., Gonzalez-Lorenzo, M., & Banzi, R. (2020). The revised Cochrane risk-of-bias tool for randomised trials (RoB 2) showed low inter-rater reliability and challenges in its application. *Journal of Clinical Epidemiology*, 126, 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.015>

- Minozzi, S., Dwan, K., Borrelli, F., & Filippini, G. (2021). Reliability of the revised Cochrane risk-of-bias tool for randomised trials (RoB2) improved with the use of implementation instruction. *Journal of Clinical Epidemiology*. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.09.021>
- Murad, M. H., Asi, N., Alsawas, M., & Alahdab, F. (2016). New Evidence Pyramid. *Evidence Based Medicine*, 21(4), 125–127. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110401>
- Najib Atallah, Á. (2018). Medicina baseada em evidências. *Diagn. Tratamento*, 43–44. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-904888>
- Nair, B. (2019). Clinical Trial Designs. *Indian Dermatology Online Journal*, 10(2), 193–201. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_475_18
- NICE. (2019). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults*: management. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552847/>
- Nicoletti, E. A., Donadon, M. F., & Portela, C. (2022). *Guia Prático de Formulação de Caso em Terapia Cognitivo Comportamental*. Sinopsys.
- Paul, M., & Leibovici, L. (2014). Systematic review or meta-analysis? Their place in the evidence hierarchy. *Clinical Microbiology and Infection*, 20(2), 97–100. <https://doi.org/10.1111/1469-0691.12489>
- Persons, J. B., Roberts, N. A., Zalecki, C. A., & Brechwald, W. A. G. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 44(7), 1041-1051. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.005>
- Richards, D. (2008). Reflecting the evidence. *Evidence-Based Dentistry*, 9(4), 98–99. <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400607>
- Sackett, D. L. (1989). Rules of Evidence and Clinical Recommendations on the Use of Antithrombotic Agents. *Chest*, 95(2), 2S4S. https://doi.org/10.1378/chest.95.2_supplement.2s
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Schiepek, G., Aichhorn, W., Gruber, M., Strunk, G., Bachler, E., & Aas, B. (2016). Real-Time Monitoring of Psychotherapeutic Processes: Concept and Compliance. *Frontiers in Psychology*, 7, 604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00604>
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., Freeston, M., Garety, P. A., Hollon, S. D., Ost, L. G., Salkovskis, P. M., Williams, J. M. & G., Wilson, G. T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 902–909. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.003>
- Shiwa, S. R., Costa, L. O. P., Costa, L. da C. M., Moseley, A., Hespagnol Junior, L. C., Venâncio, R., Ruggero, C., Sato, T. de O., & Lopes, A. D. (2011). Reproducibility of the Portuguese version of the PEDro Scale. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(10), 2063–2068. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011001000019>
- Singal, A. G., Higgins, P. D. R., & Waljee, A. K. (2014). A Primer on Effectiveness and Efficacy Trials. *Clinical and Translational Gastroenterology*, 5(1), e45. <https://doi.org/10.1038/ctg.2013.13>
- Soyster, P. D., Bosley, H. G., Reeves, J. W., Altman, A. D., & Fisher, A. J. (2019). Evidence for the Feasibility of Person-Specific Ecological Momentary Assessment Across Diverse Populations and Study Designs. *Journal of Person-Oriented Research*, 5(2), 53–64. <https://doi.org/10.17505/jpor.2019.06>
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., & McAleenan, A. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366(1), 14898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- The periodic health examination. (1979). Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Canadian Medical Association Journal*, 121(9), 1193–1254.
- Thoma, A., & Eaves, F. F. (2015). A Brief History of Evidence-Based Medicine (EBM) and the Contributions of Dr David Sackett. *Aesthetic Surgery Journal*, 35(8), 261–263. <https://doi.org/10.1093/asj/sjv130>
- Willem, K., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2010). *Conceitualização de Casos Colaborativa*. O Trabalho em Equipe com Pacientes em Terapia Cognitivo-Comportamental. Artmed.
- World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>



Psicoeducação: proposta de intervenção para a redução da ansiedade em universitários

• Natércia Alves Sampaio Gomes¹
• Lina Magalhães Pinto Ferreira¹
• Andrea Amaro Quesada²

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre - RS, Brasil. contato@naterciasampaio.com.br - linampf4@gmail.com

²Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza - CE, Brasil. andrea.quesada@gmail.com

Resumo - A prevalência dos transtornos de ansiedade entre estudantes universitários destaca a necessidade de intervenções além da medicalização. A Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG), na forma de Psicoeducação, tem demonstrado eficácia em diversos transtornos. Este estudo visa avaliar a eficácia da psicoeducação na redução da ansiedade em estudantes universitários, utilizando a TCCG. A pesquisa adota uma abordagem quantitativa e qualitativa, com caráter descritivo e exploratório. A amostra compreende 20 estudantes universitários distribuídos entre o grupo experimental (Psicoeducação) e o grupo de controle. Utilizando o modelo linear para medidas repetidas 2 (psicoeducação vs. controle) x 2 (teste 1 vs. teste 2), observou-se uma significativa diminuição da ansiedade ($F(1/18) = 4,8; p = 0,041$). A Psicoeducação em grupo emerge como uma estratégia eficaz, não apenas reduzindo a ansiedade, mas também sensibilizando os participantes.

Palavras-Chave
Psicoeducação
Ansiedade
Tratamento
Terapia Cognitivo
Comportamental

Categoria
Artigo Original

Como citar: Gomes, N. A. S., Ferreira, L. M., P., & Quesada, A. A. (2024). Psicoeducação: proposta de intervenção para a redução da ansiedade em universitários. In J. Gonçalves (Ed.). *Perspectivas em Psicologia* (pp. 37-43). Editora Lógica Psicológica. <https://doi.org/10.5281/ze-nodo.10396377>

1 INTRODUÇÃO

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V – Versão Revisada (DSM-V-TR) (APA, 2023), uma variedade de Transtornos de Ansiedade impacta negativamente a qualidade de vida dos indivíduos. Estes incluem o Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade de Separação, Fobias Específicas, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

No que diz respeito às prevalências, estatísticas divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) indicam que 264 milhões de pessoas sofrem com transtornos de ansiedade globalmente, equivalendo a uma média de 3,6% da população mundial. O Brasil destaca-se como o país com o maior índice, representando 9,3% de sua população.

Kessler et al. (2005) reportam que os Transtornos de Ansiedade apresentam a maior prevalência entre os grupos de transtornos psiquiátricos, com uma prevalência estimada ao longo da vida de 28,8% e uma prevalência estimada em 12 meses de 18,1% na população geral.

Especificamente entre estudantes universitários, público-alvo deste estudo, pesquisas atuais evidenciam um aumento gradativo da prevalência da ansiedade em todo o mundo. Por exemplo, dados do National College Health Assessment

nos Estados Unidos, comparando os anos de 2014 e 2019, com amostras respectivas de 79.266 e 67.972 acadêmicos, revelam que a ansiedade (27,8%) prevalece como o fator de maior impacto no percurso acadêmico em ambas as pesquisas. Ainda, mesmo considerando a diferença amostral entre os anos (79.266 em 2014 – 67.972 em 2019), houve aumento da prevalência em 7,6% em 2019 (ACHA, 2014; 2019).

No Brasil, uma pesquisa do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE), realizada em 2014 com amostra de 939.604 estudantes universitários de Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), revelou que 79,8% (n=794.804) relataram passar por dificuldades emocionais nos últimos doze meses, sendo a ansiedade a dificuldade emocional mais assinalada, perfazendo 58,36% (n=548.352).

Em termos de definição conceitual, um aspecto relevante consiste na diferença entre ansiedade e medo. Segundo Barlow (apud Clark & Beck, 2012), "o medo é um alarme primitivo em resposta a perigo presente, caracterizado por forte excitação e tendências à ação". Já a ansiedade consiste em "uma emoção orientada ao futuro, caracterizada por percepções de incontrolabilidade e imprevisibilidade sobre eventos potencialmente aversivos e um desvio rápido na atenção para o foco de eventos" (Clark & Beck, 2012; Rangé et al., 2017).

Complementarmente, Andrade e Gorenstein (1998) definem a ansiedade como um estado emocional que apresenta componentes psicológicos e fisiológicos, configurando-se como uma sensação comum à vida humana, que auxilia no desempenho dos indivíduos. Contudo, a ansiedade elevada pode configurar-se como um sentimento intenso e contínuo, afetando a vida dos indivíduos e levando à evitação de diversas situações temidas, interferindo significativamente na vida social e profissional do sujeito (Sztamfater & Savoia, 2017).

Dessa maneira, a ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando ocorrem de maneira exagerada e desproporcional em relação ao estímulo ou qualitativamente diferentes do que se observa como comum em determinada faixa etária, interferindo na qualidade de vida, no conforto emocional ou no desempenho diário do indivíduo (Castillo et al., 2000).

Sob a perspectiva da ansiedade em estudantes universitários, é consenso que o ingresso e permanência na universidade são fatores de vulnerabilidade à ansiedade, uma vez que representam uma fase de adaptação e transição marcada por crises relacionadas à definição sexual, profissional e ideológica (Esperidião & Munari, 2004; Hu et al., 2021).

Tal fase pode ser marcada por um estado de humor de apreensão negativa sobre o futuro (e.g., desempenho, formação), inquietação interna (e.g., ruminação, preocupação) e manifestações fisiológicas (e.g., tensão, taquicardia), assim como evitação de situações temidas (e.g., apresentações em grupo) (Sztamfater & Savoia, 2017; Rangé et al., 2017).

No que diz respeito ao tratamento da ansiedade, diversas alternativas são encontradas, como psicoterapia, medicalização, terapia em grupo, psicoeducação e mudança de hábitos. Apesar dos avanços significativos na medicalização, ainda se mostra limitada, resultando na busca por alternativas complementares visando proporcionar maior qualidade de vida aos indivíduos (Colom & Vieta, 2004).

Dentre as propostas de intervenções, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em modalidade individual ou em grupo apresenta resultados significativos em diversas áreas. Estudos sobre TCC em Grupo (TCCG) revelam resultados positivos para o tratamento de insônia, depressão, ansiedade e qualidade de vida (Koffel, Koffel & Gehrman, 2015; Okumura & Ichikura, 2014; Hofmann, Wu & Boettcher, 2014).

No caso de grupos de Psicoeducação, objeto de estudo desse trabalho, Delgado et al. (2016) demonstram a eficácia dessa modalidade na redução de sintomas ansiosos, a partir dos resultados clínicos de 4451 participantes em 163 grupos psicoeducacionais. Outro estudo similar de Varo et al. (2006), observaram a redução de ansiedade e depressão em 95 participantes, destacando-se no contexto da atenção primária à saúde.

A TCCG pode ser categorizada em grupos de Apoio, Orientação/Treinamento, Terapêuticos e de Psicoeducação. Os grupos de Apoio são voltados para o manejo de sintomas

crônicos; os grupos de Orientação/Treinamento têm por objetivo orientar e treinar os participantes para que alcancem mudanças cognitivas; os grupos Terapêuticos possuem ações mais estruturadas, atendendo a demandas específicas como intervenções sobre transtornos mentais; e os grupos de Psicoeducação visam desenvolver o autoconhecimento dos participantes através da Psicoeducação e resolução de problemas cotidianos (Neufeld et al., 2017). Os modelos psicoeducativos, em particular, proporcionam maior flexibilidade para atender às demandas, promovendo o desenvolvimento de autonomia e autoconhecimento dos participantes (Barletta, 2017).

Nesse contexto, diante da alta prevalência da ansiedade em estudantes universitários (ACHA, 2014; 2019; FONAPRACE, 2014), da necessidade de intervenções complementares à medicalização (Colom & Vieta, 2004) e do potencial dos grupos psicoeducativos baseados em TCCG (Delgado et al., 2016; Varo et al., 2006; Neufeld, 2017), o objetivo geral deste estudo é avaliar a eficácia da psicoeducação na diminuição do nível de ansiedade em estudantes universitários. Quanto aos objetivos específicos, busca-se elaborar um plano interventivo de psicoeducação baseado em TCC e avaliar o nível de ansiedade pré e pós aplicação da intervenção.

2 MÉTODO

É uma pesquisa com objetivos aplicados, de natureza quantitativa e qualitativa, com uma abordagem descritiva e exploratória, de corte transversal e desenho experimental. Se configura experimental já que haverá manipulação deliberada de uma variável dependente (intervenção psicoeducativa em grupo) para observar seu efeito em uma ou mais variáveis independentes (ansiedade) (Sampieri, Callado & Lucio, 2013).

2.1 Participantes

Para a constituição da amostra, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estudantes universitários com idade igual ou superior a 18 anos. Quanto aos critérios de exclusão, definiu-se que os participantes não deveriam estar sob tratamento psicoterápico e/ou medicamentoso.

Nesse contexto, a amostra foi composta por 23 estudantes universitários, sendo 20 do sexo feminino e três (03) do sexo masculino. Os participantes foram distribuídos conforme a disponibilidade de horário em dois grupos, consistindo em cada um de 11 participantes, sendo um designado como grupo experimental e o outro como grupo controle.

2.2 Instrumentos para coleta de dados

Questionário sociodemográfico: elaborado para obter informações específicas, como nome, e-mail, idade, curso, universidade, presença de ansiedade, diagnóstico, uso de medicação e disponibilidade de horário para participação nos encontros grupais.

Beck Anxiety Inventory (BAI): possui a finalidade de mensurar a intensidade de sintomas de ansiedade. É composto por 21 itens com afirmações descritivas de sintomas de ansiedade em uma escala de 4 pontos refletindo níveis crescentes de gravidade dos sintomas. Com indicação para o uso de pessoas com 17 até 80 anos e duração de aproximadamente 15 minutos quando autoadministrada (Cunha, 2001).

Questionário semiestruturado: O propósito deste instrumento foi avaliar as percepções de mudança e o nível de satisfação dos acadêmicos que participaram do grupo. O mesmo pode ser acessado nesse [link](#).

2.3 Procedimentos

O primeiro contato com os estudantes inscritos ocorreu por e-mail ou aplicativo de mensagens, com o objetivo de agendar uma reunião para explicar a pesquisa.

Diante disso, a pesquisa transcorreu em três fases distintas: 1) realização do pré-teste por meio da do BAI; 2) implementação da intervenção psicoeducativa em grupo; 3) condução do pós-teste utilizando a BAI, com o propósito de comparar os resultados após as intervenções, além da aplicação de um questionário semiestruturado sobre percepções de mudanças e níveis de satisfação dos participantes.

2.4 Intervenção de Psicoeducação em Grupo

Na primeira sessão, foram abordados temas como a definição de ansiedade, a distinção entre ansiedade adaptativa e patológica, os mecanismos e neurotransmissores relacionados a essa emoção, bem como a diferenciação de seus sintomas. Além disso, foram compartilhados conceitos sobre o modelo cognitivo da ansiedade, incluindo distorções cognitivas comuns.

Durante essa etapa, os participantes praticaram técnicas cognitivas, como a balança cognitiva, o registro de pensamento disfuncional, a identificação de distorções cognitivas e o uso do cartão de enfrentamento. Também participaram de técnicas de relaxamento, como respiração diafragmática, mindfulness e relaxamento muscular progressivo.

Posteriormente, foi discutido sobre hábitos que podem influenciar na redução da ansiedade, abrangendo tópicos como alimentação, uso de substâncias psicoativas, sono e momentos de decompressão. Ao final, foi entregue um rastreador de hábitos para registro diário de atividades relacionadas à regulação do sono, prática de exercícios, boa alimentação, relaxamento e autocuidado.

Como complemento, foi criado um grupo em aplicativo de mensagens com os participantes, pelo qual foram enviadas dicas e exercícios para serem praticados ao longo da semana. Essas informações incluíam técnicas discutidas durante a reunião e recomendações de livros, aplicativos e músicas relaxantes.

No segundo encontro, os participantes compartilharam suas experiências da semana, avaliando se houve melhora nos sintomas de ansiedade devido às atividades propostas. Também discutiram suas dificuldades e preencheram uma planilha de metas para o mês, identificando possíveis ajustes para alcançar melhores resultados.

O tema desse encontro abordou transtornos de ansiedade e a influência da psicoterapia cognitivo-comportamental. Em seguida, os participantes realizaram a técnica de normalização, desenhando sua ansiedade e unindo os desenhos em uma cartolina. Neste mesmo encontro, foi abordado sobre medicamentos utilizados no tratamento de transtornos de ansiedade, seguida por exemplos de recursos (previamente mencionados no aplicativo de mensagens).

Tabela 1
Estrutura temática dos encontros.

Encontro	Objetivos	Estratégias
1	- Definir ansiedade, assim como distinguir ansiedade adaptativa e patológica e explorar mecanismos e neurotransmissores da ansiedade. - Compreender o modelo cognitivo da ansiedade e distorções cognitivas.	- Balança cognitiva. - Registro de pensamento disfuncional. - Identificação de distorção cognitiva. - Cartão de enfrentamento.
	- Introduzir técnicas cognitivas e de relaxamento.	- Respiração diafragmática. - Mindfulness. - Relaxamento muscular progressivo.
	- Discutir hábitos para redução da ansiedade, incluindo alimentação, uso de substâncias psicoativas, sono e autocuidado.	- Comunicação expositiva e dialogada
2	- Abordar transtornos de ansiedade e a influência da psicoterapia cognitivo-comportamental.	- Comunicação expositiva e dialogada. - Realizar a técnica de normalização (desenhos dos participantes).
	- Discutir medicamentos utilizados no tratamento de transtornos de ansiedade.	- Comunicação expositiva e dialogada.

O grupo foi concluído com uma dinâmica de grupo que envolveu a troca de presentes, culminando em palavras de gratidão e reflexões sobre a experiência grupal em psicoeducação.

2.5 Análise dos dados

As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20. A homogeneidade entre as características do grupo experimental (pacientes expostos à Psicoeducação) e do grupo controle foi verificada por meio do teste *t* para a variável contínua idade e para a variável discreta semestre. Para as variáveis categóricas, como gênero (masculino vs. feminino), estado civil, classe econômica e tipo de universidade, o teste qui-quadrado foi empregado.

Após confirmar a homogeneidade dos grupos, a normalidade da distribuição dos escores de ansiedade antes e depois da intervenção foi verificada através do teste Shapiro-Wilk, confirmando que todos os dados apresentaram uma distribuição normal ($p > 0,05$). Para analisar os efeitos da Psicoeducação na ansiedade entre e dentro dos participantes, utilizou-se o modelo linear geral para medidas repetidas.

Ainda, para a descrição e análise dos relatos, eles foram enumerados de Participante 1 a Participante 10, de acordo com a ordem cronológica de participação.

3 RESULTADOS

Inicialmente, a amostra era composta por 23 pessoas, sendo 12 no grupo controle e 11 no grupo experimental. Uma participante do grupo experimental foi excluída da amostra por iniciar o uso de ansiolíticos após a primeira aplicação do teste. Duas participantes do grupo controle foram excluídas, uma por iniciar o processo psicoterápico e outra devido a problemas familiares e severas dificuldades financeiras na primeira avaliação, que foram solucionados no período de reteste, sendo, portanto, considerada uma *outlier*. Assim, a amostra final consistiu em 20 participantes, sendo 10 expostos à psicoeducação (experimental) e 10 não expostos à psicoeducação (controle).

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas (teste qui-quadrado) entre o grupo controle em relação ao gênero ($p = 0,53$), estado civil ($p = 0,30$) e classe econômica ($p = 0,35$).

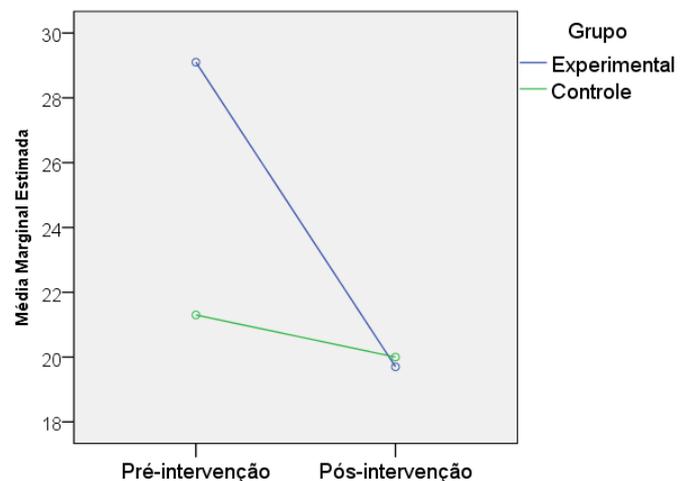
A maioria dos participantes de ambos os grupos era do sexo feminino, solteira e pertencente à classe média. A idade média do grupo experimental foi de $21,40 \pm 0,83$, enquanto a do grupo controle foi de $24,20 \pm 2,35$ ($p = 0,27$). Uma descrição dos dados sociodemográficos e a estatística descritiva estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2
Comparação dos dados sociodemográficos entre grupo expostos à Psicoeducação ($n = 10$) e controle ($n = 10$).

Características	Psicoeducação	Controle	<i>p</i>
Idade em anos \pm DP	21,40 \pm 0,83	24,2 \pm 2,35	0,27
Gênero			
Feminino	9	8	0,53
Masculino	1	2	
Estado Civil			
Solteiro	10	9	0,85
Casado	0	1	
Classe Econômica			
Baixa	1	0	0,35
Média	8	7	
Média Alta	1	3	
Universidade			
Particular	8	9	
Pública	2	1	
Semestre	5,80 \pm 0,44	7,10 \pm 0,70	0,13

Após a análise pelo modelo linear para medidas repetidas 2 (psicoeducação vs. controle) x 2 (teste 1 vs. teste 2), observou-se uma diminuição da ansiedade no grupo exposto à Psicoeducação ($F_{1/18} = 4,8$; $p = 0,041$; vide Figura 1). É importante ressaltar que não houve diferenças estatísticas significativas no escore de ansiedade (nem no nível de ansiedade, $p = 0,62$) entre os dois grupos. A média de ansiedade antes da intervenção no grupo exposto à Psicoeducação foi de $29,10 \pm 2,79$ e no grupo controle foi de $21,30 \pm 2,79$. Após a Psicoeducação, houve uma redução da ansiedade no grupo experimental para $19,70 \pm 2,72$. A média de ansiedade no reteste do grupo controle foi de $20,0 \pm 2,72$.

Figura 1
Comparação da redução de ansiedade após a Psicoeducação (experimental vs. controle).



Vale ressaltar que cinco (05) participantes do grupo experimental participaram de dois encontros grupais de psicoeducação, cada um com duração de quatro horas e trinta minutos, totalizando nove horas de intervenção. Já os outros seis do grupo experimental estiveram presentes apenas no primeiro encontro, totalizando quatro horas e trinta minutos de exposição à intervenção. Apesar da menor carga horária de exposição à intervenção, também foi observada uma diminuição do nível de ansiedade nesses participantes, conforme evidenciado na análise quantitativa.

Tais achados foram corroborados pelos relatos dos participantes expostos à psicoeducação. De forma geral, para eles, a Psicoeducação apresentou efeitos positivos em suas vidas, o que demonstra semelhança com os resultados de melhorias revelados no estudo de Menezes e Sousa (2012).

Ao serem questionados se acreditavam que a psicoeducação facilitou o convívio com a ansiedade e por quê, foram obtidas as seguintes respostas:

Participante 1: *"Certamente. Pois, com as formulações feitas em grupo, teve um impacto positivo no dia a dia"*.

Participante 2: *"Sim. O fato de eu agora conhecer minha ansiedade e saber que é possível controlá-la com coisas simples, como respirar diafragmáticamente. É algo que torna muito mais fácil meu convívio com a ansiedade"*.

Participante 3: *"Sim, me fez entender o que eu sinto, facilitando achar meios de controlar as crises de ansiedade"*.

Participante 4: *"Sim, pois nos mostra que é comum e que há solução"*.

Participante 5: *"Sim. Praticando as dicas como a meditação, a respiração diafragmática, tentar distrair a mente com outras coisas, como o exercício físico, me trouxe alguns benefícios durante essas semanas, me senti mais relaxada e confortável em estar respeitando o meu tempo para executar as atividades do dia a dia"*.

Além de esclarecedora, os participantes ressaltaram o quanto se sentiram bem durante a intervenção, devido ao suporte fornecido para o enfrentamento da ansiedade:

Participante 1: *"Muito bom, atencioso e esclarecedor. Uma luz a mais no tratamento e também fico feliz em ajudar"*.

Participante 2: *"Muito bom. As meninas sempre atenciosas e dispostas a nos ajudar com dicas e atividades aplicadas nos encontros, buscando de alguma forma melhorar como estávamos nos sentindo e deixando bem à vontade para nos expressar"*.

Participante 3: *"Instrutivo, apoiador, interessante. Os enaltecimentos dados permitiram um entendimento maior sobre vários temas e aspectos"*.

Apesar da escassez de estudos nacionais sobre a eficácia da psicoeducação no tratamento da ansiedade, as pesquisas existentes, fundamentadas em outros transtornos, têm estabelecido a psicoeducação como uma intervenção efetiva, corroborando com nossos resultados (Neufeld, 2017).

Menezes e Sousa (2012), em uma pesquisa qualitativa envolvendo intervenções psicoeducativas de seis (06) ou mais sessões em 12 indivíduos diagnósticos com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), evidenciaram que a experiência grupal em psicoeducação contribuiu para a adesão ao tratamento, aquisição de conhecimento e descoberta de estratégias de enfrentamento por parte dos participantes da pesquisa. Para a análise de dados, utilizaram-se de entrevistas semiestruturadas, gravadas, transcritas e trabalhadas por meio da Análise Temática.

No estudo de Pelegrinelli (2010), foram avaliados os efeitos da psicoeducação também em pacientes com TAB. Participaram da pesquisa 51 pacientes, 22 no grupo controle e 29 no grupo experimental. Os dois grupos passaram por 16 sessões com duração de 90 minutos cada, mas o grupo experimental recebeu psicoeducação, enquanto o grupo controle recebeu apenas sessões "placebo" de intervenção em relaxamento. Os resultados expressaram que a psicoeducação contribuiu para uma melhora clínica global significativa, impactando positivamente no bem-estar do indivíduo em seu meio ambiente. Em contrapartida, a intervenção não protegeu contra recaídas depressivas e piora na adequação social.

No que diz respeito às pesquisas internacionais sobre os efeitos da psicoeducação no tratamento da ansiedade, pode-se evidenciar o estudo de Chavira e Stein (2004), o qual concluiu que a combinação de tratamento farmacológico (12 semanas de citalopram) e psicoeducação cognitivo-comportamental (oito sessões de 15 minutos) é efetiva no tratamento da ansiedade social, visto que 83% das crianças e adolescentes responderam ao tratamento, apresentando diminuição dos sintomas de ansiedade social e depressão, além de indicar melhora nas habilidades sociais, conforme relatado pelos pais.

Complementando, Jacob et al. (2002) demonstraram em seus achados que os pacientes com psicopatologias que receberam um material educacional obtiveram uma taxa de recuperação de doenças mentais comuns mais alta do que os pacientes que não tiveram acesso ao material.

4 CONCLUSÃO

A ansiedade tornou-se uma presença crescente no cotidiano da sociedade contemporânea, afetando diversos indivíduos e impactando significativamente em sua qualidade de vida.

Esses dados confirmam que essa realidade representa um desafio considerável em termos de saúde pública, devido às suas amplas proporções. No entanto, é notável a escassez de abordagens alternativas ao tratamento convencional, seja ele psicoterápico ou farmacológico, para lidar com a ansiedade, dada a limitada quantidade de pesquisas nesse campo.

Além disso, as intervenções tradicionais frequentemente disponibilizadas pelo governo demandam custos elevados, tornando-as inacessíveis para parte da população. A abordagem em grupo, baseada em TCCG no formato de psicoeducação, oferece uma solução mais abrangente e contribui para romper com os estigmas associados ao tratamento psicológico ou psiquiátrico individualizado. A Psicoeducação não apenas proporciona sensibilização, mas também favorece a adesão dos participantes a outros métodos de tratamento.

Portanto, é crucial direcionar a atenção para formas complementares de intervenção, como a Psicoeducação, que representa uma perspectiva valiosa no tratamento da ansiedade. A implementação de políticas públicas com foco nessa abordagem se mostra fundamental.

Para a realização do presente estudo, algumas limitações foram identificadas, especialmente relacionadas ao tamanho reduzido da amostra. Essa limitação decorreu da disponibilidade de horário dos estudantes universitários inscritos, bem como da carga horária extensa da intervenção. Adicionalmente, foram encontradas dificuldades na seleção de participantes que atendessem aos critérios de exclusão, pois alguns adotaram outros tratamentos durante a pesquisa. Esses casos foram excluídos da amostra, uma vez que poderiam introduzir viés aos resultados do reteste, comprometendo a validade dos resultados.

Sugere-se que futuros estudos na área considerem avaliar não apenas o nível de ansiedade, mas também outros aspectos, como qualidade de vida, insights e adesão ao tratamento. Isso proporcionaria uma compreensão mais abrangente e aprofundada dos efeitos da psicoeducação no contexto estudado.

Por fim, é imperativo conduzir mais pesquisas nessa área, uma vez que o tratamento medicamentoso isolado não é suficiente para abordar de maneira abrangente a complexidade da ansiedade. Os pacientes necessitam compreender melhor seus sintomas, tornando-se protagonistas ativos em seus processos de tratamento.

BIOGRAFIA DOS AUTORES



Natércia Gomes: Psicóloga Clínica. Supervisora Técnica. Pós-graduada em Terapia Cognitivo Comportamental pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Atua com Prática Baseada em Evidências. contato@naterciasampaio.com.br



Lina Ferreira: Psicóloga Clínica. Pós-graduada em Terapia Cognitivo Comportamental pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Formação em Psicodiagnóstico pelo NAAP e Psicologia Hospitalar pelo Escutha. linampf4@gmail.com



Andrea Quesada: PhD em Neurociências e Cognição pela Ruhr-Universität Bochum. Mestre em Psicologia e Psicóloga pela UnB. Docente nas Especializações e no Curso de Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). andrea.quesada@gmail.com

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2023). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR*. (5. ed.). Artmed.

American College Health Association. (2019). American College Health Association-National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2019. Hanover: American College Health Association. <https://bit.ly/3euy41C>

American College Health Association. (2014). *American College Health Association-National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2014*. Hanover: American College Health Association. <https://bit.ly/38WXrbd>

Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantes (FONAPRACE). (2016). *IV Pesquisa do Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Instituições Federais de Ensino Superior Brasileiras* (2014). Uberlândia: FONAPRACE. <https://bit.ly/2WngxBY>

Andrade, L. H. S. G., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6).

Barletta, J. B. (2017). Grupo de Apoio como estratégia Cognitivo-Comportamental para prevenir e promover saúde: possibilidades e desafios. In: Neufeld, C. B., & Rangé, B. P. *Terapia Cognitivo-Comportamento em Grupos: das evidências à prática* (p. 349-363). Artmed.

Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 22-25.

Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2002). Combined psychoeducation and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for youth with generalized social anxiety disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 12, 47-54.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Vencendo a Ansiedade e a Preocupação com a Terapia Cognitivo-Comportamental*. Manual do Paciente. Artmed.

Colom, F., & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: O papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 47-50.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo.

Delgado, J., et al. (2016). A multi-service practice research network study of large group psychoeducational cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research And Therapy*, 87, 155-161. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.010>

Esperidião, E., & Munari, D. (2004). Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, 38(3), 332-340. <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342004000300012>.

Hu, T., Hyatt, C. S., Ding, F., Xia, Y., Wu, L., Zhang, D., & Cheng, G. (2021). The role of five-factor model traits in predicting physical and verbal aggression during the transition to college. *Psychology of Violence*. <https://bit.ly/3jcaMTV>

Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta-analysis. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 82(3), 375-391.

Jacob, K. S., Bhugra, D., & Mann, A. H. (2002). A randomised controlled trial of an educational intervention for depression among Asian women in primary care in the United Kingdom. *Int J Soc Psychiatry*, 48:139-148.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602.

Koffel, E. A., Koffel, J. B., & Gehrman, P. R. (2015). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 19, 6-16.

Lehrner, J., Marwinski, G., Lehr, S., Jöhren, P., & Deecke, L. (2005). Ambient odors of orange and lavender reduce anxiety and improve mood in a dental office. *Physiol. Behav.*, 86, 92-95.

Menezes, S. L., & Souza, M. C. B. (2012). Implicações de um grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de transtorno afetivo bipolar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 124-131. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100017>

Neufeld, C. B., et al. (2017). Aspectos técnicos e o processo em TCCG. In C. B. Neufeld & B. P. Rangé (Eds.). *Terapia Cognitivo-Comportamento em Grupos: das evidências à prática* (Cap. 2, p. 33-54). Artmed.

Okumura, Y., & Ichikura, K. (2014). Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders*, 164, 155-164. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.027>

Pelegrinelli, K. B. (2010). *Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Rangé, B. P., et al. (2017). Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para transtornos de ansiedade. In C. B. Neufeld & B. P. Rangé (Eds.). *Terapia Cognitivo-Comportamento em Grupos: das evidências à prática* (Cap. 3, p. 57-77). Artmed.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia da Pesquisa* (5ª ed.). Penso.

Sztamfater, S., & Savoia, M. G. (2017). Treatment of social phobia in adults: considerations regarding family insertion within psychoeducational programs. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog*, 13(1), 52-59.

Varo, M. B., et al. (2006). Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. *Se-mergen - Medicina de Familia*, 32(5), 205-210.
[http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593\(06\)73258-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593(06)73258-0).

World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates*.



Machine Learning na Saúde Mental: um ramo emergente

 Bernardo Paim de Mattos¹
 Christian Mattjie¹

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre - RS, Brasil. bernardo.mattos@edu.pucrs.br - christian.oliveira95@edu.pucrs.br

Resumo - O Machine Learning (ML) é apresentado como uma solução promissora, capaz de melhorar a predição de desfechos de saúde e viabilizar abordagens de tratamento mais eficazes. Este artigo tem como foco central avaliar o potencial do ML no diagnóstico, tratamento e prognóstico de transtornos mentais, com ênfase no Transtorno por Uso de Substâncias (TUS). Adicionalmente, busca-se identificar lacunas críticas na literatura existente, salientar métodos ou ferramentas de ML e delinear direções futuras para o progresso nesse campo. Os resultados indicam que o ML é crucial para avançar na compreensão dos transtornos mentais, representando uma evolução significativa na área. No entanto, é importante adotar um novo paradigma metodológico, com intuito de assegurar a validade, a confiabilidade e a aplicabilidade das descobertas em contextos de pesquisa e prática clínica.

Palavras-Chave
Machine Learning
Saúde Mental
Transtornos por Uso
de Substâncias
Modelos Preditivos
Inovação em Saúde

Categoria
Artigo Original

Como citar: Mattos, B. P. & Mattjie, C. (2024). Machine Learning na Saúde Mental: um ramo emergente. In J. Gonçalves (Ed.). *Perspectivas em Psicologia* (pp. 44-49). Editora Lógica Psicológica. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10420581>

1 INTRODUÇÃO

Uma das dificuldades persistentes nas áreas da saúde – seja em pesquisa ou atendimento direto a populações – reside na gestão de grandes conjuntos de dados. Identificar correlações clinicamente significativas se tornou progressivamente desafiador, especialmente ao explorar fenômenos complexos, como aqueles em saúde mental (Shatte et al., 2019).

Estudos destacam benefícios em diagnóstico, tratamento, prognóstico e mudanças comportamentais (Goh et al., 2022; d'Elia et al., 2022). Métodos de Aprendizado de Máquina – Machine Learning (ML), emergem como soluções promissoras, tanto na pesquisa quanto no atendimento ao usuário (Jayatilake & Ganegoda, 2021; Bracher-Smith et al., 2021).

À medida que nos concentramos em variáveis como qualidade de vida e resultados clínicos afins, a aplicação de métodos de ML oferece uma abordagem inovadora para a decisão médica (Alowais et al., 2023; Mak et al., 2019), particularmente em áreas como Transtornos por Uso de Substâncias (TUS), que carecem de resultados (Chhetri et al., 2023).

Este avanço é crucial, considerando o volume crescente e a complexidade dos dados de saúde, como pode ser visto na Substance Abuse & Mental Health Data Archive (SAMHDA, 2019), o que também fortalece a replicabilidade da pesquisa (Diaba-Nuhoho & Amponsah-Offeh, 2021).

Algoritmos de ML podem aprimorar predições de desfechos de saúde, permitindo tratamentos mais personalizados e eficazes (Burgess-Hull et al., 2023; Sajjadian et al., 2021; Acion et al., 2017; Chew & Achananuparp, 2022). Por exemplo, em contextos relacionados a transtornos de humor, existem evidências emergentes de que modelos de aprendizado de máquina podem contribuir para a prevenção ao suicídio (Lejeune et al., 2022).

Ademais, a diversidade da população afetada por transtornos mentais, como os TUS, representa um desafio significativo tanto para profissionais clínicos quanto para analistas de dados (Baurley et al., 2022). Diferenças socioeconômicas, culturais e de saúde complicam a análise de dados, limitando a generalização de resultados além dos contextos específicos de pesquisa ou tratamento.

A aplicação de técnicas de ML pode facilitar a navegação por essa complexidade, identificando padrões e interações variáveis que podem aprimorar estratégias de intervenção clínica (Shatte et al., 2019). Estas nuances podem ser sutis ao ponto de escapar da percepção, mesmo de profissionais experientes. As capacidades iterativas dos modelos de ML não apenas transcendem abordagens estatísticas tradicionais na saúde (Rajpurkar et al., 2022), mas também permitem inovações em ciência de dados, potencialmente beneficiando a qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde.

Apesar dos avanços, é crucial abordar a robustez metodológica na interseção entre ML e saúde mental. Atualmente, há uma transição entre um estágio inicial, marcado por evidências emergentes e potenciais lacunas metodológicas, para um estágio mais avançado, fundamentado em metodologias rigorosas (Andaur Navarro et al., 2021; Mak et al., 2019; Sajjadian et al., 2021).

É relevante destacar que o conjunto de evidências relacionando ML e saúde apresenta particularidades notáveis. A qualidade metodológica desses estudos é avaliada tanto por meio de escalas convencionais de risco de viés (Higgins et al., 2011; Sterne et al., 2019) quanto por ferramentas específicas voltadas para a avaliação da qualidade dos modelos de ML (Moons et al., 2014; Norgeot et al., 2020).

Esse enfoque dual em qualidade e replicabilidade fortalece uma trajetória promissora para a interseção entre ML e saúde mental. Este campo é de especial interesse, dada a ênfase crescente em pesquisa em saúde, particularmente em cenários que podem conduzir a mudanças estruturais (Alowais et al., 2023). Tais avanços beneficiam não apenas agências financiadoras e pesquisadores, mas também – e crucialmente – os usuários finais dos serviços de saúde (Rajpurkar et al., 2022).

No contexto dos Transtornos por Uso de Substâncias (TUS), os algoritmos de aprendizado de máquina demonstram um potencial transformador para a previsão e tratamento de desfechos clínicos.

Uma análise do atual panorama de pesquisa (Chhetri et al., 2023; Garbin et al., 2023; Mak et al., 2019) revela que tais algoritmos têm sido empregados para discernir padrões intrincados em extensos conjuntos de dados, facilitando a antecipação de, por exemplo, comportamentos de risco. Adicionalmente, essas ferramentas tecnológicas oferecem suporte à decisão clínica, permitindo que profissionais médicos escolham tratamentos adequados com base nas características individuais dos pacientes.

No entanto, é pertinente destacar que, apesar do imenso potencial, a literatura atual apresenta um caráter emergente, refletindo uma certa fragmentação nos achados e evidenciando a necessidade premente de sistematização.

Nesse contexto, uma das propostas pioneiras é a condução de uma revisão sistemática intitulada "Systematic Review of Machine Learning Algorithms on Substance-Related Disorders Treatment Outcomes", devidamente registrada na plataforma PROSPERO (CRD42023431546).

Paralelamente a esta revisão, o presente artigo em formato de revisão narrativa visa avaliar o impacto atual e potencial do ML no diagnóstico, tratamento e prognóstico de transtornos mentais, focando especificamente no TUS. De forma específica, o objetivo é identificar lacunas críticas na pesquisa existente, destacar métodos ou ferramentas de ML, e apontar direções futuras para avançar nesta área.

2 MÉTODO

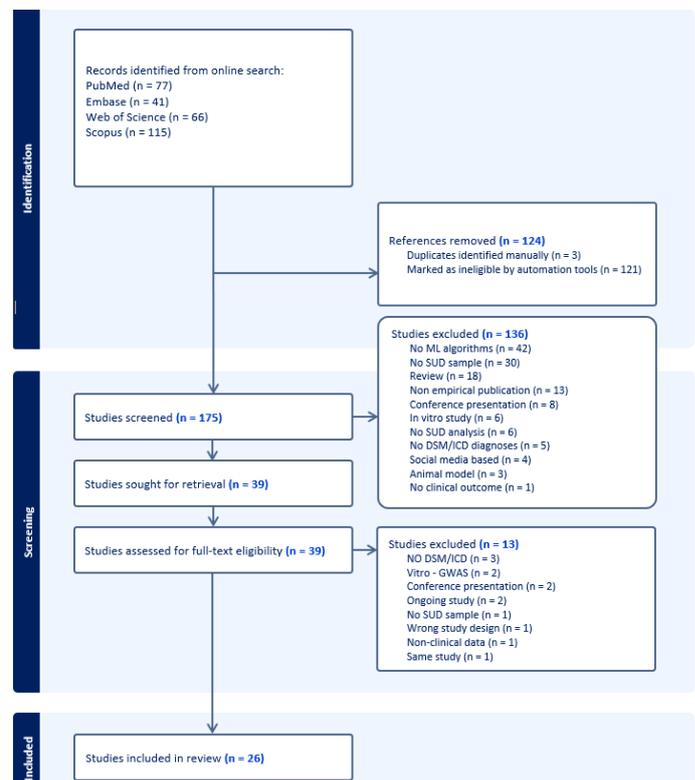
Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa por meio de revisão narrativa, fundamentada em uma extensa compilação de publicações consultadas ao longo dos últimos anos.

Para esta finalidade, a pesquisa eletrônica de literatura foi conduzida em plataformas como PubMed, PsycInfo e Scopus, direcionada à identificação de artigos pertinentes ao emprego de ML e IA em contextos de saúde mental e TUS. A estratégia de busca foi meticulosamente adaptada de revisões sistemáticas preexistentes.

Inicialmente, uma ampla gama de artigos foi identificada. No entanto, após uma triagem criteriosa com base em títulos, resumos e critérios metodológicos específicos, uma seleção refinada foi efetivada. Essa seleção visou assegurar a inclusão de estudos que oferecessem insights substantivos sobre o uso de ML e IA em saúde mental, alinhando-se ao escopo deste artigo.

Para enriquecer a análise, foram incorporadas referências cruciais sobre ferramentas de qualidade metodológica em ML e exemplos representativos de conjuntos de dados públicos. Os artigos consultados abrangem o período de 2011 a 2023, com um enfoque particular nos anos mais recentes (2021-2023), evidenciando a atualidade e relevância contemporânea das descobertas analisadas.

Figura 1
Fluxograma PRISMA da chave 3 do estudo principal.



É pertinente mencionar que esta revisão incorporará o fluxograma PRISMA associado à terceira chave de busca (Figura 1). Adicionalmente, a Figura 2 apresentará a lista de verificação MI-CLAIM (Norgeot et al., 2020), uma ferramenta preeminente para avaliar a integridade metodológica e a transparência de modelos de ML em saúde, incluindo desenvolvimento, validação e avaliação de impacto dos modelos na área da saúde.

Figura 2
MI-CLAIM para os modelos em saúde.

Table 1 | The MI-CLAIM checklist

Before paper submission		
Study design (Part 1)	Completed: page number	Notes if not completed
The clinical problem in which the model will be employed is clearly detailed in the paper.	<input type="checkbox"/>	
The research question is clearly stated.	<input type="checkbox"/>	
The characteristics of the cohorts (training and test sets) are detailed in the text.	<input type="checkbox"/>	
The cohorts (training and test sets) are shown to be representative of real-world clinical settings.	<input type="checkbox"/>	
The state-of-the-art solution used as a baseline for comparison has been identified and detailed.	<input type="checkbox"/>	
Data and optimization (Parts 2, 3)	Completed: page number	Notes if not completed
The origin of the data is described and the original format is detailed in the paper.	<input type="checkbox"/>	
Transformations of the data before it is applied to the proposed model are described.	<input type="checkbox"/>	
The independence between training and test sets has been proven in the paper.	<input type="checkbox"/>	
Details on the models that were evaluated and the code developed to select the best model are provided.	<input type="checkbox"/>	
Is the input data type structured or unstructured?	<input type="checkbox"/> Structured <input type="checkbox"/> Unstructured	
Model performance (Part 4)	Completed: page number	Notes if not completed
The primary metric selected to evaluate algorithm performance (e.g., AUC, F-score, etc.), including the justification for selection, has been clearly stated.	<input type="checkbox"/>	
The primary metric selected to evaluate the clinical utility of the model (e.g., PPV, NNT, etc.), including the justification for selection, has been clearly stated.	<input type="checkbox"/>	
The performance comparison between baseline and proposed model is presented with the appropriate statistical significance.	<input type="checkbox"/>	
Model examination (Part 5)	Completed: page number	Notes if not completed
Examination technique 1 ^a	<input type="checkbox"/>	
Examination technique 2 ^a	<input type="checkbox"/>	
A discussion of the relevance of the examination results with respect to model/algorithm performance is presented.	<input type="checkbox"/>	
A discussion of the feasibility and significance of model interpretability at the case level if examination methods are uninterpretable is presented.	<input type="checkbox"/>	
A discussion of the reliability and robustness of the model as the underlying data distribution shifts is included.	<input type="checkbox"/>	
Reproducibility (Part 6): choose appropriate tier of transparency		Notes
Tier 1: complete sharing of the code	<input type="checkbox"/>	
Tier 2: allow a third party to evaluate the code for accuracy/fairness; share the results of this evaluation	<input type="checkbox"/>	
Tier 3: release of a virtual machine (binary) for running the code on new data without sharing its details	<input type="checkbox"/>	
Tier 4: no sharing	<input type="checkbox"/>	

PPV, positive predictive value; NNT, numbers needed to treat. ^aCommon examination approaches based on study type: for studies involving exclusively structured data, coefficients and sensitivity analysis are often appropriate; for studies involving unstructured data in the domains of image analysis or natural language processing, saliency maps (or equivalent) and sensitivity analysis are often appropriate.

3 RESULTADOS

A seguir, serão discutidos alguns achados relevantes decorrentes da revisão realizada. A Tabela 1 proporciona uma síntese organizada desses resultados.

Tabela 1
Síntese dos achados da revisão narrativa.

Aplicações Clínicas	- Desfechos de tratamento, transtornos de humor, prevenção de suicídio e TUS.	Goh et al., 2022 Sajjadian et al., 2021 Lejeune et al., 2022 Roza et al., 2023
Comparação com Julgamento Clínico	- ML supera capacidade de psicólogos clínicos em predição de desfechos. - Identificação precoce de transtornos mentais.	Symons et al., 2020 Feczko et al., 2019 Miranda et al., 2021 Burgess-Hull et al., 2022
Limitações e Desafios	- Sensibilidade limitada. - Questões de generalização e ética.	Bracher-Smith et al., 2021 Dadi et al., 2021 Mooney & Pejaver, 2018

3.1 Aplicações Clínicas

A literatura revisada revela uma diversidade de aplicações de modelos de ML. Estudos enfocam desde desfechos de

tratamento, como mudanças comportamentais e promoção da saúde (Goh et al., 2022), até modelos específicos para transtornos de humor, como depressão (Sajjadian et al., 2021) e prevenção de suicídio (Lejeune et al., 2022; Roza et al., 2023). Por exemplo, em desfechos relacionados à depressão há modelos com acurácia de até 90%, o que é um valor significativo para uma ML (Gao et al., 2018).

No contexto dos TUS, os algoritmos de ML têm sido empregados para identificar padrões complexos em grandes volumes de dados, abrangendo diferentes substâncias psicoativas, facilitando a antecipação de comportamentos de risco, avaliação da suscetibilidade à dependência, monitoramento de efeitos adversos de substâncias e previsão de resultados de tratamento (Chhetri et al., 2023; Garbin et al., 2023; Mak et al., 2019).

3.2 Comparação com julgamento clínico

No âmbito da psicoterapia, o estudo de Symons et al. (2020) é particularmente revelador ao comparar a capacidade de psicólogos clínicos treinados e algoritmos de ML na predição de desfechos de tratamento em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para alcoolismo. O estudo foi conduzido com uma amostra significativa de 1016 pacientes submetidos a um ensaio clínico aleatorizado.

Os resultados demonstraram que os modelos de ML superaram a capacidade dos psicólogos clínicos na estimativa dos desfechos de tratamento. Este achado é simultaneamente inquietante e revigorante, pois destaca o potencial transformador da tecnologia em um domínio historicamente dominado por julgamentos clínicos humanos.

Contudo, é imperativo destacar uma ressalva metodológica significativa: a sensibilidade dos modelos de ML foi identificada como baixa. Isso sugere que, enquanto os modelos podem oferecer insights valiosos, ainda há espaço para melhorias e validações adicionais.

Outra aplicação promissora é a utilização de ML para subtipagem clínica, identificando subgrupos de pacientes com base em características clínicas e biológicas (Feczko et al., 2019; Miranda et al., 2021).

Essa abordagem, inicialmente aplicada em áreas como oncologia, agora se estende para outras condições médicas, incluindo, mais recentemente, a identificação precoce de subtipos de risco aumentado para o Transtorno por Uso de Opioides (Burgess-Hull et al., 2022).

Apesar dos avanços notáveis nos modelos de ML aplicados à saúde mental, é essencial reconhecer as limitações inerentes a essas abordagens. Yan et al. (2022) apontam que muitos dos progressos alcançados são comprometidos pelas complexidades intrínsecas aos dados clínicos em saúde mental. A falta de marcadores biológicos robustos, que são fundamentais em outras áreas da medicina para facilitar processos preditivos, representam outro desafio significativo.

3.3 Limitações e desafios

Questões éticas também são cruciais no contexto da ML. Mooney & Pejaver (2018) destacam que a dependência de grandes conjuntos de dados pode implicar desafios significativos relacionados à privacidade dos dados e ao consentimento informado dos participantes.

Além disso, a generalização dos resultados para diferentes populações apresenta desafios substanciais. Bracher-Smith et al. (2021) e Dadi et al. (2021) enfatizam a necessidade de ajustar algoritmos de ML para acomodar variações em históricos de saúde mental e marcadores genéticos distintos.

Por fim, outro ponto comum nos estudos é a necessidade de uma colaboração interdisciplinar para a concepção e validação desses modelos. A integração de profissionais da saúde mental, cientistas de dados e outros especialistas garante a robustez técnica e a relevância clínica dos modelos. Esta sinergia facilita a conformidade com as melhores práticas e diretrizes éticas, promovendo a aplicabilidade desses modelos no contexto clínico, além da adaptação cultural e ajustes com base no feedback de especialistas e pacientes.

4 DISCUSSÃO

A aplicação de ML na saúde mental, especialmente em TUS, tem demonstrado resultados promissores. Ao avaliar os recursos desenvolvidos, observa-se que os modelos de ML oferecem análises precisas e personalizadas dos padrões de uso de substâncias e dos fatores relacionados a reinternações e resultados de tratamento (Acion et al., 2017). Esta precisão e personalização representam um avanço significativo em comparação aos métodos tradicionais, evidenciando o potencial do ML para transformar o tratamento e a compreensão em saúde mental.

A eficácia dos modelos de ML na predição de desfechos clínicos e no direcionamento de tratamentos mais adequados tem implicações práticas notáveis (Alowais et al., 2023). Esses modelos possibilitam abordagens individualizadas, aumentando potencialmente a eficácia do tratamento. Além disso, a capacidade de identificar padrões complexos e variáveis inter-relacionadas pode conduzir a melhores estratégias de prevenção e intervenção.

Contudo, é importante reconhecer suas limitações. A complexidade e a heterogeneidade dos dados em saúde mental podem resultar em desafios na generalização dos modelos (Yan et al., 2022). Além disso, a exigência de grandes conjuntos de dados para treinamento e as preocupações relacionadas à privacidade e ética dos dados são aspectos que demandam atenção contínua (Rajpurkar et al., 2022).

Em específico, um dos principais desafios da área para encontrar evidências de qualidade reside na falta de robustez metodológica dos estudos, principalmente em relação ao desenvolvimento dos modelos em si.

Muitos dos artigos, tanto em saúde mental em geral quanto específicos ao TUS, discutem o uso de ML para identificar variáveis correlacionadas ao desfecho. Para realizar tal análise em modelos de ML, é necessário treinar o modelo para identificar o desfecho desejado com base nos dados de entrada e, posteriormente, examinar quais variáveis tiveram maior peso na decisão final do modelo.

Embora esse processo seja promissor para a identificação de correlações relevantes, ele é inteiramente dependente do desempenho do modelo e do contexto em que é treinado. As variáveis que possuem alta importância para um modelo de baixa qualidade (com baixa acurácia, sensibilidade ou especificidade) não são necessariamente as variáveis às quais devemos prestar maior atenção. Esse paradigma já foi criticado em outras áreas médicas, como na oncologia (Dhiman et al., 2023).

Ainda assim, é notório que diversos trabalhos se concentram em discutir diretamente as variáveis mais importantes apresentadas pelo modelo, negligenciando, em muitos casos, a análise e apresentação do próprio desempenho do modelo.

Outra grande dificuldade enfrentada pelos modelos atuais é a generalização de seus resultados, ou seja, a extensão em que esses resultados são aplicáveis a outras populações além daquela analisada. Modelos de ML treinados com baixas quantidades de dados, especialmente na ordem de dezenas, são suscetíveis a aprender padrões específicos da população de treinamento. Da mesma forma, a ausência de conjuntos de dados de validação e teste adequados impede a avaliação do desempenho do modelo em uma população não vista durante o treinamento, comprometendo sua capacidade real de generalização.

Muitos estudos também tendem a ocultar as falhas de seus modelos por meio da maneira como apresentam os resultados (Andaur Navarro et al., 2023), contribuindo para uma prática de "spin" (Chiu et al., 2017), ou seja, retratar os achados de forma mais distorcida, especialmente em modelos preditivos. Essa distorção é particularmente preocupante quando se utiliza modelos para predições em bancos de dados desbalanceados, nos quais há muitos pacientes com um determinado desfecho e muito poucos sem ele, ou vice-versa.

Nesse cenário, o modelo tende a "aprender" rapidamente que a melhor estratégia para alcançar uma alta acurácia é atribuir o desfecho majoritário a todos os pacientes, o que aumenta artificialmente sua precisão, já que a maioria dos pacientes é classificada corretamente. Contudo, um modelo que prevê que todos, ou quase todos, terão o mesmo desfecho não oferece contribuições significativas para a prática clínica, nem auxilia na identificação de variáveis de interesse.

Considerando o potencial significativo dos modelos de ML e suas limitações atuais, torna-se imperativo conduzir mais estudos. Estes estudos devem abordar padrões de qualidade na área de ML, como a transparência no desempenho dos

modelos e a validação em conjuntos de dados independentes, que englobem diferentes populações e contextos. A exploração de novas técnicas e abordagens em ML é crucial para mitigar as limitações atuais e ampliar as aplicações dessas tecnologias na área da saúde mental.

Por exemplo, pesquisas futuras podem se concentrar na personalização ainda mais refinada dos tratamentos para TUS, utilizando algoritmos avançados que levem em consideração fatores genéticos e ambientais. Dado que a aplicação de ML na saúde mental está em um estágio inicial de desenvolvimento, é fundamental que a pesquisa continue a evoluir. Portanto, é essencial a realização de estudos adicionais, incluindo a validação dos modelos em diferentes populações e contextos, bem como a investigação contínua de novas técnicas e abordagens para superar as limitações existentes.

5 CONCLUSÃO

O presente artigo destaca a crescente relevância do aprendizado de máquina (ML) na saúde mental, com ênfase particular no tratamento de TUS. Os modelos de ML têm mostrado habilidade em analisar dados clínicos complexos e multifacetados, proporcionando insights valiosos que podem conduzir a tratamentos mais eficazes e individualizados. A colaboração interdisciplinar é um elemento crucial nesse avanço, integrando expertise em saúde mental, ciência de dados e ética. Tal integração visa o desenvolvimento de modelos que sejam não apenas tecnicamente robustos, mas também clinicamente relevantes.

Embora os modelos de ML na saúde mental enfrentem desafios significativos, como a demanda por grandes conjuntos de dados e questões éticas relacionadas à transparência dos resultados, seu potencial para revolucionar a prática clínica é inquestionável.

A continuidade da pesquisa e desenvolvimento nestas áreas é vital para superar tais obstáculos e otimizar o potencial dos modelos de ML. Em síntese, o ML na saúde mental representa uma área promissora que demanda investimento e atenção contínuos. Seu potencial para aprimorar o entendimento e o tratamento dos TUS aponta para um futuro mais eficiente e personalizado na saúde mental, trazendo implicações significativas não apenas para os pacientes e profissionais de saúde, mas também para a sociedade como um todo.

BIOGRAFIA DOS AUTORES



Bernardo Paim de Mattos: Psicólogo. Mestrando em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Membro da Comissão de Pesquisa da Associação Brasileira de Prática Baseada em Evidências (AB-PBE). bernardo.mattos@edu.pucrs.br

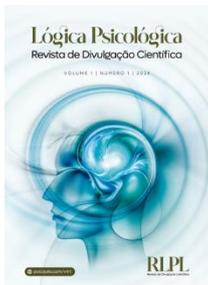


Christian Mattjie: Doutorando em Ciência da Computação na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mestre em Gerontologia Biomédica. Especialista em Física do Radiodiagnóstico. Licenciado em Física. christian.oliveira95@edu.pucrs.br

REFERÊNCIAS

- SAMHDA. (2019). *Treatment Episode Data Set: Discharges (TEDS-D)*.
- Acion, L., Kelmansky, D., van der Laan, M., Sahker, E., Jones, D., & Arndt, S. (2017). Use of a machine learning framework to predict substance use disorder treatment success. *PLoS One*, 12(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175383>
- Alowais, S. A., Alghamdi, S. S., Alsuhebany, N., Alqahtani, T., Alshaya, A. I., Al-mohareb, S. N., ... Albekairy, A. M. (2023). Revolutionizing healthcare: The role of artificial intelligence in clinical practice. *BMC Med Educ*, 23(1), 689. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04698-z>
- Andaur Navarro, C. L., Damen, J. A. A., Takada, T., Nijman, S. W. J., Dhiman, P., Ma, J., ... Hooft, L. (2021). Risk of bias in studies on prediction models developed using supervised machine learning techniques: Systematic review. *BMJ*, 375, n2281. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2281>
- Andaur Navarro, C. L., Damen, J. A. A., Takada, T., Nijman, S. W. J., Dhiman, P., Ma, J., ... Hooft, L. (2023). Systematic review finds "spin" practices and poor reporting standards in studies on machine learning-based prediction models. *J Clin Epidemiol*, 158, 99-110. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2023.03.024>
- Baurley, J. W., Claus, E. D., Witkiewitz, K., & McMahan, C. S. (2022). A Bayesian mixed effects support vector machine for learning and predicting daily substance use disorder patterns. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 48(4), 413-421. <https://doi.org/10.1080/00952990.2021.2024839>
- Bracher-Smith, M., Crawford, K., & Escott-Price, V. (2021). Machine learning for genetic prediction of psychiatric disorders: A systematic review. *Mol Psychiatry*, 26(1), 70-79. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0825-2>
- Burgess-Hull, A. J., Brooks, C., Epstein, D. H., Gandhi, D., & Oviedo, E. (2023). Using Machine Learning to Predict Treatment Adherence in Patients on Medication for Opioid Use Disorder. *J Addict Med*, 17(1), 28-34. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000001019>
- Burgess-Hull, A. J., Panlilio, L. V., Preston, K. L., & Epstein, D. H. (2022). Trajectories of craving during medication-assisted treatment for opioid-use disorder: Subtyping for early identification of higher risk. *Drug Alcohol Depend*, 233, 109362. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109362>
- Chew, H. S. J., & Achananuparp, P. (2022). Perceptions and needs of artificial intelligence in health care to increase adoption: Scoping review. *J Med Internet Res*, 24(1), e32939. <https://doi.org/10.2196/32939>
- Chhetri, B., Goyal, L. M., & Mittal, M. (2023). How machine learning is used to study addiction in digital healthcare: A systematic review. In (Vol. 3): *International Journal of Information Management Data Insights*.
- Chiu, K., Grundy, Q., & Bero, L. (2017). 'Spin' in published biomedical literature: A methodological systematic review. *PLoS Biol*, 15(9), e2002173. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.2002173>
- d'Elia, A., Gabbay, M., Rodgers, S., Kierans, C., Jones, E., Durrani, I., ... Frith, L. (2022). Artificial intelligence and health inequities in primary care: A systematic scoping review and framework. *Fam Med Community Health*, 10(Suppl 1). <https://doi.org/10.1136/fmch-2022-001670>
- Dadi, K., Varoquaux, G., Houenou, J., Bzdok, D., Thirion, B., & Engemann, D. (2021). Population modeling with machine learning can enhance measures of

- mental health. *Gigascience*, 10(10). <https://doi.org/10.1093/gigascience/giab071>
- Dhiman, P., Ma, J., Andaur Navarro, C. L., Speich, B., Bullock, G., Damen, J. A. A., ... Collins, G. S. (2023). Overinterpretation of findings in machine learning prediction model studies in oncology: A systematic review. *J Clin Epidemiol*, 157, 120-133. <https://doi.org/10.1016/j.ijclinepi.2023.03.012>
- Diaba-Nuhoho, P., & Amponsah-Offeh, M. (2021). Reproducibility and research integrity: The role of scientists and institutions. *BMC Res Notes*, 14(1), 451. <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05875-3>
- Feczko, E., Miranda-Dominguez, O., Marr, M., Graham, A. M., Nigg, J. T., & Fair, D. A. (2019). The heterogeneity problem: Approaches to identify psychiatric subtypes. *Trends Cogn Sci*, 23(7), 584-601. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2019.03.009>
- Gao, S., Calhoun, V. D., & Sui, J. (2018). Machine learning in major depression: From classification to treatment outcome prediction. *CNS Neurosci Ther*, 24(11), 1037-1052. <https://doi.org/10.1111/cns.13048>
- Garbin, C., Marques, N., & Marques, O. (2023). Machine learning for predicting opioid use disorder from healthcare data: A systematic review. *Comput Methods Programs Biomed*, 236, 107573. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2023.107573>
- Goh, Y. S., Ow Yong, J. Q. Y., Chee, B. Q. H., Kuek, J. H. L., & Ho, C. S. H. (2022). Machine learning in health promotion and behavioral change: Scoping review. *J Med Internet Res*, 24(6), e35831. <https://doi.org/10.2196/35831>
- Higgins, J. P., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D., ... Group, C. S. M. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 343, d5928. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
- Jayatilake, S. M. D. A., & Ganegoda, G. U. (2021). Involvement of machine learning tools in healthcare decision making. *J Healthc Eng*, 6679512. <https://doi.org/10.1155/2021/6679512>
- Jiang, Y., Yang, M., Wang, S., Li, X., & Sun, Y. (2020). Emerging role of deep learning-based artificial intelligence in tumor pathology. *Cancer Commun (Lond)*, 40(4), 154-166. <https://doi.org/10.1002/cac2.12012>
- Lejeune, A., Le Glaz, A., Perron, P. A., Sebti, J., Baca-Garcia, E., Walter, M., ... Berrouguet, S. (2022). Artificial intelligence and suicide prevention: A systematic review. *Eur Psychiatry*, 65(1), 1-22. <https://doi.org/10.1192/j.eur-psy.2022.8>
- Mak, K. K., Lee, K., & Park, C. (2019). Applications of machine learning in addiction studies: A systematic review. *Psychiatry Res*, 275, 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.001>
- Miranda, L., Paul, R., Pütz, B., Koutsouleris, N., & Müller-Myhsok, B. (2021). Systematic review of functional MRI applications for psychiatric disease subtyping. *Front Psychiatry*, 12, 665536. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.665536>
- Mooney, S. J., & Pejaver, V. (2018). Big data in public health: Terminology, machine learning, and privacy. *Annu Rev Public Health*, 39, 95-112. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014208>
- Moons, K. G., de Groot, J. A., Bouwmeester, W., Vergouwe, Y., Mallett, S., Altman, D. G., ... Collins, G. S. (2014). Critical appraisal and data extraction for systematic reviews of prediction modelling studies: The CHARMS checklist. *PLoS Med*, 11(10), e1001744. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001744>
- Norgeot, B., Quer, G., Beaulieu-Jones, B. K., Torkamani, A., Dias, R., Gianfrancesco, M., ... Butte, A. J. (2020). Minimum information about clinical artificial intelligence modeling: The MI-CLAIM checklist. *Nat Med*, 26(9), 1320-1324. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1041-y>
- Rajpurkar, P., Chen, E., Banerjee, O., & Topol, E. J. (2022). AI in health and medicine. *Nat Med*, 28(1), 31-38. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01614-0>
- Roza, T. H., Seibel, G. S., Recamonde-Mendoza, M., Lotufo, P. A., Benseñor, I. M., Passos, I. C., & Brunoni, A. R. (2023). Suicide risk classification with machine learning techniques in a large Brazilian community sample. *Psychiatry Res*, 325, 115258. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115258>
- Sajjadian, M., Lam, R. W., Milev, R., Rotzinger, S., Frey, B. N., Soares, C. N., ... Uher, R. (2021). Machine learning in the prediction of depression treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 51(16), 2742-2751. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003871>
- Shatte, A. B. R., Hutchinson, D. M., & Teague, S. J. (2019). Machine learning in mental health: a scoping review of methods and applications. *Psychol Med*, 49(9), 1426-1448. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000151>
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366, l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- Symons, M., Feeney, G. F. X., Gallagher, M. R., Young, R. M., & Connor, J. P. (2020). Predicting alcohol dependence treatment outcomes: a prospective comparative study of clinical psychologists versus 'trained' machine learning models. *Addiction*, 115(11), 2164-2175. <https://doi.org/10.1111/add.15038>
- Yan, W. J., Ruan, Q. N., & Jiang, K. (2022). Challenges for Artificial Intelligence in Recognizing Mental Disorders. *Diagnostics (Basel)*, 13(1). <https://doi.org/10.3390/diagnostics13010002>



Desafios na Teoria da Mente: Conceitos, Neurobiologia e Cultura

 Bruna Gabriela Janesch¹

¹Centro Universitário Cesumar (UNICESUMAR), Paraná - PR, Brasil. jbrunagabriela@gmail.com

Resumo - A Teoria da Mente (ToM), que envolve a habilidade de atribuir estados mentais a si mesmo e aos outros, é explorada neste artigo de revisão narrativa. São abordados os desafios conceituais, as bases neurobiológicas controversas e a diversidade cultural presentes na pesquisa da ToM. Ao analisar a ToM, são destacadas complexidades na definição e mensuração, assim como debates sobre as regiões cerebrais envolvidas, com hipóteses sobre o córtex pré-frontal ventromedial e áreas posteriores. A diversidade cultural revela uma sequência variável na aquisição de conceitos em diferentes culturas, ressaltando a importância de abordagens interculturais. Em suma, a ToM enfrenta desafios significativos na definição e mensuração, indicando a necessidade de critérios mais precisos para avanços teóricos e práticos nesse campo.

Palavras-Chave
Teoria da Mente
Problemas Conceituais
Regiões Cerebrais
Diversidade Cultural

Categoria
Artigo Original

Como citar: Janesch, B. G. (2024). Desafios na Teoria da Mente: Conceitos, Neurobiologia e Cultura. In J. Gonçalves (Ed.). *Perspectivas em Psicologia* (pp. 50-53). Editora Lógica Psicológica. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10479757>

1 INTRODUÇÃO

A origem do termo "Teoria da Mente" (ToM) remonta ao final da década de 1970, marcada pelo início de diversos estudos experimentais sobre a cognição animal. Amsel (1989) destaca esse contexto como o momento em que a investigação sobre essa capacidade cognitiva ganhou destaque.

De modo geral, a ToM refere-se à capacidade de atribuir estados mentais a si mesmo e a outras pessoas, conforme discutido por Premack & Woodruff (1978), ou é descrita como "leitura da mente" (Whiten, 1994) e "compreensão social" (Carpendale & Lewis, 2004). No artigo de Premack e Woodruff (1978), intitulado "Do chimpanzees have a theory of mind?", os autores justificam a escolha do termo "teoria":

"Ao dizer que um indivíduo tem uma teoria da mente, queremos significar que o indivíduo atribui estados mentais a si próprio e aos outros (seja da mesma espécie ou de outra). Um sistema de inferência desse tipo é, apropriadamente, visto como uma teoria, primeiro, porque esses estados não são observáveis diretamente e, segundo, porque o sistema pode ser usado para fazer previsões, especificamente, sobre o comportamento de outros organismos." (Premack, & Woodruff, 1978, p.515).

A ToM permite atribuir estados mentais a si mesmo e a outros, contribuindo para a compreensão, descrição e previsão do próprio estado mental. Essa capacidade abrange diversos aspectos, desde crenças (comportamento governado por regras) até pensamentos, intenções, desejos e comportamentos (Hughes, Lecce, & Wilson, 2007; Oberle, 2009).

Contudo, apesar de sua origem remontar mais de 50 anos, os estudos sobre a ToM enfrentam desafios conceituais e avaliativos consideráveis, especialmente relacionados à definição precisa e às metodologias de medição da capacidade de compreender a mente dos outros. Diante desses desafios, o problema de pesquisa que se delineia é: "Como os desafios conceituais na definição e mensuração da ToM influenciam a compreensão e o avanço da pesquisa nesse campo?". O objetivo principal deste artigo é analisar e discutir os desafios conceituais enfrentados pelos estudos da ToM.

2 MÉTODO

Pesquisa de abordagem qualitativa por meio de revisão narrativa, reconhecida por descrever e discutir o estado da arte de uma temática específica, possibilitando uma discussão ampliada quando há dificuldade em estabelecer uma pergunta de pesquisa ou há escassez de literatura científica sobre o tema.

3 RESULTADOS

A seguir, serão abordadas as categorias elaboradas para sintetizar de maneira efetiva o tema da Teoria da Mente (ToM), dividindo-as em: Desafios Conceituais na Avaliação, Bases Neurobiológicas (controversas) e Diversidade Cultural.

3.1 Desafios Conceituais na Avaliação da ToM

Há uma complexidade na definição e na mensuração da capacidade de compreender a "mente" dos outros nos estudos sobre a ToM. A complexidade e os paradigmas surgem desde o experimento conduzido pelos psicólogos Wimmer e Perner (1983), que introduziram a tarefa de transferência imprevista para caracterizar situações de crença falsa (Astington & Gopnik, 1991; Harris & Olson, 1988). A expressão "crença falsa" refere-se a uma crença que difere da realidade, baseada em informações relativas à compreensão imediata obtida através dos sentidos parciais sobre uma situação.

Existem teóricos que pressupõem que a ToM se desenvolve mais precocemente, argumentando que a "teoria da mente" se manifesta no início da primeira infância, por volta dos 2 a 3 anos de idade, quando a criança adquire a capacidade de atribuir estados mentais a si mesma e aos outros (Wellman, 1988). Por outro lado, há defensores da aquisição da ToM mais tardia, argumentando que essa capacidade se torna explícita apenas entre 4 e 5 anos de idade (Perner, 1991), quando a criança consegue se autorrepresentar, que, segundo Gutt (2004), é a capacidade dos humanos de representar como outro indivíduo representa estados de coisas.

No que se refere à identificação das emoções básicas/primárias, Bretherton, McNew e Beeghly-Smith (1981) defendem um desenvolvimento precoce, em média, aos 20 meses de idade. No entanto, Paul L. Harris, Carl N. Johnson, Deborah Hutton, Giles Andrews e Tim Cooke (1989) sustentam que entre 3 e 7 anos de idade, os indivíduos já têm a capacidade de reconhecer a dependência das reações emocionais de acordo com o contexto, o que facilita a aprendizagem de uma determinada situação.

A revisão "What Do Theory-of-Mind Tasks Actually Measure? Theory and Practice" argumenta que não apenas o vocabulário, mas a maioria das medidas clássicas da ToM carecem de especificidades. A maioria dos testes clássicos da ToM não exige que os participantes representem o estado mental de outra pessoa. O artigo propõe uma atenção mais focada nos métodos utilizados nos estudos da cognição social para aprimorar a compreensão dos conceitos.

Existem várias definições clássicas que pressupõem que a ToM inclui crenças, inferências emocionais (Frith & Frith, 2006), enquanto outras evidências validam que a ToM compreende também a capacidade de representar como outro indivíduo percebe o mundo ao seu redor.

A avaliação da ToM envolve uma variedade de tarefas clássicas que exploram diferentes facetas da compreensão mental. Abaixo, são destacados diversos tipos de tarefas utilizadas para medir a ToM:

- Detecção de "Gafes" (Baron-Cohen, O'Riordan, Stone, Jones, & Plaisted, 1999): Avalia a capacidade de perceber situações sociais inesperadas ou inadequadas.
- Reconhecimento de Emoções em Terceira Pessoa a partir de Imagens (Ekman & Friesen, 1971): Avalia a habilidade

de identificar emoções em indivíduos representados visualmente.

- Detecção de Intenções Enganosas a partir da Cinemática (Sebanz & Shiffrar, 2009): Investigação da capacidade de identificar intenções enganosas através de movimentos corporais.
- Detecção de Pensamentos de Outras Pessoas (Keysar, 1994): Avalia a habilidade de inferir pensamentos e perspectivas alheias.
- Reconhecimento de Emoções a partir de Imagens (Keysar, 1994): Avaliação da competência em identificar emoções em contextos visuais.
- Reconhecimento de Emoções a partir de Vozes (Golan, Baron-Cohen, Hill, & Rutherford, 2007): Investigação da capacidade de identificar emoções através de expressões vocais.
- Atribuição de Falsa Crença (Wimmer & Perner, 1983): Avalia a habilidade de compreender que as crenças podem ser diferentes da realidade.
- Inferência de Orientação Espacial (Hegarty & Waller, 2004): Avaliação da capacidade de inferir orientação espacial com base em informações disponíveis.
- Atribuição de Intenção do Filme (Premack & Woodruff, 1978): Investigação da habilidade de atribuir intenções a personagens em situações cinematográficas.
- Cena Interativa Descrição (por exemplo, a tarefa do diretor; Wu & Keysar, 2007): Avaliação da capacidade de descrever e interpretar interações sociais representadas em cenas.
- Tarefa de Acesso ao Conhecimento (Povinelli, Nelson, & Boysen, 1990): Avaliação da capacidade de entender o conhecimento disponível para diferentes indivíduos.
- Representação de Nível 1 da Experiência Visual de Outra Pessoa (Samson, Apperly, Braithwaite, Andrews, & Boddley Scott, 2010): Investigação da habilidade de representar a experiência visual de outra pessoa.
- Representação de Nível 2 da Experiência Visual de Outra Pessoa (Piaget & Inhelder, 1956): Avaliação da capacidade de representar a experiência visual mais complexa de outra pessoa.
- Inferências de Estado Mental de Histórias Estranhas (Feliz, 1994): Avaliação da habilidade de inferir estados mentais a partir de narrativas complexas.
- Atribuição de Estado Mental a partir de Cenas de Filmes Ecológicos de Interação Social (Dziobek et al., 2006): Investigação da capacidade de atribuir estados mentais a personagens em interações sociais simuladas.
- Atribuição de Estado Mental a partir de Formas Animadas (Heider & Simmel, 1944): Avaliação da habilidade de atribuir estados mentais a formas animadas.
- Atribuição de Estado Mental a partir de Imagens Faciais (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001): Investigação da habilidade de atribuir estados mentais a partir de expressões faciais.
- Interação Motora: Atribuição de Ação Racional Anterior (Brunet, Sarfati, Hardy-Baylé, & Decety, 2000): Avaliação

da capacidade de atribuir intenções racionais a ações motoras anteriores.

- **Intenção Social: Atribuição da Cinemática** (por exemplo, Lewkowicz, Quesque, Coello, & Delevoye-Turrel, 2015): Investigação da habilidade de atribuir intenções sociais com base em movimentos.
- **Julgamentos de Acessibilidade Visual** (Masangkay et al., 1974): Avaliação da capacidade de fazer julgamentos sobre o que é visualmente acessível.
- **Descrição da Cena** (Quesque, Chabanat, & Rossetti, 2018): Investigação da habilidade de descrever cenas sociais complexas.
- **Compatibilidade Social Espacial** (Freundlieb, Kovács, & Sebanz, 2016): Avaliação da compatibilidade espacial em interações sociais.
- **Influência Espontânea das Crenças de um Espectador sobre o Processo de Tomada de Decisão** (Kovács, Téglás, & Endress, 2010): Investigação da influência automática das crenças de um observador nas decisões.
- **Influência Espontânea das Crenças de um Personagem no Comportamento de Aparência Antecipatória** (Surian & Geraci, 2012): Avaliação da influência automática das crenças de um personagem no comportamento antecipado.

Em síntese, os desafios conceituais na ToM se revelam-complexos, desde a definição e mensuração da compreensão da "mente" dos outros até as variações no entendimento do desenvolvimento temporal dessa habilidade. As divergências entre teóricos quanto ao surgimento precoce ou tardio, aliadas à crítica das medidas clássicas da ToM, ressaltam a necessidade de uma abordagem mais focada nos métodos.

3.2 Bases Neurobiológicas (controversas) da ToM

Nos últimos 20 anos, a investigação das bases neurais da capacidade humana de representar e atribuir estados mentais, tanto afetivos quanto cognitivos, tem sido um foco central na pesquisa em neurociências cognitivas e sociais. O mapeamento de um modelo neurobiológico para os processos componentes da ToM requer uma rede cerebral funcional e interconectada, incorporando níveis de especificidade neuroanatômicos e neuroquímicos.

Propõe-se que a habilidade da ToM seja uma consequência das inteligências sociais pré-existentes, como compartilhamento de atenção, reconhecimento de emoções e diferenciação entre o "eu" e o outro. Essas habilidades básicas são consideradas partes fundamentais do processo da ToM (Abu-Akel A & Shamay-Tsoory, 2011).

Resumidamente, os aspectos cognitivos e afetivos da ToM são sustentados por redes pré-frontais dissociáveis, mas interativas. A rede cognitiva da ToM envolve o córtex pré-frontal dorsomedial, o córtex cingulado anterior dorsal e o corpo estriado dorsal. Já a rede afetiva da ToM abrange principalmente o córtex ventromedial e orbitofrontal, o córtex ventral cingulado anterior, a amígdala e o corpo estriado ventral.

Ao explorar a neuroanatomia da ToM, as técnicas de imagem e estudos baseados em lesões tornaram-se essenciais. Revisões de estudos neurocientíficos identificaram uma rede frontal-posterior ativada durante tarefas relacionadas à ToM, destacando a importância de regiões como o córtex pré-frontal medial, córtex cingulado posterior e junção temporoparietal bilateral.

A distinção entre a ToM cognitiva e afetiva é reconhecida, onde o córtex pré-frontal ventromedial está mais associado a ToM afetiva, enquanto regiões mais amplas do córtex pré-frontal estão relacionadas à ToM cognitiva.

A "mentalização", processo central da ToM, envolve uma rede funcional e relacional de regiões cerebrais, com destaque para o debate sobre a região mais crucial. Enquanto alguns defendem o papel fundamental do córtex orbitofrontal, outros propõem o córtex paracingulado anterior ou o córtex pré-frontal ventral medial.

Há, no entanto, divergências entre pesquisadores, com argumentos sobre a participação de regiões posteriores do cérebro na ToM. Jackson, Brunet e Decety (2006) propõem uma rede mais expansiva envolvendo a região MPFC, a amígdala e a junção temporoparietal junto com o lobo parietal inferior, embora haja uma lacuna na integração funcional dessas regiões no circuito global, destacando a necessidade de mais pesquisas nessa área.

3.3 Diversidade Cultural da ToM

A inclusão de perspectivas que questionam a universalidade dessa teoria em diferentes culturas é um tema explorado em estudos interculturais, nos quais se examina a aquisição de conceitos e sua sequência na ToM.

Utilizando a escala de desenvolvimento de Wellman e Liu (2004), os autores propuseram uma avaliação abrangente dos diversos aspectos da ToM. Esta escala foi desenvolvida com base em comparações de resultados de pesquisas anteriores, revelando uma sequência no desenvolvimento de habilidades relacionadas à compreensão de estados mentais.

A hipótese de progressão no desenvolvimento, implicitamente capturada pela escala de tarefas da mente, foi proposta com base no desenvolvimento típico infantil. Dentro dessa hipótese, foram identificadas duas proposições não diretamente testadas: a hipótese da cultura geral e a hipótese dos fatores ambientais.

A abordagem baseada na teoria do sistema ecológico de Bronfenbrenner (1977) sugere que as diferenças na sequência de aquisição de conceitos de ToM em diferentes culturas derivam de discrepâncias no macrosistema, especialmente na cultura individualista versus coletivista. Valores culturais, internalizados desde a infância, refletem a integração das pessoas em grupos e são determinados pelo equilíbrio entre os interesses individuais e coletivos.

Em sociedades individualistas, onde os laços são fracos, os indivíduos priorizam a expressão aberta de opiniões, enquanto em sociedades coletivistas, onde os laços são fortes, a partilha de conhecimento é valorizada em troca de lealdade. Essas diferenças culturais destacam a necessidade contínua de investigações interculturais e abordagens ecológicas para uma compreensão mais profunda da ToM em contextos diversos.

4 CONCLUSÕES

A revisão abordou a complexidade da ToM, destacando desafios conceituais, bases neurobiológicas controversas e influência da diversidade cultural. A definição e mensuração da ToM revelam-se complexas, enquanto estudos neurobiológicos apontam para uma rede funcional. A diversidade cultural impacta na aquisição da ToM, evidenciando a necessidade de investigação intercultural.

Os achados implicam a necessidade de critérios mais precisos na definição e mensuração da ToM, promovendo avanços teóricos. As implicações práticas incluem a consideração de contextos culturais na avaliação da ToM, beneficiando intervenções psicossociais mais sensíveis.

As limitações incluem a falta de consenso na definição da ToM e vieses metodológicos nos estudos neurobiológicos. A influência cultural pode gerar interpretações enviesadas. A heterogeneidade nos métodos de avaliação da ToM também representa um desafio.

Recomenda-se a padronização de critérios na pesquisa da ToM e a ampliação de estudos interculturais. Futuras pesquisas devem explorar a interconexão entre aspectos cognitivos e afetivos da ToM. Investigar a influência de fatores ambientais na aquisição da ToM é essencial para compreender melhor sua variabilidade.

BIOGRAFIA DOS AUTORES



Bruna Gabriela Janesch: Graduada em Filosofia pelo Centro Universitário Cesumar (UNICESUMAR). Formação em Funções Executivas, Viver de Psicologia - Eslen Delanogare, Jan Leonardi e João Perini, TCC & Neurociências. jbrunagabrela@gmail.com

REFERÊNCIAS

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Chimpanzee problem-solving: a test for comprehension. *Science*, 202(4367), 532-535. <https://doi.org/10.1126/science.705342>

Devaine, M., Hollard, G., & Daunizeau, J. (2014). Theory of mind: did evolution fool us? *PLoS One*, 9(2), e87619. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087619>

Carpendale, J. I. M., & Lewis, C. (2004). Constructing an understanding of mind: The development of children's social understanding within social interaction. *Behavioral and Brain Sciences*, 27(1), 79-151. <https://doi.org/10.1017/S0140525X04000032>

Harris, P. L., Johnson, C. N., Hutton, D., Andrews, G., & Cooke, T. (1989). Young Children's Theory of Mind and Emotion. *Cognition & Emotion*, 3(4), 379-400. <https://doi.org/10.1080/02699938908412713>

Wellman, H.M. (1988). First step in the child's theorizing about the mind. In J.W. Astington, P.L. Harris & D.R. Olson (Eds.), *Developing theories of mind* (pp.64-92). Cambridge: Cambridge University Press.

Wellman, H. M., & Bartsch, K. (1988). Young children's reasoning about beliefs. *Cognition*, 30(3), 239-277. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(88\)90021-2](https://doi.org/10.1016/0010-0277(88)90021-2)

Astington, J. W., & Gopnik, A. (1991). Theoretical explanations of children's understanding of the mind. *British Journal of Developmental Psychology*, 9(1), 7-31. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1991.tb00859.x>

Astington, J.W., Harris, P.L., & Olson, D.R. (Eds.) (1988). *Developing theories of mind*. Cambridge University Press.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21(1), 37-46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)

Bretherton, I., McNew, S., & Beeghly, M. (1981). Early person knowledge as expressed in gestural and verbal communication: When do infants acquire a theory of mind? In M.E. Lamb & L.R. Sherod (Eds.). *Infant social cognition* (pp.333-373). Erlbaum.

Mitchell, R. L., & Phillips, L. H. (2015). The overlapping relationship between emotion perception and theory of mind. *Neuropsychologia*, 70, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2015.02.018>

Quesque, F., & Rossetti, Y. (2020). What Do Theory-of-Mind Tasks Actually Measure? *Perspectives on Psychological Science*, 15(2), 384-396. <https://doi.org/10.1177/1745691619896607>

Bradford, E. E., Jentsch, I., & Gomez, J. C. (2015). From self to social cognition: Theory of Mind mechanisms and their relation to Executive Functioning. *Cognition*, 138, 21-34. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2015.02.001>

Salehinejad, M. A., Paknia, N., Hosseinpour, A. H., Yavari, F., Vicario, C. M., Nitsche, M. A., & Nejati, V. (2021). Contribution of the right temporoparietal junction and ventromedial prefrontal cortex to theory of mind in autism: A randomized, sham-controlled tDCS study. *Autism Research*, 14(8), 1572-1584. <https://doi.org/10.1002/aur.2538>

Kabha, L., & Berger, A. (2020). The sequence of acquisition for theory of mind concepts: The combined effect of both cultural and environmental factors. *Cognitive Development*, 54, 100852. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2020.100852>

Domingues, S. F. da S. (2015). Uso da escala de tarefas em teoria da mente nas pesquisas brasileiras. *Boletim de Psicologia*, 65(143), 229-242.

Shain, C., Paunov, A., Chen, X., Lipkin, B., & Fedorenko, E. (2023). No evidence of theory of mind reasoning in the human language network. *Cerebral Cortex*, 33(10), 6299-6319. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhac505>

Jackson, P. L., Brunet, E., Meltzoff, A. N., & Decety, J. (2006). Empathy examined through the neural mechanisms involved in imagining how I feel versus how you feel pain. *Neuropsychologia*, 44(5), 752-761. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2005.07.015>

Abu-Akel, A., & Shamay-Tsoory, S. (2011). Neuroanatomical and neurochemical bases of theory of mind. *Neuropsychologia*, 49(11), 2971-2984. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2011.07.012>



Lógica Psicológica

Revista de Divulgação Científica

Publique conosco

© 2024, Lógica Psicológica Júlio Gonçalves, LTDA.

Este é um livro eletrônico de acesso aberto, sob a licença CC BY-NC-ND - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Para receber conteúdos científicos sobre psicologia, semanalmente, se inscreva no newsletter:

<https://bit.ly/3vF3f8x>

Grupo no WhatsApp Lógica Psicológica Brasil, para ficar atualizado sobre Psicologia Clínica e afins:

<https://chat.whatsapp.com/HsthtCTrCgw9n75DeRX9yt>

Para dúvidas, sugestões ou comentários, envie uma mensagem para contato@psicojulio.com

Estamos com submissões abertas para a próxima publicação. Saiba mais em <https://psicojulio.com/rlpl/>

Lógica Psicológica

Revista de Divulgação Científica

VOLUME 1 | NÚMERO 1 | 2024



 psicojulio.com/v1n1

RLPL
Revista de Divulgação Científica