Caderno Técnico

2

ESCUTA SUSP

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO

Atenção Psicológica Inicial

Serviço I

Promoção da Saúde Mental e Atenção Psicológica aos Profissionais de Segurança Pública

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO - Escuta Susp

Organização dos

Cadernos Técnicos

Volume 2 de 6

Caderno Técnico 1	Fundamentos e Estrutura de Atendimento	Protocolo 1	Diretrizes Gerais para a Prática da Psicoterapia on-line
		Protocolo 2	Identificação de Alterações do Estado Mental em Profissionais da Segurança Pública no Contexto de Porte de Arma de Fogo
Caderno Técnico 2	**Atenção Psicológica (Serviço I)**	**Protocolo 3**	**Serviço I - Avaliação on-line para o Profissional de Segurança Pública**
		Protocolo 4	**Serviço I – Aconselhamento Psicológico on-line – Abordagem Cognitivo-Comportamental**
		Protocolo 5	**Serviço I - Aconselhamento Psicológico on-line - Abordagem Fenomenológico-Existencial**
Caderno Técnico 3	Atenção Psicoterapêutica (Serviço II)	Protocolo 6	Serviço II – Psicoterapia on-line para os Profissionais de Segurança Pública
Caderno Técnico 4	Atenção em Crise (Serviço III)	Protocolo 7	Serviço III – Intervenção on-line para Estabilização de Crise Suicida em Profissionais de Segurança Pública
Caderno Técnico 5	Atenção Psiquiátrica e Medicamentosa (Serviços IV e V)	Protocolo 8	Serviço IV - Gerenciamento da Terapia Medicamentosa on-line para Profissionais de Segurança Pública
		Protocolo 9	Serviço V - Telemedicina em Psiquiátrica para os Profissionais de Segurança Pública
Caderno Técnico 6	Guias Operacionais e de Ambientação	Guia 1	Orientações para Terapeutas do Escuta SUSP
		Guia 2	Plataforma de Atendimento on-line

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
Secretaria Nacional de Segurança Pública

Caderno Técnico 2

Atenção Psicológica (Serviço I)

Protocolo 3	**Serviço I - Avaliação on-line para o Profissional de Segurança Pública**
Protocolo 4	**Serviço I – Aconselhamento Psicológico on-line – Abordagem Cognitivo-Comportamental**
Protocolo 5	**Serviço I - Aconselhamento Psicológico on-line - Abordagem Fenomenológico-Existencial**

Brasília, DF
2026

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP
Diretoria do Sistema Único de Segurança Pública – DSUSP
Coordenação-Geral de Valorização Profissional – CGVP
Esplanada dos Ministérios, Bloco “T”, Palacio da Justiça Raymundo Faoro, Anexo II, 5º andar, sala 514. Brasília – DF. CEP 7004-900.

Reserva de Direitos
Todos os direitos reservados ao Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP). Este protocolo poderá ser revisado, atualizado ou alterado a qualquer tempo, a critério do MJSP.
É permitida a reprodução para fins institucionais, desde que preservada a integridade do documento e indicada a fonte, sendo vedada sua utilização para fins comerciais ou em desacordo com sua finalidade.

616.89
P768 Protocolos de atendimento – atenção psicológica inicial (serviço I) / organização Janaína Marcondes de Moura. -- Brasília : Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2026.
274 p. – (Caderno técnico ; 2)

Conteúdo: Protocolo 3: Serviço I- avaliação on-line para o profissional de segurança pública / docentes Zenite Nara Costa Delabrida, Marcela Mansur - Alves. Protocolo 4: Serviço I: aconselhamento psicológico on-line - abordagem cognitivo comportamental / docentes Zenite Nara Costa Delabrida, Marcela Mansur-Alves. Protocolo 5: Serviço I: aconselhamento psicológico on-line - abordagem fenomenológico-existencial / docentes Paulo R. A. Evangelista, Darlindo Ferreira Lima.

Projeto Esculta SUSP instituído pela Secretaria Nacional de Segurança Pública em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais e outras universidades federais.

ISBN digital 978-85-5506-136-3
ISBN físico 978-85-5506-137-0

1. Profissional de segurança pública, aspectos da saúde, Brasil - 2. Saúde mental, Brasil - 3. Psicoterapia on-line - I. Moura, Janaína Marcondes de. II. Delabrida, Zenite Nara Costa. III. Mansur - Alves, Marcela. IV. Evangelista, Paulo R. A. V. Lima, Darlindo Ferreira. VI. Brasil. Secretaria Nacional de Segurança Pública. VII. Título.

CDD

Este Caderno Técnico ou protocolo foi formatado com base nas normas da APA – American Psychological Association (7ª edição), com adaptações para documentos técnicos institucionais.

Caderno Técnico 2

Atenção Psicológica (Serviço I)

Este caderno apresenta os protocolos do Serviço I do Escuta SUSP, destinado ao acolhimento inicial e à avaliação das demandas apresentadas pelos Profissionais de Segurança Pública, constituindo a principal porta de entrada para o cuidado em saúde mental no projeto.

Esse nível de atenção envolve a realização de avaliação psicológica e intervenções breves de aconselhamento psicológico, com base em diferentes abordagens teóricas, visando à compreensão qualificada da demanda, à estabilização inicial do sofrimento psíquico e à definição dos encaminhamentos mais adequados.

O Serviço I contempla a avaliação psicológica on-line, bem como as modalidades de aconselhamento psicológico estruturadas nas abordagens Cognitivo-Comportamental e Fenomenológico-Existencial, permitindo uma atuação técnica flexível, ética e centrada nas necessidades do profissional atendido.

A adequada condução dessa etapa é fundamental para a identificação precoce de fatores de risco, para a prevenção do agravamento do sofrimento psíquico e para a articulação com os demais serviços especializados do Escuta SUSP.

Caderno Técnico 2

ESCUTA SUSP
PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO

PROTOCOLO 3

Caderno Técnico 2

Serviço I

Avaliação on-line para o Profissional de Segurança Pública

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO 3

Coordenação geral do projeto

Prof. Dr. Maycoln L. Martins Teodoro (UFMG)

Docentes

Profa. Dra. Zenith Nara Costa Delabrida (UFS)

Profa. Dra. Marcela Mansur-Alves (UFMG)

Discentes

Ana Letícia Senobio dos Santos (UFMG)

Tayanne de Araujo Lobão (UFS)

Isabela Ferreira Coelho (UFMG)

Marcos A. R. Avelar Macedo (UFS)

FICHA TÉCNICA

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Justiça e Segurança Pública
Wellington César Lima e Silva

Secretário Nacional de Segurança Pública
Francisco Lucas Costa Veloso

Reitora da UFMG
Sandra Regina Goulart Almeida

Diretor Executivo da FUNDEP
Prof. Jaime Arturo Ramírez

Diretor do Sistema Único de Segurança Pública
João Alberto Nogueira Júnior

Coordenadora-Geral de Valorização Profissional
Juliana Ribeiro

Coordenador de Promoção e Proteção de Direitos
Gustavo de Souza Rocha

Coordenadora de Saúde e Qualidade de Vida
Janaina Marcondes de Moura

Coordenação Técnica do Projeto/SENASP
Rubia Minuzzi Tschiedel

Coordenação do TED/UFMG
Maycoln Leôni Martins Teodoro

Equipe de Pesquisa
Docentes
Cristiane Faiad de Moura (UnB)
Darlindo Ferreira Lima (UFPE)
Helian Nunes de Oliveira (UFMG)
Juliana Alvares Teodoro (UFMG)
Katie Moraes de Almondes (UFRN)
Luciana Almeida Santos (UFMG)
Luciene O. Rocha Lopes (UFMG)
Marcela Mansur-Alves (UFMG)
Paulo Eduardo R A Evangelista (UFMG)
Sérgio Eduardo S Oliveira (UnB)
Yone de Almeida Nascimento (UFMG)
Zenith Nara Costa Delabrida (UFS)

Pesquisadores
Ana Clara Oliveira de Aguiar
Ana Gabriela Nunes da Silva Melo
Ana Letícia Senobio dos Santos
Ana Ludmila Santos Plauska
Brena Thaísa Q. Melo
Carolina Sousa Azulay
Francisco Guilherme Lima Macedo
Gustavo Salgueiro Rocha
Isaak Felipe de Araújo Sales
Isabela Ferreira Coelho
Isabella Ferreira Pinheiro
Júlia Eduarda V de Almeida
Júlia Salles Menezes
Lara Letícia Pinto Barbosa
Lara Luíza Cerávolo Rabelo
Lídia Figueiredo dos Santos
Lívia Calijorne Rolim
Lucas Jardim de Sena Pereira
Marcos Arthur R A Macedo
Mateus Guimarães Nobre
Matheus Felipe G Camargo
Mônica M. Oliveira Melo
Patrícia de Cássia C Campos
Pedro Henrique Francisco de Assis
Rafael Ferreira Simões
Renan Rodrigues da Silva Saraiva
Tayanne de Araujo Lobão
Thecia Karen Murta Miranda
Zaida Clara Teixeira Lopes

Equipe TI
Breno Max Horta Melo
Danielle Resende de Pádua
Paulo Rodrigues Gomes

Equipe Técnica da SENASP
Cirla Busato
Cristiano Abirached Junqueira Lopes
João Paulo de Medeiros
Iranilto Sales de Almeida
Laura Lucia Maximo
Thiago Machado de Araújo

Analista de projetos da FUNDEP
Fernanda Gonçalves de Araujo

Organização e Projeto Gráfico
Janaína Marcondes de Moura

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APSI	Avaliação Psicológica
AP	Aconselhamento Psicológico
APA	American Psychiatric Association
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
EASB	Escala de Avaliação da Síndrome de Burnout na Segurança Pública
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FSII	Escala de Ideação Suicida
GAD-7	General Anxiety Disorder
ITQ	International Trauma Questionnaire
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
SENAPPEN	Secretaria Nacional de Políticas Penais
TEC	Transtorno de Estresse Complexo
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
WHO	World Health Organization/ Organização Mundial de Saúde
PSPs	Profissionais de Segurança Pública

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 13

2. INTRODUÇÃO 15

3. O SERVIÇO I DA PLATAFORMA ESCUTA SUSP 17
   Pressupostos fundamentais que embasam o Serviço I 18
   Aspectos éticos do atendimento no serviço 20
   Postura geral de acolhimento no serviço 22

4. O PROFISSIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA NO BRASIL 25
   A saúde mental dos Profissionais da Segurança Pública 31

5. ASPECTOS ÉTICOS NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA 35

6. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA 38

7. INSTRUMENTOS OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E ENTREVISTA DE ANAMNESE DO PROTOCOLO 4 41
   Entrevista de Anamnese 44

8. ENCAMINHAMENTOS 47
   Classificação quantitativa para indicação a cada um dos serviços 47
   Critérios de urgência para o Serviço II (Psicoterapia) 49

9. SUGESTÃO DE MATERIAIS PARA ESCLARECIMENTO E APROFUNDAMENTO 50

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS 52

11. REFERÊNCIAS 54

ANEXOS 56
   ANEXO 01: Patient Health Questionnaire (PHQ-9) 56
   ANEXO 02: Questionário de Trauma Internacional (International Trauma Questionnaire, ITQ) 57

ANEXO 03: Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada (General Anxiety Disorder GAD-7) 61
ANEXO 04: Frequency of Suicidal Ideation Inventory in Brazilian adults (FSII-BR) 62
ANEXO 05: Critérios de classificação da ideação suicida para encaminhamento do(a) paciente [FSII e PHQ9] 63

APÊNDICE 64
APÊNDICE 1: Roteiro de Anamnese 64
2.1 Levantamento das principais queixas e metas 64
3.1 Levantamento de informações gerais e variáveis para os atendimentos 64

1. APRESENTAÇÃO

O contexto de trabalho dos profissionais de segurança pública é marcado por desafios intensos e permanentes, inerentes à natureza da atividade e à própria cultura institucional, refletindo-se em elevados índices de sofrimento psíquico, adoecimento mental e suicídio.

A exposição contínua à violência, o estresse ocupacional crônico, a sobrecarga emocional, as jornadas extensas e a elevada exigência funcional impactam diretamente a saúde, a qualidade de vida e o desempenho profissional desses servidores, tornando indispensável a implementação de ações concretas e estruturadas de cuidado e proteção institucional.

Nesse cenário, o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), por meio da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), instituiu o Projeto Escuta SUSP como estratégia nacional de promoção da saúde mental e atenção psicológica especializada aos Profissionais de Segurança Pública (PSP).

O Escuta SUSP integra a implementação da Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS), no âmbito do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP), e materializa as diretrizes do Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública – Pró-Vida, consolidando a valorização do profissional como eixo estruturante para o fortalecimento das instituições de segurança pública.

Desenvolvido em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e outras Universidades Federais, o projeto estrutura-se como um dispositivo institucional de cuidado, fundamentado em protocolos clínicos baseados em evidências científicas e orientado por princípios éticos, técnicos e humanizados.

Seu principal instrumento de alcance é o teleatendimento, modalidade que garante acesso remoto, seguro e confidencial aos serviços de atenção em saúde mental, ampliando a cobertura territorial das ações e permitindo o atendimento de profissionais lotados em regiões remotas ou submetidos a escalas de plantão, jornadas extensas e deslocamentos frequentes.

A plataforma exclusiva do Escuta SUSP integra inscrição, agendamento, prontuário eletrônico, acompanhamento clínico e atendimento multiprofissional, contemplando serviços de psicologia, psiquiatria e gerenciamento da terapia medicamentosa.

Além de viabilizar o acesso qualificado ao cuidado, essa estrutura contribui para a produção de dados estratégicos essenciais ao monitoramento, à avaliação e ao aperfeiçoamento contínuo das políticas públicas de qualidade de vida e saúde mental no âmbito da segurança pública.

O projeto organiza-se em serviços escalonados, definidos conforme a complexidade da demanda e a especialidade necessária, cabendo aos terapeutas a identificação inicial, a condução clínica e os encaminhamentos aos demais serviços, sempre com base nos protocolos técnicos e na supervisão clínica especializada.

Mais do que uma ação assistencial, o Escuta SUSP representa o fortalecimento de uma política pública permanente de valorização, proteção e cuidado integral aos profissionais de segurança pública, reconhecendo que cuidar de quem protege a sociedade é condição essencial para o fortalecimento das instituições e para a efetividade da segurança pública no país.

2. INTRODUÇÃO

Este protocolo foi elaborado com o objetivo de oferecer a você, terapeuta, informações, diretrizes e orientações para a condução do processo de avaliação psicológica, este que faz parte do Serviço I do Escuta SUSP.

As informações aqui sistematizadas estão respaldadas tanto na literatura técnico-científica da área quanto no conhecimento prático de profissionais psicólogas e psicólogos que vêm atuando na promoção e prevenção de saúde mental em diferentes categorias de Profissionais de Segurança Pública (PSPs).

Nas próximas seções deste protocolo serão apresentadas informações sobre a primeira parte do Serviço I, que consiste na realização de uma Avaliação Psicológica (APSI) em duas etapas:

1. aplicação de instrumentos objetivos de rastreio de sintomas de quadros clínicos comuns em profissionais de segurança pública; e

2. entrevista de anamnese. É a partir dela que será possível realizar um levantamento do nível de comprometimento do PSP em alguns indicadores de saúde mental (ansiedade, depressão, traumas, por exemplo) e uma avaliação mais compreensiva e acolhedora, por meio de uma entrevista de anamnese, para entender os condicionantes históricos, individuais, sociais, familiares e ocupacionais associados às demandas trazidas.

A Avaliação Psicológica (APSI) é uma etapa fundamental para os demais serviços, a partir desta, espera-se que a/o terapeuta seja capaz de tomar uma decisão em conjunto com seu(sua) supervisor(a) para o encaminhamento para o próximo serviço, tomando como base critérios acerca da gravidade e urgência da demanda apresentada e elaborada no decorrer das sessões de aconselhamento com o(a) paciente. Ademais, a avaliação proposta neste protocolo tem como objetivo fornecer uma linha de base para monitoramento do progresso da/do paciente durante todo o seu período de acompanhamento no Escuta SUSP, seja no Serviço I ou nos demais serviços oferecidos.

Especificamente no que se refere ao uso dos resultados do processo avaliativo para encaminhamento, a/o terapeuta poderá:

a. (encaminhar para) Aconselhamento psicológico - com expectativa de que seja suficiente para demandas de menor gravidade, menor urgência e mais pontuais, sendo realizado o encaminhamento de

forma automática, caso o(a) paciente não tenha demandas para o Serviço II ou III;

b. (encaminhar para) Psicoterapia on-line – nas demandas de gravidade mediana ou severas, de urgência moderada, mas difusas e que, portanto, necessitam de mais tempo para serem devidamente endereçadas (Serviço II);
c. (encaminhar para) Atendimento para promoção à vida – nas demandas graves, urgentes e que tenham como foco tentativa e/ou ideação suicida (Serviço III).

3. O SERVIÇO I DA PLATAFORMA ESCUTA SUSP

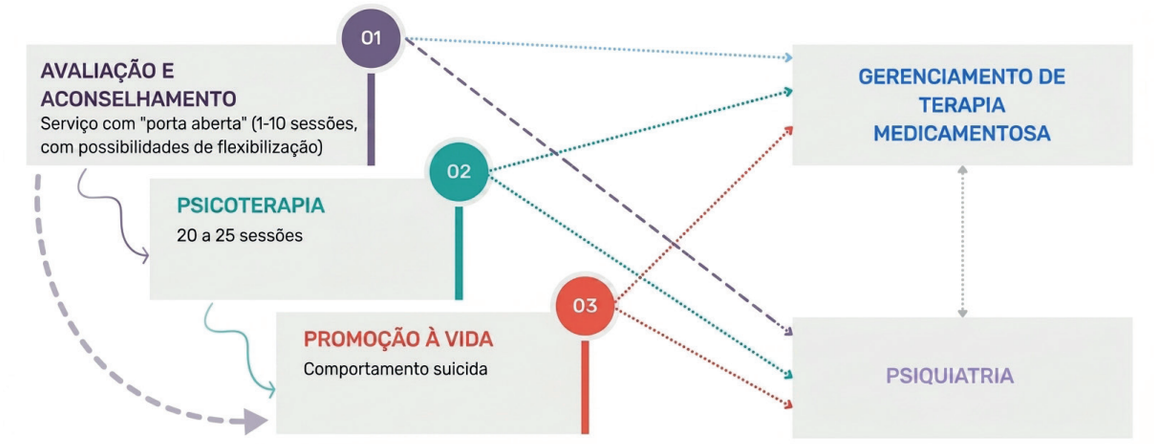
A plataforma on-line de atendimento à saúde mental do PSP é composta por diferentes serviços de atenção à saúde mental, sendo que cada um deles possui uma característica e uma especificidade de atuação profissional. O Serviço I, caracteriza-se por ser a "porta de entrada" do PSP com a plataforma. Será o primeiro contato deste profissional que vem por demanda espontânea com o conjunto de serviços oferecidos na plataforma. De forma geral, este serviço possui como objetivos principais: 1) realizar o acolhimento e a avaliação da demanda trazida pelo(a) PSP; e 2) realizar um processo de aconselhamento psicológico; caso necessário, 3) encaminhar para os outros serviços que compõem o Escuta SUSP, como o Serviço II de psicoterapia, o Serviço III de prevenção ao suicídio, ao Serviço de Gerenciamento de Terapia Medicamentos ou ao Serviço de Psiquiatria, caso necessário.

A primeira parte deste serviço consiste na realização de uma avaliação objetiva para levantar o nível de comprometimento do PSP em alguns indicadores de saúde mental (ansiedade, depressão, traumas, por exemplo) e em uma avaliação mais compreensiva, realizada por meio de uma entrevista de anamnese, para entender os condicionantes históricos, individuais, sociais, familiares e ocupacionais que estão associados às demandas trazidas. A partir desta avaliação, espera-se que o terapeuta seja capaz de acompanhar este ou esta paciente no processo de aconselhamento ou encaminhar para as demais categorias de atendimento, tomando como base critérios acerca da gravidade e urgência da demanda apresentada e elaborada com o(a) paciente. Portanto, o/a terapeuta poderá:

a. (oferecer) Aconselhamento psicológico - nas demandas de menor gravidade, urgência e mais pontuais;
b. (encaminhar para) Psicoterapia on-line – nas demandas de gravidade mediana ou graves, de urgência moderada, mais difusas e que, portanto, necessitam mais tempo para serem devidamente endereçadas (Serviço II);
c. (encaminhar para) Atendimento para prevenção do comportamento suicida – nas demandas graves, urgentes e que tenham como foco tentativa e/ou ideação suicida (Serviço III).

Figura 1.

Fluxo dos serviços do Escuta SUSP



A segunda parte do Serviço I se refere às demandas de Aconselhamento Psicológico (AP). Este serviço está na categoria de atendimento breve e, provavelmente, receberá, se feita uma triagem adequada na parte de avaliação, demandas mais pontuais.

Como um todo, considerando tanto os processos de avaliação quanto os de aconselhamento psicológico, é previsto uma duração de 1 a 10 sessões dos atendimentos oferecidos no Serviço I, entretanto, isso poderá ser flexibilizado em acordo com o(a) supervisor(a).

Pressupostos fundamentais que embasam o Serviço I

Esses pressupostos são princípios guia que, de forma transversal, acompanharão toda a atuação no Serviço I, são eles:

- Foco nas variáveis disposicionais: a literatura aponta que tanto as variáveis situacionais (contextuais) quanto as variáveis disposicionais (individuais) contribuem para o adoecimento mental de profissionais da segurança pública. No presente serviço, o foco será dado nas variáveis situacionais e disposicionais sobre as quais os pacientes podem ter uma gestão mais direta.
- Foco na agência humana: parte-se do pressuposto de que os profissionais na modalidade de aconselhamento serão capazes de agir na sua realidade de forma a promover ações na direção do seu bem-estar e que possam contribuir para a promoção de saúde mental desse grupo.

- Um modelo de escuta qualificada: este serviço tem o objetivo de desenvolver uma forma de escuta qualificada que possa ser aplicada como uma política pública de promoção de saúde mental. Essa escuta tem que poder permitir uma vinculação ao serviço de forma que possa ser possível o melhor aproveitamento da experiência.
- Intervenção baseada em evidências: a prática clínica em psicologia tem avançado em termos de incorporar uma constante atualização com base em evidências científicas (cf. Leonardi & Meyer, 2015). Para tanto, foi desenvolvida a abordagem de Prática da Psicologia Baseada em Evidências (PPBE) que orienta o processo de tomada de decisão baseada na melhor evidência disponível para o cuidado com o(a) paciente (cf. Melnik, Souza & Carvalho, 2014). Para o presente serviço foi feita uma revisão sistemática sem a inclusão de metanálise (nem sempre necessária) em busca de informações científicas, de forma ética e de maior confiabilidade e precisão, para as condutas terapêuticas propostas. Leva-se em consideração também a expertise clínica da/do terapeuta, ou seja, seu processo de formação clínica e a experiência da/do supervisor, no entanto, essas habilidades devem incorporar as evidências produzidas pela comunidade científica que contempla os Profissionais da Segurança Pública (PSPs). Finalmente, as decisões na terapia serão tomadas levando em consideração as preferências e valores das/dos PSPs. Implicando que se deve seguir o modelo de decisão informada a qual é feita em colaboração com a/o PSP, sustentada na melhor evidência clinicamente relevante e levando em consideração a ponderação do custo-benefício (cf. Melnik, Souza e Carvalho, 2014).
- Abordagem biopsicossocial: uma abordagem biopsicossocial reconhece as complexas interações entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais na explicação do funcionamento psicológico humano (Davy, 1999). O foco do trabalho na Plataforma SUSP é no aspecto psicológico, mas deve-se ter sempre em perspectiva que o fator psicológico está em interação com fatores biológicos e sociais.
- Compromisso com um atendimento humanizado ao profissional da segurança pública: entendemos que todo e qualquer contato com o profissional de segurança pública que procurar este serviço deverá ser pautado pelo reconhecimento da humanidade deste profissional, a despeito das representações que ele próprio e a

sociedade carregam sobre ele. Ademais, o acolhimento de seu sofrimento e de suas vivências íntimas deverá ser realizado com base em atitudes e comportamentos assentes na empatia e no respeito, bem como na qualidade e segurança do espaço oferecido.

Aspectos éticos do atendimento no serviço

No presente subtópico serão abordados alguns pontos importantes para auxiliar a(o) psicóloga(o) na preparação para o atendimento psicoterápico com os PSPs. A postura do profissional, assim como os métodos abordados, precisa estar de acordo com o que a ética profissional diz.

Os PSPs devem sempre atuar em alerta, já que constantemente estão diante de situações de risco e perigo. O clima institucional pode reforçar a ideia de que a expressão de sentimentos seria algo prejudicial para seu trabalho, sendo assim, é possível entender que a resistência em pedir ajuda, principalmente psicológica, vem desse contexto, como explicitado anteriormente ao tratarmos dos estigmas desta profissão. Por isso, é de extrema importância que a(o) psicóloga(o), no primeiro contato, fale sobre os dispositivos éticos e como eles protegem o(a) paciente no processo de avaliação, , ressaltando que toda a atuação profissional estará pautada no que se encontra disposto na Resolução 10/05 (Conselho Federal de Psicologia, 2005; Marinho et al., 2018).

Uma das posturas mais importantes para as(os) psicólogas(os) é o dever de respeitar o sigilo do(a) paciente, ou seja, é imprescindível que as informações compartilhadas em sessão ou em um momento de avaliação sejam protegidas, e não divulgadas a terceiros. Sendo assim, desde o primeiro contato, para o estabelecimento do vínculo, é importante que você, psicóloga(o), informe que o(a) paciente está protegido pelo sigilo profissional. Nesse primeiro momento, é importante também explicar as etapas e o funcionamento do processo de avaliação que irá iniciar, assim como é essencial se mostrar disponível para esclarecer qualquer dúvida do(a) paciente no que se refere ao processo em si ou às suas etapas (CFP, 2005; Gergen 2016).

O código de ética dispõe sobre as situações em que seria ‘‘permitida’’ essa quebra, no caso dos profissionais da segurança pública, quando a(o) psicóloga(o) identificar uma intenção clara e iminente de suicídio, ele deve comunicar imediatamente ao supervisor para que juntos tomem uma decisão. Para mais informações, vocês podem conferir a Cartilha Orientativa

para Terapeutas: Diretrizes para a identificação e manejo de comportamento suicida em Profissionais da Segurança Pública, mais especificamente, o tópico III fornece orientações para essa situação. Ressalta-se, ainda, que caso a(o) psicóloga(o) decida pela quebra do sigilo, deve basear sua decisão na busca do menor prejuízo para o(a) paciente, fornecendo somente as informações necessárias para preservação de sua vida ou de terceiros e em acordo com seu supervisor (CFP, 2005; Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal, 2020).

A realização de uma avaliação é um momento meticuloso, em que o profissional precisa atender a certos critérios para que haja pouca ou nenhuma influência nos resultados. As atitudes e comportamentos da(o) psicóloga(o) devem seguir uma neutralidade e imparcialidade, ou seja, a não emissão de juízos de valor e a recusa a desempenhar papéis que o(a) paciente queira impor. Você, psicóloga(o), precisa de uma escuta qualificada para compreender e acolher as questões que o(a) paciente aborda em sessão. Assim, faz-se essencial que adote uma atitude neutra com relação a questões de ordem religiosa, social, sexual e moral. O comportamento da(o) psicóloga(o) para com o(a) paciente deve seguir dentro dos padrões de uma relação formal, tomando somente um cuidado para que não se coloque em uma posição de exageros (Leal, 2010). É importante ressaltar que a(o) psicóloga(o) durante o momento de análise dos dados deve basear sua decisão, em métodos, técnicas e instrumentos psicológicos reconhecidos cientificamente para que assim os resultados ser válidos e confiáveis. Cabendo ao profissional a decisão de quais serão os métodos, técnicas e instrumentos utilizado, mas novamente eles precisam ser fundamentados na literatura científica psicológica e nas normas vigentes do CFP (CFP, 2022).

Além disso, é essencial que seja discutida a importância de alguns aspectos no local de realização das sessões, conhecido como ‘‘setting’’ na modalidade presencial. A insonorização, por exemplo, aparece como uma questão prioritária, visto que se o(a) paciente sentir que está sendo escutado por terceiros, pode apresentar resistência em se abrir. Por isso, na modalidade on-line é importante ressaltar a utilização do fone de ouvido, como uma estratégia a ser utilizada para garantir a privacidade e o sigilo. A posição face-a-face também é considerada um aspecto importante, restrito ao presencial, porém para o on-line é possível pensar em um acordo para ligar a câmera. A decoração do setting, ou fundo, no caso do on-line, também é importante, visto que o excesso de personalização como imagens da família, coleções,

ou qualquer aspecto que remete a exagero pode causar uma interferência na/no paciente (Leal, 2010).

Postura geral de acolhimento no serviço

> "Quem busca atendimento recorre a um espaço de atenção psicológica que ofereça escuta e acolhimento como componentes de intervenção." (de-Medeiros et al., 2021, p. 62)

Nesse sentido, a equipe do projeto advoga por uma postura geral de acolhimento durante todo o contato com os profissionais de segurança pública, do início ao término dos serviços aqui propostos. Importam, assim, o acolhimento imediato e atencioso da demanda inicial, mesmo que inesperada, independentemente de investigação profunda; a valorização da escuta de prontidão; o imediatismo do cuidado; o oferecimento de um espaço seguro e não julgador para livre expressão das emoções e experiências; e a validação (Costa et al., 2022; Alves & Moraes, 2022; de-Medeiros et. al., 2021; Maia et al., 2023). Em processos terapêuticos, é de fundamental importância a relação estabelecida entre a(o) profissional de saúde mental e o(a) paciente. Este aspecto está, de fato, intimamente relacionado aos resultados do processo (Wright et al., 2019).

A(o) psicóloga(o) deve, então, manter uma postura caracterizada por algumas competências básicas:

1. Empatia: “compreensão interna, que decorre sem o eu julgar a subjetividade do outro” (Costa et. al., 2022, p. 27).
2. Coerência ou autenticidade (Rogers, 1994; Wright et. al., 2019): comunicação pautada na coerência de comportar-se como se é, na transparência pessoal, na honestidade e espontaneidade.
3. Consideração positiva (Rogers, 1994): interesse pela pessoa atendida.
4. Incondicionalidade (Rogers, 1994): não estabelecimento de condições para esse interesse pela pessoa atendida.
5. Concreção (Egan, 1982): uso de linguagem clara para descrever a situação de vida do(a) paciente.

6. Reflexão (Craig, 1991): verbalização ao(à) paciente de um resumo compreensivo do que foi expresso por ele, mas utilizando as próprias palavras.
7. Abertura (Hayes et al., 2021): abertura experiencial e cognitiva; disponibilidade para aceitar o(a) paciente como ele é e para contemplar suas ideias e pensamentos com abertura e curiosidade, bem como para aceitar os desdobramentos experienciais ou cognitivos que podem emergir dessa interação, sem se esquivar ou se fundir.
8. Estar presente/manter atenção plena (Hayes et. al., 2021): a manutenção de uma atenção plena possibilita a conectividade entre duas pessoas em interação no momento presente, a sensibilidade da(o) psicóloga(o) em relação ao comportamento do(a) paciente e a capacidade da(o) psicóloga(o) em responder de modo efetivo ao comportamento contínuo do(a) paciente (isto é, às contingências da conversa terapêutica).
9. Validação: "estar atento aos comportamentos de outra pessoa e entendê-los, de forma genuína, como ações ou sentimentos justificáveis, a partir das contingências com que o sujeito esteve exposto durante a vida" (Pitanga et al., 2020, p. 3).
10. Compaixão: a compaixão tem como elemento característico o desejo de aliviar o sofrimento do outro, mas estando aberto ao sofrimento de uma maneira não defensiva ou julgadora e a partir da compreensão e de comportamentos compassivos (Gilbert, 2005).
11. Sensibilidade e flexibilidade: estar sensível às especificidades e diferenças individuais a fim de realizar adaptações e personalizações de maneira flexível, de acordo com questões situacionais, histórico sociocultural e diagnóstico e sintomas (Wright et. al., 2019).
12. Senso de otimismo, crença na resiliência e no potencial de desenvolvimento dos pacientes (Beck, 2021).

Ao transmitir as competências básicas de acolhimento, é importante perceber atentamente o momento, a forma e a intensidade adequados dessa demonstração (Wright et al., 2019). Essas e outras competências básicas podem ser demonstradas de maneira verbal, paraverbal ou não verbal.

Os aspectos verbais podem ser exemplificados pela escolha das palavras e pela transmissão explícita de algumas mensagens, como mensagens

de interesse ou de compaixão (Beck, 2021). Os aspectos para verbais da comunicação dizem respeito ao tom de voz, ao ritmo da fala, à fluência e ao silêncio, por exemplo. Os aspectos não verbais, por sua vez, podem ser exemplificados pelas expressões faciais, pela postura corporal ou leve inclinação em direção ao(à) paciente. No Serviço I devemos estar atentos a como essas competências podem ser adaptadas ao ambiente virtual e às características do grupo atendido, os profissionais de segurança pública.

Como dito, neste protocolo, você encontrará as diretrizes para o seu trabalho de Avaliação On-line para Profissionais de Segurança Pública da Plataforma Escuta SUSP. Lembrem-se de que o protocolo é uma das fontes de informação sobre os atendimentos que farão, mas não a única. Treinamentos e supervisões estarão sempre disponíveis para aumentar a informação e possibilitar a discussão e o aprofundamento dos atendimentos realizados. Há também indicações de materiais bibliográficos que podem complementar as informações deste protocolo e auxiliar terapeuta e supervisor(a) na escolha de técnicas e ferramentas. Ou seja, vocês não estarão sozinhos nesta empreitada. Desejamos que todos e todas façam um excelente trabalho!

4. O PROFISSIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA NO BRASIL

Inicialmente, neste tópico apresentaremos o Profissional de Segurança Pública (PSP) do Brasil, destacando as instituições das quais participam e quais o atual projeto pretende atender. Em seguida, pontuaremos algumas características do trabalho desses profissionais; os estigmas a que eles estão sujeitos; e qual o atual o cenário de saúde mental desses profissionais.

Segundo o Raio X das Forças de Segurança Pública do Brasil, estudo divulgado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) (2024), os PSPs são as pessoas que atuam em órgãos destinados a assegurar e manter a segurança da população, das instituições democráticas e de seus mecanismos de atuação. Os PSPs podem atuar em Polícias Militares, Polícias Civis, Corpos de Bombeiros Militares, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Polícias Técnico-Científicas, Polícias Penais Estaduais e Federais, Polícias Legislativas e Guardas Civis Municipais (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988; FBSP, 2024). Contudo, falando especificamente daquelas categorias que serão atendidas pelos serviços ofertados na plataforma Escuta SUSP, destacaremos e caracterizaremos cinco delas:

- Guarda Municipais – Trata-se de instituições civis, de natureza uniforme e armada, nos termos estabelecidos pela legislação vigente. Sua atuação concentra-se na proteção preventiva em âmbito municipal, respeitadas as atribuições próprias da União, dos Estados e do Distrito Federal. A Lei Federal nº 13.022/2014, denominada Estatuto Geral das Guardas Municipais, estabelece que compete a essas corporações a proteção de bens, serviços e instalações municipais, bem como a colaboração com os demais órgãos de segurança pública em ações integradas voltadas à preservação da ordem pública.
- Polícia Civil – Possui função de investigação de crimes e fraudes, sendo responsável pela elaboração de inquéritos policiais a partir do Boletim de Ocorrência, além da fiscalização de armas e munições e do cumprimento de mandados judiciais. Essa instituição, vinculada às Secretarias Estaduais de Segurança Pública, com a promulgação da Lei nº 14.735/2023, denominada Lei Orgânica Nacional das Polícias

Civis, passou-se a adotar a estrutura de cargos composta por Delegado e Oficial Investigador. Nesse contexto, foi estabelecido o prazo até 2029 para que os estados realizem as devidas adequações.

- Polícia Militar – Instituição de segurança pública com maior efetivo de profissionais da ativa do país, possui uma estrutura hierárquica de postos e graduações semelhantes ao Exército Brasileiro. Atua principalmente na preservação da ordem pública, resultando em ações coativas para evitar que transtornos prejudiquem o convívio da população; prevenção de crimes, promovendo ações de conscientização e orientando a comunidade sobre medidas de segurança; realização de operações para combater e deter indivíduos envolvidos em atividades criminosas; atuação em situações de emergência, como desastres naturais, acidentes graves e crises de segurança pública; e servir como auxiliar e reservas para as forças do Exército Brasileiro. Composta por mais de 10 postos e graduações militares, essa instituição é subordinada à Secretaria Estadual de Segurança Pública. Destaca-se que, em 2023, foi aprovada a Lei nº 14.751/2023, que institui a Lei Orgânica Nacional das Polícias Militares e dos Corpos de Bombeiros Militares, estabelecendo o prazo até 2029 para que os estados realizem as adequações necessárias.
- Polícia Penal – pode ser de nível federal, estadual ou distrital. Vinculada ao órgão administrador do sistema penal da unidade federativa a que pertence, é responsável pela segurança dos estabelecimentos penais. A partir da emenda constitucional nº 104 de 4 de dezembro de 2019 (Brasil, 2019), que alterou os artigos 21, XIV, 32, § 4º e 144 da Constituição Federal, o termo “Polícia Penal” foi constituído. Antes desta emenda, esses profissionais não eram reconhecidos como policiais, tendo carreira própria para agentes penitenciários em alguns estados, enquanto em outros a gestão do sistema prisional era realizada pela Polícia Militar. A Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN) é responsável pela supervisão e controle da implementação da Lei de Execução Penal e das diretrizes da Política Penitenciária Nacional. Os Policiais Penais Federais estão vinculados à Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), enquanto os Policiais Penais Estaduais se subordinam às Secretarias Estaduais de Administração Penitenciária ou órgãos equivalentes, conforme a estrutura administrativa de cada ente federativo.

- Bombeiros Militar – Esta instituição tem o objetivo de executar atividades de defesa civil, auxiliando os cidadãos após desastres naturais ou não; auxiliar na prevenção de incêndio e de pânico, realizando treinamento de civis; realizar análise de projetos e inspeção de instalações preventivas de proteção contra incêndio e pânico nas edificações, combater incêndios urbanos, rurais e florestais; realizar salvamento em altura, em estruturas colapsadas e espaços confinados; promover resgates aéreos, terrestres e aquáticos; executar atendimento pré-hospitalar, auxiliando no transporte e contenção de pacientes; e servir como auxiliar e reservas para as forças do Exército Brasileiro. Composta por mais de 08 postos e graduações militares, essa instituição é subordinada à Secretaria Estadual de Segurança Pública. Salienta-se que, à semelhança da Polícia Militar, em 2023 foi aprovada a Lei nº 14.751/2023, que institui a Lei Orgânica Nacional das Polícias Militares e dos Corpos de Bombeiros Militares, estabelecendo o prazo até 2029 para que os estados realizem as adequações necessárias.
- Institutos Técnicos-Científicos - Possui a responsabilidade por investigações técnicas e científicas relacionadas a crimes e incidentes, assumindo papel importante na coleta, análise e interpretação de evidências físicas, ao buscar fornecer subsídios técnicos para elucidar crimes, identificar suspeitos e contribuir para a justiça e segurança pública no país. Ela engloba diversas áreas, como perícia criminal, medicina legal, criminalística, balística, genética forense e outras disciplinas, que, mediante equipamentos especializados, métodos científicos e profissionais capacitados, desempenham um papel fundamental no sistema de justiça criminal brasileiro. Outros profissionais, como engenheiros, técnicos em informática e especialistas em documentoscopia, também podem fazer parte dos Institutos Técnico-Científicos, contribuindo com suas habilidades específicas para investigações criminais e processos judiciais.

De maneira geral, os PSPs são profissionais que estão expostos a situações adversas de diversas naturezas, assim como a eventos potencialmente estressantes e/ou traumáticos, em que muitas vezes é posta em risco a sua própria saúde e vida em prol da segurança de outrem. Seja trabalhando com papeladas e/ou burocracias, seja atuando em campo, individualmente ou em

grupo, os PSPs estão submetidos a (Afonso et al., 2020; Araújo et al., 2020; Gomes & Afonso, 2016; Santos et al., 2021; Stanley et al., 2017):

- Carga horária excessiva, caracterizada por jornadas prolongadas e, por vezes, ausência de escalas adequadas
- Remuneração insuficiente frente às exigências da função;
- Poucas possibilidades de ascensão na carreira;
- Sobrecarga qualitativa e quantitativa de funções, em que o profissional realizaria atribuições e encargos que não seriam destinados à sua função originalmente, possuindo mais obrigações numericamente e investindo mais tempo de dedicação;
- Exposição a constantes riscos relacionados à saúde que serão discutidos adiante ainda nesse tópico;
- Estrutura organizacional hierarquizada e rígida, pautada na disciplina militar (no caso dos PSPs militares).

Tendo isso em vista, e sabendo que há muitas evidências (Afonso et al., 2020; Araújo et al., 2020; Gomes & Afonso, 2016; Santos et al., 2021; Stanley et al., 2017; Monteiro et al., 2013; Vasconcelos et al., 2021) que indicam que o exercício de determinadas profissões expõe os trabalhadores a elementos prejudiciais à sua saúde física e mental, não é de espantar que os PSPs necessitam de auxílio para cuidar de sua saúde. Ao analisarem a saúde mental desses trabalhadores e como os possíveis fatores presentes em seu ofício interagem criando um cenário de adoecimento mental, a literatura apresenta o conceito de estresse ocupacional como sendo central neste contexto. Os profissionais, tais como policiais e bombeiros, que atuam em tarefas envolvendo riscos à sua saúde e de outros, necessitam de uma certa dose de estresse, para que o serviço seja feito, denominado “eustresse” (Souza et al., 2012). Todavia, por ser parte de seu ofício, os PSPs estão expostos diariamente e repetidamente a essa pequena dose de estresse. Logo, considerando uma análise a médio e longo prazo, devido ao acúmulo do eustresse, numerosas consequências negativas são esperadas para essa população de trabalhadores, podendo atingir níveis individuais, grupais e organizacionais.

Para os PSPs são comuns consequências individuais, tais como: sentimento de frustração e de impotência; queda da eficiência no trabalho; sobrecarga de trabalho; instabilidade emocional; acometimento de “formações reativas” (profissionais cometendo violências ou assistindo a cenas de violência); alto nível de tensão constante; perturbações no sono; sentimento de fadiga e

cansaço; aumento na taxa de obesidade, sedentarismo e de tabagismo; uso excessivo de álcool e de produtos estimulantes como cafeína; uso de drogas ilícitas; afastamento quanti e qualitativo de suas redes de apoio; agravamento de doenças cardiovasculares, respiratórias e musculares; e diminuição na qualidade de vida em geral (Afonso et al., 2020; Araújo et al., 2020; Gomes & Afonso, 2016; Minayo et al., 2011; Monteiro et al., 2013; Santos et al., 2021; Souza et al., 2012; Stanley et al., 2017; Vasconcelos et al., 2021).

O impacto desses fatores pode variar conforme variáveis psicológicas, sociodemográficas e ocupacionais, e deve-se estar atento a cada uma delas (Santos et al., 2021; Stanley et al., 2017). Nesse sentido, variáveis sociodemográficas importantes incluem gênero, raça/etnia, orientação sexual, religião/religiosidade, estado civil, nível de acesso a redes de apoio, idade e região/unidade federativa.

Ademais, variáveis ocupacionais importantes incluem tempo de trabalho na instituição, escalas de trabalho, realização ou não de horas extras, pretensão ou não de mudança de emprego, a instituição de que o profissional faz parte e a função exercida no trabalho/cargo ocupado. A esse respeito, deve-se estar especialmente atento às especificidades de cada instituição e do cargo ocupado pelo profissional/da função exercida. A título de exemplo, consideremos os policiais penais, especialmente aqueles envolvidos em atividades de custódia. Esses profissionais vivenciam o que se chama de prisionização ou prisionalização, causada por longos períodos de confinamento e coabitação em espaços fechados com seus pares e com os detentos (Abello et. al., 2022). Ainda, a vivência desses profissionais pode ser associada ao conceito de "trabalho sujo" (Claus, 2015). "Trabalho sujo" (Hughes, 1958) é um termo utilizado para se referir às ocupações em que as atividades ou tarefas são concebidas como fisicamente, socialmente e/ou moralmente sujas ou impuras, mas que, ao mesmo tempo, precisam ser realizadas. O trabalho sujo, dessa forma, afeta a forma pela qual os próprios trabalhadores se percebem e como são percebidos por outras pessoas.

É fundamental mencionar que, além dos numerosos fatores de risco atrelados a esse grupo de trabalhadores, os PSPs são submetidos à banalização das consequências advindas do estresse ocupacional, seja por parte de seus superiores ou mesmo de seus colegas de trabalho. Essa postura também pauta o preconceito à psicoterapia. Esse processo é resultante de anos de dedicação a uma instituição que, desde o treinamento no início da carreira, submete os profissionais a técnicas destinadas a quebrar a sua identidade e

reconstruí-la, incorporando aspectos de autossuficiência e independência. A partir disso, demonstração de vulnerabilidade, expressão de sentimentos e busca de ajuda psicológica são vistas como fraqueza, fracasso, dependência e insuficiência tanto em relação ao lado profissional quanto ao lado pessoal daquele trabalhador, favorecendo um processo de estigmatização da saúde mental dos PSPs (Wester et al., 2010). Ainda a esse respeito, ao participar de instituições de segurança pública (principalmente as militares), o profissional desenvolve afeição pela instituição à medida que diminui vínculos e enfraquece redes que não fazem parte do mundo do trabalho ou que não estão de acordo com os valores dessas instituições, restringindo possíveis redes de apoio externo às academias de segurança pública.

O estigma, definido como a percepção negativa pela presença de característica pessoal ou física que é considerada como socialmente inaceitável, torna-se presente em instituições de segurança pública a partir da negação a esses profissionais de características de vulnerabilidade e de fragilidade. Indo mais a fundo, para Corrigan (2004) há duas maneiras distintas de o estigma se apresentar: o autoestigma e estigma público. O primeiro se caracteriza pela perda da autoestima atrelada à ação de procurar o auxílio de profissionais de saúde mental, por exemplo, internalizando a visão de inferioridade e inadequação daqueles que procuram psicoterapia e aconselhamento psicológico como possíveis estratégias de enfrentamento. Já o segundo estigma, se define pela percepção negativa dos outros indivíduos ou grupos em relação àquele sujeito que está sendo analisado e julgado. Ou seja, as banalizações de outros membros da instituição de segurança pública em relação à saúde mental de seus colegas, testemunhadas nos relatos dos PSPs, se configuram como estigma público, uma vez que a estes profissionais apenas as características de força, resiliência, sucesso e autocontrole são permitidas profissional e pessoalmente (Minayo et al., 2011; Wester et al., 2010).

Faz-se importante mencionar também, que tamanha estigmatização dos PSPs se constrói dentro e mediante uma cultura organizacional e sexista, em que se espera, inicialmente, que o profissional seja do gênero masculino (gênero majoritário presente nas instituições de segurança pública, com mais de 70% de presença), e, ainda, que esse profissional carregue consigo valores pautados no machismo. Dessa maneira, valores como a não expressividade de sentimentos, de fraqueza e de vulnerabilidade são defendidos nestas instituições, reforçando os estigmas a estes profissionais (França, 2016; Wester et al., 2010).

Com isso em mente, ao tratarmos nesse protocolo sobre a saúde mental dessa população, muitas das competências desejáveis a um processo terapêutico e ao vínculo que deve ser estabelecido durante esse processo entram em conflito com os estigmas públicos e o autoestigma desses profissionais. São exemplos: confiar em outras pessoas; admitir a necessidade de assistência; reconhecer e rotular um problema emocional. Dessa forma, os PSPs estão mais propensos a não procurar serviço psicológico ou a procurar mais tardiamente, quando os sintomas de já estão mais acentuados e intensos (Minayo et al., 2011; Wester et al., 2010). Logo, estratégias de acolhimento mais significativo e psicoeducação mais atenta são necessárias no serviço a essa população, para auxiliar no desenvolvimento de ferramentas de enfrentamento aos estigmas e ao possível receio de ter o histórico de atendimento psicológico compartilhado. Em seguida, será apresentado o que a literatura da área traz a respeito da saúde mental dos PSPs.

A saúde mental dos Profissionais da Segurança Pública

No tópico anterior, vimos diferentes fatores no trabalho que podem impactar a saúde mental dos PSPs. Neste tópico vamos nos aprofundar em quais são os problemas e demandas mais comuns entre esses profissionais. Neste subtópico, vamos descrever, em linhas gerais, cada condição de saúde mental que mais aparece entre esses profissionais.

O relatório técnico organizado pela Secretaria Nacional de Segurança Pública do Brasil (2022), apresenta diferentes estudos a respeito da saúde dos PSPs. Dentre as principais demandas de atendimento em saúde mental relatadas, se encontram: depressão, ansiedade, estresse, Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), regulação emocional, problemas com álcool e drogas, distúrbios do sono, conflitos interpessoais e ideação suicida. Além disso, especialmente no que se refere à profissão policial, estes são os que mais sofrem de estresse, devido a estarem constantemente expostos a perigos e à agressão. Aliado a isso, eles também são uma das categorias profissionais que mais sofrem da síndrome de burnout - também podendo ser encontrado na literatura como estresse ocupacional (Lipp et al., 2019).

A revisão integrativa de Sousa et al. (2022), com o objetivo de identificar os aspectos mais investigados de saúde mental a respeito dos policiais no período entre 2012 e 2018 e com 84 estudos incluídos, levantou uma literatura que apresenta as seguintes temáticas como as mais investigadas:

o estresse (44,00%), o estresse pós-traumático (20,20%), a depressão (14,30%), a ansiedade (6,00%) e o suicídio (6,00%). No Brasil e nos Estados Unidos, especialmente, as variáveis mais pesquisadas foram depressão, estresse e transtornos de ansiedade. Um outro resultado relevante que esse estudo traz para a compreensão da saúde mental dos policiais se refere aos estudos que trouxeram dados de prevalências mínimas, máximas e médias, sendo que: para estresse foi de 20% mínima, 74% máxima e 43,75% média; para depressão foi de 9% mínima, 38,80% máxima e 18,41% média; transtorno do estresse pós-traumático foi de 5,40% mínima, 43,10% máxima e 19,68% média; e síndrome de burnout foi de 0% mínima, 28% máxima e 16,6% média. Assim, vemos como essas condições são relevantes para o público policial e sua possível variação na amostra estudada.

No relatório de pesquisa "Cenários da saúde física e mental dos servidores do sistema penitenciário brasileiro" (2023), realizado pela equipe do Projeto Valoriza: Saúde em Foco — uma iniciativa conjunta entre a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Coordenação Nacional de Saúde da Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN) do Ministério da Justiça e Segurança Pública — são apresentados dados sobre a saúde física e mental dos servidores do sistema penitenciário brasileiro. A pesquisa envolveu 22.752 servidores estaduais e federais. Resultados revelam que 19,5% dos participantes estão insatisfeitos ou completamente insatisfeitos consigo mesmos; 11% com o apoio familiar e 16% com o apoio dos amigos. Além disso, 39,6% informaram dormir entre 4 e 6 horas por noite e 32,7% raramente se sentindo revigorados após o sono. Em relação a sintomas físicos, 46,7% relataram dores de cabeça frequentes (mais de duas vezes por mês), 28,3% dores no estômago e 55,1% dores musculares. Também, 24,3% relataram palpitações ou batimentos cardíacos acelerados sem motivo aparente pelo menos três vezes no último mês. Esses sintomas podem indicar tensões diárias e possíveis sinais de adoecimento. No que se refere à saúde mental, quase 40% dos servidores avaliaram como ruim ou péssima. Além disso, nas duas últimas semanas de quando a pesquisa foi realizada, 44,6% sentiram-se exaustos ou com pouca energia muitas vezes ou o tempo todo; 32,1% relataram irritabilidade desproporcional; 32,1% sentiram-se tristes e sem ânimo; 11,5% acharam que iriam entrar em pânico; 11,1% sentiram medo sem motivo aparente; 16,9% sentiram medo relacionado ao trabalho; 10,5% sentiram que a vida não tinha sentido; e 24,1% estavam no seu limite. Em termos de diagnósticos específicos, 20,6% relataram transtorno de ansiedade e 10,7% depressão. Estudos anteriores, como os de Lima et al. (2019) e Fernandes

et al. (2002), que investigaram agentes penitenciários na região Nordeste do Brasil com amostras de 403 e 311 agentes, respectivamente, encontraram prevalências de transtornos mentais comuns semelhantes: 23,57% no primeiro e 30,7% no segundo estudo.

Considerando este cenário, é importante que durante os atendimentos as(os) psicólogas(os) fiquem atentos aos sinais e sintomas dessas condições psicológicas ao trabalharem com os PSPs. Para os transtornos depressivos, as características em comum mais prevalentes são o humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas. Já nos transtornos de ansiedade, são prevalentes o medo e a ansiedade excessiva e perturbações relacionadas, assim como a fuga e a esquiva (American Psychiatric Association, APA, 2023). No estresse extremo, pode-se apresentar cansaço extremo, fadiga, irritabilidade, dificuldade de ser produtivo e ansiedade (Benzoni, 2023; Carvalho et al., 2019; Oliveira, 2018). No TEPT, a pessoa precisa ter passado por uma experiência em que vivenciou ou testemunhou morte com pessoas importantes, ferimentos ou ameaça à integridade física. Os principais sintomas envolvem lembranças recorrentes e involuntárias do evento traumático, evitação de situações ou pessoas que remetem o evento, alterações negativas persistentes em pensamentos e no seu estado de humor (APA, 2023; Carvalho et al., 2019). Os problemas com a regulação emocional envolvem principalmente estratégias disfuncionais de evitação das emoções, como o uso de substâncias, e a supressão das emoções (Leahy et al., 2013). Os problemas com álcool e drogas frequentemente envolvem a busca de prazer instantâneo ou a sua ampliação e, como dito anteriormente, a esquiva de emoções desconfortáveis (APA, 2023; Carvalho et al., 2019). Os distúrbios do sono podem ser diversos e, frequentemente, se relacionam com outros transtornos psicológicos ou com condições médicas. A pessoa pode relatar problemas para pegar no sono, manter ou impactos na sua qualidade. Com isso, alguns problemas com sono mais conhecidos são a insônia, o sonambulismo e o sono em excesso (APA, 2023; Papalia & Feldman, 2013).

Já os conflitos interpessoais se referem às interações sociais de desacordo ou confronto, podendo acontecer em qualquer contexto, como no trabalho, com a família ou amigos (Leme, 2004). O burnout possui três principais características: a exaustão ou esgotamento, o distanciamento emocional do trabalho e a sensação de falta de eficácia e realização no trabalho (Carvalho, 2019; Maslach, 1993; Maslach et al., 2001; Tamayo, 2002; World Health Organization, 2019). Já a ideação suicida é um dos comportamentos suicidas

e envolve pensamentos sobre tirar a própria vida ou estar morto. Quanto mais frequente e mais detalhada ela é, maior o risco do ato em si (Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal, 2020). Em relação ao suicídio, é importante que se esteja atento aos sinais, caso o seu paciente os apresente e encaminhe para o serviço adequado.

Com base no exposto, é possível perceber que os PSP estão constantemente expostos a situações de estresse extremo (Afonso et al., 2020; Araújo et al., 2020; Brasil, 2022; Gomes & Afonso, 2016; Lipp et al., 2019; Santos et al., 2021; Stanley et al., 2017). Além disso, muitos ainda são os estigmas relacionados às condições de saúde neste público (Wester et al., 2010). Portanto, para uma melhor relação terapêutica e, com isso, melhor eficácia do processo, é muito importante que nas sessões a(o) psicóloga(o) busque ser sempre clara(o) em relação aos procedimentos realizados, éticos e acolhedores (Beck, 2021). As seções seguintes apresentam orientações importantes sobre a Avaliação On-line para os Profissionais de Segurança Pública no Serviço I.

Terapeuta, antes de tudo, é importante que você compreenda que a Avaliação On-line citada neste protocolo não atende as exigências de uma Avaliação Psicológica, mas segue o modelo ético e os princípios gerais orientados pelo CFP acerca desta. O objetivo do processo proposto aqui, é servir de orientação para auxiliar no encaminhamento e seguimento de outros serviços deste modelo de atendimento no Escuta SUSP, sendo uma etapa fundamental. As seções seguintes irão explicar de maneira mais detalhada como funciona essa proposta.

5. ASPECTOS ÉTICOS NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Os princípios éticos gerais que orientam o profissional na prática da avaliação psicológica são os mesmos que regem todas as práticas da psicologia e das condutas das(os) psicólogas(os): os pressupostos destacados no Código de Ética Profissional da Psicologia.

No entanto, para o processo da Avaliação Psicológica alguns cuidados adicionais são acrescentados ao Código de Ética Profissional da Psicologia em que se destacam os arts. 1º, 2º, 9º e 18: (CFP, 2022).

- **Art. 1º:** São deveres fundamentais do psicólogo: b) Assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente; c) Prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional; f) Fornecer, a quem de direito, na prestação de serviços psicológicos, informações concernentes ao trabalho a ser realizado e ao seu objetivo profissional; g) Informar, a quem de direito, os resultados decorrentes da prestação de serviços psicológicos, transmitindo somente o que for necessário para a tomada de decisões que afetem o usuário ou beneficiário; i) Zelar para que a comercialização, aquisição, doação, empréstimo, guarda e forma de divulgação do material privativo do psicólogo sejam feitas conforme os princípios deste Código;
- **Art. 2º:** Ao psicólogo é vedado: g) Emitir documentos sem fundamentação e qualidade técnico científica; h) Interferir na validade e fidedignidade de instrumentos e técnicas psicológicas, adulterar seus resultados ou fazer declarações falsas; k) Ser perito, avaliador ou parecerista em situações nas quais seus vínculos pessoais ou profissionais, atuais ou anteriores, possam afetar a qualidade do trabalho a ser realizado ou a fidelidade aos resultados da avaliação; q) Realizar diagnósticos, divulgar procedimentos ou apresentar

resultados de serviços psicológicos em meios de comunicação, de forma a expor pessoas, grupos ou organizações;

- **Art. 9º:** É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional;
- **Art. 18:** O psicólogo não divulgará, ensinará, cederá, emprestará ou venderá a leigos instrumentos e técnicas psicológicas que permitam ou facilitem o exercício ilegal da profissão;

Frente ao estado de hipervigilância dos profissionais de segurança pública, é importante que no momento inicial antes de realizar a avaliação psicológica, você, terapeuta, explique como será o procedimento e por que ele é importante para o acompanhamento desse(a) paciente. Ressalte que o sigilo do(a) paciente será respeitado, indicando que as informações fornecidas serão discutidas com seu(sua) supervisor(a) e não serão repassadas a terceiros, mas lembre-se, nos casos em que o(a) paciente representar um risco de vida para si mesmo ou para terceiros, o sigilo poderá ser quebrado, é importante que isso seja explicado para o(a) paciente. Para mais informações sobre os casos em que o sigilo pode ser quebrado, vocês podem conferir a *"Cartilha Orientativa para Terapeutas: Diretrizes para a identificação e manejo de comportamento suicida em Profissionais da Segurança Pública"*, mais especificamente o Tópico III que fornece orientações para essa situação (Apêndice 3, do Protocolo 4).

Acerca das atitudes e comportamentos que você, terapeuta, deve desempenhar, fique atento(a) em adotar uma neutralidade e imparcialidade, ou seja, a não emissão de juízos de valor, principalmente diante de questões de ordem religiosa, social, sexual e moral, assim como você deve recusar-se a desempenhar papéis que o(a) paciente queira impor. É importante que preze por uma escuta qualificada e humanizada e que suas decisões estejam pautadas em métodos, técnicas e instrumentos psicológicos reconhecidos cientificamente para que assim os resultados sejam válidos e confiáveis (CFP, 2022).

É importante que você, terapeuta, esclareça que a Avaliação Psicológica é um processo meticuloso e que alguns fatores podem interferir na confiabilidade ou validade dos instrumentos e técnicas utilizados. Solicite que o(a) paciente não se distraia durante o processo com outros aparelhos, como televisão, usando o telefone celular ou computador. Faça uma verificação

em etapas com o(a) paciente antes de começar o processo de avaliação; confira se ele(a) está em um local em que sua privacidade será mantida, sendo de preferência um local silencioso, é necessário a garantia que não será interrompido(a) durante o processo por terceiros; lembre-se de recomendar que ele(a) use fones de ouvido; confira a posição da câmera; é recomendada a posição face-a-face. Lembrando que essas orientações são válidas para você também, terapeuta. Por fim, é importante que o setting terapêutico, ou seja, o fundo que aparece na câmera, seja neutro, sem excesso de personalização (CFP, 2022).

É essencial que no processo de avaliação dos profissionais de segurança pública, você, terapeuta, esteja atento(a) às demandas que possam aparecer, assim como é necessária a compreensão do contexto desse(a) paciente. Por isso, antes do processo de Avaliação Psicológica, revise as informações do Tópico 4 ‘‘O Profissional de Segurança Pública no Brasil” deste protocolo, pois, dessa forma você poderá ir com o olhar mais objetivo para o processo de avaliação.

6. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Nesse tópico do protocolo, focaremos no processo de Avaliação, vamos começar pensando sobre o que define esse processo. A Avaliação Psicológica (APSI) é um processo técnico, científico, estruturado e dinâmico que possui a finalidade de investigar fenômenos psicológicos mediante o uso de técnicas, instrumentos e métodos com alto nível de evidência científica (Conselho Federal de Psicologia, 2022). A partir da APSI é possível estruturar informações para fundamentar e desenvolver hipóteses para uma demanda, seja ela a possibilidade de diagnóstico ou de outras naturezas. E, mediante as hipóteses formuladas, ela pode nos permitir aferir se naquele momento específico da avaliação, aquela pessoa ou grupo está apta para realizar uma determinada ação, ou possui uma determinada habilidade e até mesmo aferir a qualidade daquela ação (Conselho Federal de Psicologia, 2022; Lins & Borsa, 2017). Ou seja, é a partir da Avaliação Psicológica que os profissionais de psicologia, mediante as informações extraídas que auxiliariam na compreensão do funcionamento psicológico das pessoas, grupos e/ou instituições e suas relações intra- e interpessoais, fornecem uma resposta mais embasada e sustentada às demandas que foram objeto do processo avaliativo (Conselho Federal de Psicologia, 2022).

É importante mencionar que o resultado qualitativo da APSI depende muito da escolha feita pela/pelo terapeuta em relação aos instrumentos/estratégias utilizados e das sustentações/justificativas teóricas que qualifiquem os métodos e processos. Dessa maneira, embora a testagem psicológica seja parte integrante de um processo de APSI, ela não pode ser resumida ao uso de testes. Afinal, na APSI também se utiliza de anamnese, da relação terapeuta-paciente, das fontes complementares de informação, entre outros, para se alcançar o resultado pretendido (Conselho Federal de Psicologia, 2022; Lins & Borsa, 2017). Ademais, ressalta-se que o processo de avaliação possui início, meio e fim e objetivos bem definidos. Especificamente em se tratando do serviço proposto, a avaliação tem como objetivos levantar informações qualitativas e quantitativas sobre o(a) paciente e organizar essas informações

para tomada de decisão sobre o melhor curso de ação para o atendimento psicológico dessa/desse paciente entre os serviços oferecidos pelo projeto Escuta SUSP. Além disso, as informações advindas do processo de avaliação são cruciais para o monitoramento do progresso da/do paciente enquanto estiver fazendo uso dos serviços oferecidos.

Não obstante, como estamos falando de um processo avaliativo que será realizado na modalidade on-line, alguns cuidados são essenciais, como destaca a cartilha de Avaliação Psicológica feita pelo Conselho Federal de Psicologia (2022):

a) Treinar os procedimentos informatizados e remotos antes de os realizar em situações reais com seus clientes;
b) Realizar monitoramento audiovisual remoto durante toda a administração de testes, escalas e inventários, mesmo com instrumentos autoadministráveis;
c) Observar se as conexões são seguras nos dois lados, se o Wi-Fi é confiável e se tem conhecimento sobre as diferentes funções de qualquer plataforma que esteja usando;
d) Atentar-se à duração das sessões, considerando as especificidades do(a) paciente e contexto da aplicação;
e) Realizar o rapport com o cliente antes de aplicar qualquer instrumento;
f) Acompanhar o desempenho da pessoa no instrumento que está respondendo, conferindo se está conseguindo fazer sem distrações no local, intervindo quando necessário e determinando se alguma coisa interrompeu o processo de resposta típico da tarefa;
g) Manter os mesmos padrões éticos de atendimento que nos serviços tradicionais de avaliação psicológica;
h) Dificuldades potenciais podem surgir ao realizar uma avaliação remotamente e devem ser discutidas explicitamente com os(as) pacientes, que devem conhecer as limitações com antecedência, sempre que possível;
i) Atentar para o nível de conhecimento dos (das) pacientes sobre tecnologia, pois este pode interferir no desempenho real no teste psicológico.

Uma boa maneira de se começar uma avaliação é a partir do engajamento ativo do(a) paciente em seu processo (Lins & Borsa, 2017). Para isso, estratégias

para fortalecimento do vínculo e da relação terapêutica são necessárias, uma vez que é na avaliação que o(a) paciente terá seu primeiro contato direto com a(o) psicóloga(o) na plataforma.

Comece sendo cordial, apresente-se e explique sobre o que irão conversar, por exemplo: "Olá, NOME DO(DA) PACIENTE. Eu me chamo SEU NOME, sou terapeuta do Escuta SUSP''. É um prazer poder conversar com você. Hoje irei te fazer algumas perguntas para te conhecer e entender como posso te ajudar. Caso se sinta incomodado ou não entenda bem algo que eu disser, por favor me fale".

Lembre-se de ser acolhedor e fazer com que o(a) paciente se sinta à vontade, ressaltando as questões relacionadas a sigilo e sobre a importância do que ele ou ela tem a falar como, por exemplo: "Tudo o que falarmos aqui ficará apenas entre nós dois/duas. Quero que saiba que este é um espaço seu. Em nenhum momento você será julgado(a) ou criticado(a). Tudo que você falar é importante. Estou aqui para te ajudar."

Finalmente, uma postura de aceitação genuína e o acolhimento das demandas trazidas pelo PSP deve estar presente no processo de avaliação para que esse momento seja uma oportunidade para fortalecer o estabelecimento do rapport e consequentemente da adesão ao tratamento e favorecer que ela ou ele passa receber cuidados para sua saúde mental, entendendo que todo e qualquer contato com o profissional de segurança pública que procurar este serviço deverá ser pautado pelo reconhecimento da humanidade deste profissional, a despeito das representações que ele próprio e a sociedade carregam sobre ele. Ademais, o acolhimento de seu sofrimento e de suas vivências íntimas deverá ser realizado com base em atitudes e comportamentos assentes na empatia e no respeito, bem como da qualidade e segurança do espaço oferecido.

7. INSTRUMENTOS OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E ENTREVISTA DE ANAMNESE DO PROTOCOLO 4

O processo de avaliação no Serviço I consistirá na aplicação de um pacote básico de instrumentos objetivos de rastreio de sintomas para todos os pacientes que se inscreverem para atendimento e, logo em seguida, na condução de uma entrevista de anamnese em que o objetivo seja detalhar aspectos do funcionamento individual, social, ocupacional e familiar do(a) paciente.

A descrição de cada um dos instrumentos de rastreio a serem aplicados a todos os pacientes encontra-se abaixo:

- *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Osório, Mendes & Loureiro, 2009): constitui-se de nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) 13. Os nove sintomas consistem em humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas. A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala do tipo Likert de 0 a 3 correspondendo às respostas “nenhuma vez”, “vários dias”, “mais da metade dos dias” e “quase todos os dias”, respectivamente. O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar. A pontuação total varia de 0 a 27, sendo que quanto maior a pontuação, maior gravidade dos sintomas depressivos.
- *International Trauma Questionnaire* (ITQ): consiste em um instrumento amplamente utilizado para avaliar os sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtorno de Estresse Complexo (TEC), incorporando tanto os critérios do DSM-5 quanto da CID-11. O ITQ é composto por dois questionários de seis itens que

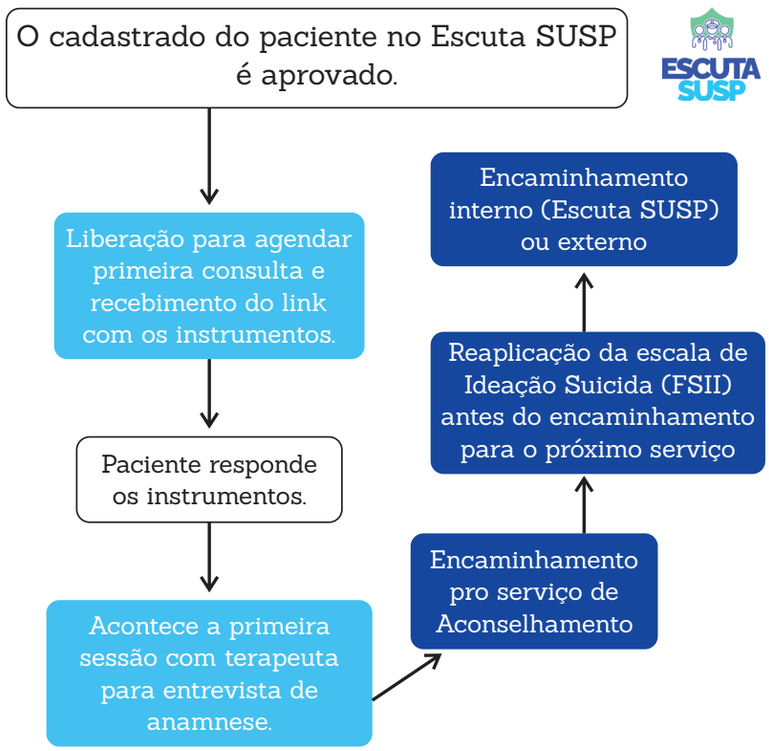
avaliam sintomatologia pós-traumática e mais três itens que avaliam prejuízo funcional percebido em uma escala Likert de cinco pontos. Cada item é pontuado de acordo com a gravidade e a frequência dos sintomas relatados pelo respondente em uma escala Likert de 0 a 4 correspondendo às respostas "nunca", "às vezes", "moderadamente", "muito" e "extremamente", respectivamente. O primeiro questionário avalia sintomas de TEPT em três fatores: revivência, evitação e senso de ameaça elevada. O segundo questionário avalia sintomas de dificuldades na auto-organização também em três fatores: desregulação de afeto, autoconceito negativo e dificuldades em relacionamentos. Segundo as recomendações dos autores da escala, para ser diagnosticado com TEPT, o indivíduo deve pontuar no mínimo 2 em cada um dos fatores do primeiro questionário; e ao menos 2 em um dos itens de prejuízo funcional percebido. Para ser diagnosticado com TEPT Complexo, além disso, o sujeito deve pontuar no mínimo 2 em cada fator do questionário de dificuldades na auto-organização e também 2 em pelo menos um dos itens de prejuízo funcional percebido. O modelo da CID-11 indica que os indivíduos podem ser diagnosticados com um dos transtornos, mas nunca com os dois concomitantemente (Hyland et al., 2017; Donat et al., 2019).

- *General Anxiety Disorder* (GAD-7): questionário utilizado para avaliar a gravidade de transtornos de ansiedade. Composto por sete itens, aborda sintomas de ansiedade comuns, como inquietação, dificuldade de relaxar e preocupações excessivas. O escore do GAD-7 é calculado somando-se as respostas atribuídas a cada item do questionário, que variam de 0 a 3, indicando a gravidade do sintoma relatado. Os escores totais podem variar de 0 a 21, sendo que pontuações mais altas indicam uma maior gravidade de ansiedade. Com base nesses resultados, é possível classificar os níveis de ansiedade dos participantes em categorias como leve, moderada, ou grave, auxiliando assim na identificação e na monitorização de transtornos de ansiedade em profissionais de segurança pública e em outras populações (Moreno et al., 2016).
- Escala de Avaliação da Síndrome de Burnout na Segurança Pública (EASB): consiste em uma escala composta por 26 itens desenvolvida para avaliar a presença e intensidade da síndrome de burnout em profissionais da área de segurança pública no Brasil (Esteves et al.,

2023). O escore na EASB-SP é calculado a partir das respostas dos indivíduos a escala Likert de 1 a 5, sendo 1 "nunca" e 5 "sempre". Cada item é pontuado e somado para gerar pontuações separadas para os três componentes do burnout: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. Quanto mais alta a pontuação em cada componente, maior é a presença do respectivo sintoma. O escore total na escala fornece uma medida global da gravidade da síndrome de burnout experimentada pelo profissional de segurança pública, ajudando a identificar casos que requerem intervenção ou suporte adicional (Esteves et al., 2023).

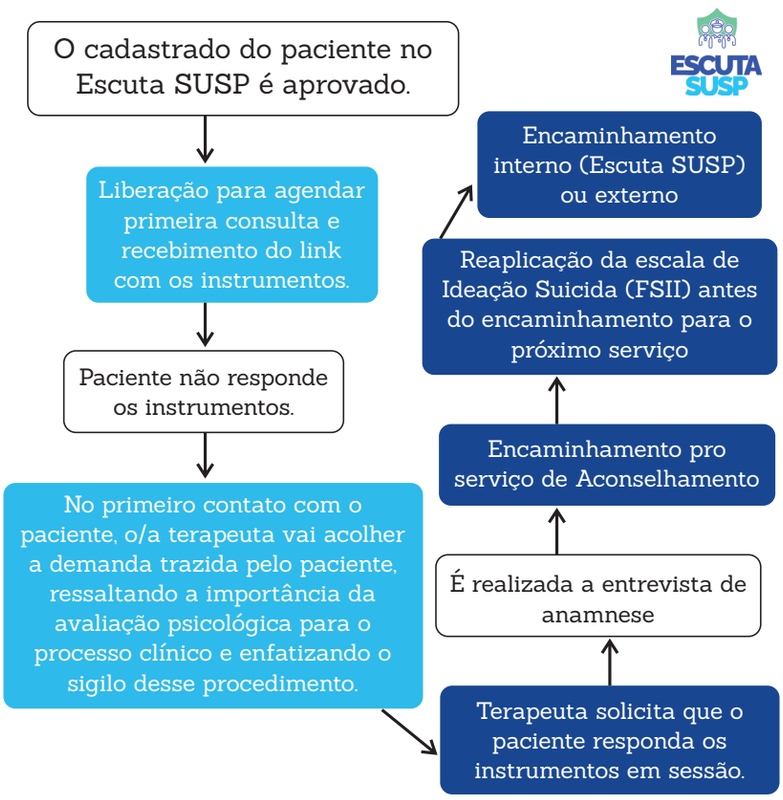
O(a) paciente terá acesso aos instrumentos por meio de um link para um formulário on-line, que ele recebe após aprovação do seu cadastro, assim como fica liberado para agendar a primeira sessão com o terapeuta. Confira abaixo o Fluxograma 1, modelo quando a/o paciente chega ao serviço de avaliação e responde previamente os instrumentos de avaliação, e o Fluxograma 2 que corresponde ao processo caso o paciente não responda os instrumentos antes da entrevista de anamnese.

Fluxograma 1.



Elaborado pelos autores (2024).

Fluxograma 2.



Elaborado pelos autores (2024).

É importante ressaltar que existem situações em que podem fugir dos exemplos acima, como por exemplo quando o paciente apresenta uma alta ideação suicida, em que é recomendado que você, terapeuta, acione seu/sua supervisor/a o mais rápido possível para que vocês decidam juntos sobre o encaminhamento.

Entrevista de Anamnese

Dando seguimento, o passo seguinte será conduzir uma entrevista de anamnese com o(a) paciente a fim de possibilitar melhor detalhamento e compreensão de suas demandas. Essas informações serão coletadas durante as primeiras sessões e inseridas no prontuário eletrônico. Você, terapeuta, vai observar que neste roteiro terá perguntas de resposta livre, mas que para algumas delas alguma forma de categorização das respostas do(a) paciente será necessária. Isso ficará mais claro adiante.

Entrevistas de anamnese são uma parte crucial do processo de avaliação, por ter o intuito de obter informações detalhadas sobre a história daquele(a)

paciente, perpassando detalhes do seu desenvolvimento, auxiliando a identificar fatores sociais e possíveis redes de apoio, além de fatores de risco e promoção a saúde. É importante mencionar que cada entrevista é adaptada aos propósitos e objetivos de um dado processo de avaliação. Em nosso caso, a anamnese tem perguntas que ajudarão você, terapeuta, a entender melhor questões específicas que surgem no contexto de trabalho, por exemplo, dos profissionais da segurança pública. A entrevista de anamnese auxiliará o/a terapeuta na tomada de decisão sobre o encaminhamento do(a) paciente nos serviços disponíveis na plataforma de atendimento on-line. Algumas seções contempladas no roteiro que será utilizado estão listadas abaixo e o roteiro completo estará disponível no Apêndice 1 do protocolo.

- Levantamento das principais queixas e metas
- Levantamento de informações gerais para os atendimentos, tais como uso de cigarro, bebida, outras drogas, qualidade do sono, alimentação, saúde em geral
- Aspectos da vida familiar, social, ocupacional e financeira
- Comportamento suicida: ideação suicida, planejamento e tentativas. A parte de ideação suicida será avaliada por meio da escala de Frequência de Ideação Suicida (*Frequency of Suicidal Ideation Inventory,* FSII-Br). Teodoro et al. (2022), abordam em seu estudo, a validade de uma adaptação em português da escala, desenvolvida por Chang e Chang (2016). O instrumento é composto por 5 itens que avaliam a frequência de ideação suicida (por exemplo, “Nos últimos 12 meses, com que frequência você pensou em se matar?”). O(a) paciente vai indicar com que frequência teve pensamentos suicidas nos últimos 12 meses usando uma escala do tipo Likert de 5 pontos: varia de 1 (nunca) a 5 (quase todos os dias). Pontuações altas irão indicar uma maior frequência de ideação suicida. Terapeuta, ao aplicar essa escala, é importante estar atento à presença de sintomas depressivos, visto que eles estão associados a uma maior ideação suicida em adultos (Teodoro et al., 2022).

As informações coletadas pela aplicação dos instrumentos de rastreio e pela realização da entrevista de anamnese serão utilizadas pelo/a terapeuta para realizar os encaminhamentos do seu paciente a partir de uma classificação de gravidade e urgência. A classificação de urgência servirá para que o/a terapeuta saiba se deverá encaminhar seu paciente ao aconselhamento,

processo que faz parte do serviço I, ao serviço de psicoterapia ou de promoção à vida (prevenção de suicídio).

Como os atendimentos na plataforma serão em número inicialmente limitado para a psicoterapia on-line, uma classificação de gravidade ajudará o/a terapeuta a saber se aquele(a) paciente deverá ser atendido(a) imediatamente ou se pode entrar para a fila do seu estado. Você, terapeuta, verá que especial atenção deve ser dada à seção de comportamento suicida do roteiro de anamnese. Ela será fundamental para determinar a urgência e gravidade do caso, por isso que antes de realizar o encaminhamento é obrigatória a reaplicação da Escala de Ideação Suicida (FSII).

Além do que consta no roteiro, é preciso ficar atento a certas falas que correspondem a um alerta de risco, como, por exemplo: ‘‘tenho vontade de sumir’’, ‘‘não aguento mais’’, ‘‘não sirvo para nada’’, ‘‘eu sou um peso para os outros’’, ‘‘minha vida não tem mais sentido’’, dentre outras que apresentem um viés de dor e frustração irreparáveis. Quanto maior a intensidade, frequência e detalhes desses pensamentos, maior risco para o suicídio, é preciso nesse momento entender também o grau de intencionalidade do(a) paciente, para a psicologia o quadro de ambivalência é bastante presente em pacientes com tendência autolesiva. O planejamento do ato é um dos grandes alertas, se o indivíduo confirma que já pensou ou pensa sobre, é preciso avaliar o risco e compreender a complexidade, planos muito detalhados envolvendo local do ato, hora e método, conferem um quadro complexo e perigoso (CRP-DF, 2020). A OMS (2012), ao falar sobre recomendações para políticas públicas que envolvam uma prevenção universal do suicídio, fala sobre a restrição a meios de cometer o ato, como armas de fogo. Por isso, nesse âmbito, os profissionais da segurança pública estão dentro de um público vulnerável, visto que possuem acesso a armas de fogo, apresentam altos níveis de estresse laboral e uma cultura organizacional sexista, que desencoraja a expressão de sentimentos. Dessa maneira, mediante o processo de estigmatização a que esses trabalhadores estão expostos, se desenvolve um receio nos profissionais em se abrirem, até com colegas, para falar sobre seus problemas.

8. ENCAMINHAMENTOS

Com base nas informações da avaliação, na reaplicação da escala de ideação suicida, que se dará no momento do encaminhamento do Serviço I, e em atenção às características dos PSPs, se fará a indicação para um dos serviços da Plataforma Escuta SUSP. Em seguida, para decidir o serviço a que o(a) paciente será designado, será utilizada uma classificação de referência para auxiliar nesse processo, mas lembre-se, terapeuta, a tomada de decisão para o encaminhamento é feita em conjunto com seu(sua) supervisor(a).

Classificação quantitativa para indicação a cada um dos serviços

Voltando ao processo de encaminhamento a partir da avaliação, o seguinte sistema será utilizado:

Indicação para Serviço III (Promoção à vida)

☐ Sim
☐ Não

Os critérios abaixo têm como finalidade definir a gravidade dos comportamentos de ideação suicida, caso o paciente apresente algum deles, você, terapeuta, deve comunicar com urgência a(ao) sua(seu) supervisora(o), para que juntos vocês decidam como proceder.

Critérios:

a) Paciente respondeu frequência 2 na escala FSII ou respondeu 1 na questão 9 do teste PHQ-9 (gravidade moderada);
   OU
   Paciente respondeu com frequência > 2 pontos na escala FSII ou respondeu com frequência > 1 na questão 9 do teste PHQ-9 (caso grave);

b) Tentou suicídio recentemente (últimos 3 meses) e não está em acompanhamento;

Onde obter essa informação:
- Pergunta 33.a.2 (anamnese) [X] Sim;
- Pergunta 2. Está ou esteve em tratamento psicológico? [X] Não;

c) Tentou suicídio nos últimos 6 meses e ainda possui ideação suicida;

Onde obter essa informação:
- Pergunta 33.a.2 (anamnese), o paciente indicando nos últimos 3 meses ou nos últimos 6 meses é sinal de alerta;

d) Não tentou suicídio anteriormente, mas possui um plano, independentemente da intenção;

Onde obter essa informação:
- Pergunta 31.1 (anamnese);
- Pergunta 33 (anamnese) [X] Sim;
- Pergunta 32.a (anamnese) [X] Sim;

Indicação para o Serviço II (Psicoterapia)

☐ Sim
☐ Não

a) Possui ideação suicida alta ou moderada (Classificação Ideação Suicida na FSII)
b) Possui sintomatologia de moderada a alta (considerar os instrumentos PHQ-9 ou GAD-7)
c) Possui queixas que vão além do aconselhamento (qualitativo)

Indicações para o Serviço I (Aconselhamento)

a) Automático após a avaliação
Considerando somente aqueles pacientes que serão encaminhados para o Serviço II (Psicoterapia) ou o Serviço III (Promoção à vida), como dito anteriormente, terão que ser classificados segundo a gravidade do quadro, uma vez que as vagas de atendimento imediato serão limitadas. Nesse caso, o/a terapeuta deverá usar a seguinte classificação:

Critérios de urgência para o Serviço II (Psicoterapia)

Esses critérios estão pautados tanto na intensidade dos sintomas nas escalas de frequência de ideação suicida, ansiedade (GAD7) e depressão (PHQ9) quanto na avaliação qualitativa por parte do/a terapeuta que está acompanhando o caso, a partir dos dados coletados na entrevista de anamnese.

Avaliação de intensidade dos sintomas pelas escalas aplicadas na triagem:

	Nível branco: baixa intensidade de sintomas Classificação Leve em Depressão e Ansiedade
	Nível amarelo: sintomas médios Classificação Moderado em Depressão ou Ansiedade
	Nível vermelho: alta intensidade de sintomas e/ou presença de ideação suicida Classificação Grave em Depressão e/ou Ansiedade ou 1 ponto em FSII ou 1 questão 9 do PHQ-9: moderada >1 ponto em FSII ou > 1 questão 9 do PHQ-9: grave

Indicação de urgência para o Serviço de Psicoterapia (a partir da avaliação do terapeuta)

	Nível branco: baixa intensidade de sintomas
	Nível amarelo: sintomas médios
	Nível vermelho: alta intensidade de sintomas e/ou presença de ideação suicida

9. SUGESTÃO DE MATERIAIS PARA ESCLARECIMENTO E APROFUNDAMENTO

O presente tópico tem o objetivo de sugerir materiais para que você, terapeuta, possa se preparar de maneira mais aprofundada e adequada para fornecer os serviços de avaliação protocolados. Com isso em mente, indicamos como sugestão principal, a leitura do material: Avaliação Psicológica: aspectos teóricos e práticos de Lins e Borsa (2017).

Neste livro são destrinchados diversos aspectos desse processo. É pontuada a diferença entre avaliação e testagem, bem como o papel da entrevista, aspectos históricos, instrumentos e seus critérios de utilização, dentre outros. Representa dessa forma, um material minucioso sobre cada etapa que pode auxiliar a(o) psicóloga(o) em cada etapa. É fornecido um suporte sobre as aplicações da avaliação em diferentes contextos, sendo essencial que o profissional da psicologia esteja ciente. Sugerimos uma especial atenção ao Capítulo 03 que trata especificamente do papel da observação e da entrevista.

Além disso, é importante que, diante de quaisquer dúvidas, você, terapeuta, busque informações nas Resoluções oficiais do Conselho Federal de Psicologia, assim como nas Notas Técnicas e Orientativas, que visam auxiliar na prática profissional. Recomendamos que olhem os seguintes documentos:

- Resolução CFP n.º 10, de 27 de agosto de 2005 - Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo, a Nota Técnica 07/2019/GTEC/CG - Orienta psicólogas(os) sobre a utilização de testes psicológicos em serviços realizados por meio de tecnologias de informação e comunicação;
- Cartilha de Avaliação Psicológica 2022;
- Nota Orientativa sobre ensino da Avaliação Psicológica em modalidade remota no contexto da pandemia de COVID-19 do CFP
- Resolução CFP n.º 09, de 25 de abril de 2018 - Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga as Resoluções n.º 002/2003, n.º 06/2004 e n.º 05/2012 e Notas Técnicas n.º 01/2017 e 02/2017.

- Resolução CFP n.º 11, de 11 de maio de 2018 - Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP nº 11/2012.

Existem materiais produzidos pelo Escuta SUSP que complementam o conhecimento que acreditamos que você, terapeuta, precise para acolher e atender os profissionais de segurança pública, assim como compreender mais sobre o perfil e desafios que eles enfrentam. Recomendamos a leitura da Cartilha Orientativa para Terapeutas: Diretrizes para a identificação e manejo de comportamento suicida em Profissionais da Segurança Pública, visto que é essencial que você, terapeuta, entenda como observar os sinais de ideação suicida e como proceder.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este protocolo foi elaborado com o objetivo de oferecer a você, terapeuta, informações, diretrizes e orientações para a condução do processo de avaliação, disponível no Serviço I da plataforma Escuta SUSP. O Serviço I se caracteriza por ser a "porta de entrada" no Escuta SUSP, isto é, o primeiro contato do PSP com o conjunto de serviços oferecidos pela plataforma. Um de seus principais objetivos consiste, então, em realizar o acolhimento e a avaliação da demanda trazida pelo(a) PSP. Dessa forma, seguindo os pressupostos fundamentais que embasam o Serviço I - as interações entre os fatores biopsicossociais, a prática clínica baseada em evidências e o compromisso com um atendimento humanizado e qualificado -, apresentamos neste protocolo orientações para a condução desta etapa.

A avaliação realizada neste serviço tem como objetivo levantar indicadores de saúde e sofrimento mental do PSP, através da entrevista de anamnese e dos instrumentos objetivos citados. Esse processo é essencial e as informações levantadas serão utilizadas para auxiliar na tomada de decisão conjunta entre você, terapeuta e seu(sua) supervisor(a) para os encaminhamentos que serão realizados. Além disso, essas informações também serão utilizadas para fornecer uma linha de base do progresso da(o) paciente durante todo o seu período de acompanhamento no Escuta SUSP, seja no Serviço I ou nos demais serviços oferecidos. A partir dessas informações será possível realizar encaminhamentos internos e externos de acordo com a classificação de gravidade e urgência, conforme às orientações disponibilizadas neste protocolo. Além disso, de acordo com as respostas do paciente, pode ser também realizado encaminhamento para o Gerenciamento de Terapia Medicamentosa e/ou de Psiquiatria, serviços que podem ser fornecidos concomitantes aos citados anteriormente.

Ressalta-se que antes de iniciar a avaliação é importante que você, terapeuta, explique como será o procedimento e por que ele é importante para o acompanhamento desse(a) paciente. Durante todo o processo de avaliação, busque manter-se atento e com postura de neutralidade e imparcialidade, isto é, sem realizar julgamentos dos conteúdos trazidos. Além disso, preze por uma escuta humana e qualificada e para que suas decisões sejam pautadas por métodos, técnicas e instrumentos psicológicos reconhecidos cientificamente, garantindo a validade e confiabilidade dos resultados (CFP, 2022).

Como apresentamos, a etapa de avaliação é muito importante e guiará toda a trajetória do(a) paciente no Escuta SUSP. Caso você queira se aprofundar e/ou esclarecer seus conhecimentos sobre esse processo, indicamos a consulta dos materiais sugeridos neste protocolo. Sabemos que tomar essa decisão pode ser um processo desafiador e de muitas dúvidas, mas ressaltamos que todos os encaminhamentos e direcionamentos deverão ser avaliados juntos ao(a) seu(sua) supervisor(a), ou seja, você não precisará fazer isso sozinha(o). Por fim, este protocolo também estará sempre disponível para você, terapeuta, e esperamos que o auxilie em todo esse processo. Bom trabalho!

11. REFERÊNCIAS

Chang, E. C., & Chang, O. D. (2016). Development of the Frequency of Suicidal Ideation Inventory: Evidence for the validity and reliability of a brief measure of suicidal ideation frequency in a college student population. Cognitive Therapy and Research, 40(4), 549–556. https://doi.org/10.1007/s10608-016-9758-0

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2012). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, Brasil. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2022). Cartilha Avaliação Psicológica. Brasília, Brasil. Recuperado de https://site.cfp.org.br/publicacao/cartilha-avaliacao-psicologica-2022/.

Donat J. C., Lobo N. S., Jacobsen G. S., Guimarães E. R., Kristensen C. H., Berger W., Mendlowicz M. V., Lima E. P., Vasconcelos A. G., Nascimento E. (2019). Translation and cross-cultural adaptation of the International Trauma Questionnaire for use in Brazilian Portuguese. Sao Paulo Med J. 2019; 137(3):270-7. DOI: 10.1590/1516-3180.2019.0066070519

Esteves G. G. L., Faiad C., Melo G. V. L. R., Zanini D. S., Oliveira S. E. S., Vinha L. G. A., Barbosa L. L. P., & Correia P. M. A. R. (2023). Escala de Avaliação da Síndrome de Burnout na Segurança Pública: Parâmetros Psicométricos. Psicologia: Teoria e Pesquisa 2023, v.39, e39 508. DOI: https://doi.org/10.1590/0102.3772e39508.pt

Hyland P., Shevlin M., Brewin C. R., Cloitre M., Downes A. J., Jumbe S., Karatzias T., Bisson J. I., & Roberts N. P. (2017) Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. Acta Psychiatrica Scandinavica Volume 136, Issue 3 p. 313-322. https://doi.org/10.1111/acps.12771

Lins, M. R. C., & Borsa, J. C. (2017). Avaliação psicológica: aspectos teóricos e práticos. Editora Vozes Limitada.

Marinho, M. T., Souza, M. B. C. A. de, Santos, M. M. A., Cruz, M. A. de A. da, & Barroso, B. I. de L. (2018). Fatores geradores de estresse em policiais militares: revisão sistemática. Revista Família, Ciclos De Vida E Saúde No Contexto Social, 6, 637–648. https://doi.org/10.18554/refacs.v6i0.3132

Moreno, A. L., DeSousa, D. A., Souza, A. M. F. L. P., Manfro, G. G., Salum, G. A., Koller, S. H., Osório, F. L., Crippa, J. A. S. (2016). Factor Structure, Reliability, and Item Parameters of the Brazilian-Portuguese Version of the GAD-7 Questionnaire. Trends in Psychology / Temas em Psicologia – 2016, Vol. 24, nº 1, 367-376 DOI: 10.9788/TP2016.1-25

Organização Mundial da saúde (OMS) (2012). Saúde Pública Ação para Prevenção de Suicídio. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf.

Osório, F. L., Mendes, A.V., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. Perspectives in Psychiatric Care, (45), 216-227. https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x

Teodoro, M., de Souza, R. S. B., Martins, C. D. C., Sediyama, C. Y. N., Alvares-Teodoro, J., Chang, O. D., & Chang, E. C. (2022). Validity of the Frequency of Suicidal Ideation Inventory in Brazilian adults. Death studies, 46(8), 1840- 1844. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1824201

ANEXOS

ANEXO 01: Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo? (Marque sua resposta com "✓")	Nunca	Em vários dias	Em mais da metade do número de dias	Em quase todos os dias
Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

Escala por desenvolvida por Osório, Mendes & Loureiro (2009), adaptada pelos autores.

Depressão (PHQ 9, soma das perguntas 1 a 9)
Pontuação: Informar o quantitativo
Classificação: <10: leve; >=10: moderado; >=15 grave

ANEXO 02: Questionário de Trauma Internacional (International Trauma Questionnaire, ITQ)

Abaixo, há uma lista de problemas e queixas que as pessoas, às vezes, têm em resposta a experiências de vida traumáticas ou estressoras. Por favor, leia cada item cuidadosamente, e circule um dos números à direita para indicar o quanto esse problema o tem incomodado no último mês.

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Ter sonhos desagradáveis que reproduzem parte da experiência ou são claramente relacionados à experiência?	0	1	2	3	4
2. Ter imagens ou memórias intensas que, às vezes, vêm a sua mente, fazendo com que você sinta que a experiência está acontecendo novamente no aqui e agora?	0	1	2	3	4
3. Evitar pistas internas da experiência (por exemplo, pensamentos, sentimentos ou sensações físicas)?	0	1	2	3	4
4. Evitar pistas externas da experiência (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, objetos, atividades ou situações)?	0	1	2	3	4
5. Estar "hiperalerta", vigilante ou em guarda?	0	1	2	3	4
6. Sentir-se sobressaltado ou facilmente assustado?	0	1	2	3	4
No último mês, os sintomas acima:					
7. Afetaram seus relacionamentos ou sua vida social?	0	1	2	3	4

8. Afetaram seu trabalho ou sua capacidade de trabalhar?	0	1	2	3	4
9. Afetaram qualquer outra parte importante da sua vida, como o cuidado com seus filhos, vida escolar ou acadêmica, ou outras atividades importantes?	0	1	2	3	4

Os itens referentes ao TEPT-S compreendem:

1 os sintomas de revivência (RE) itens 1 e 2

2 de evitação (EV) itens 3 e 4

3 de hipersensibilidade a ameaças (HA) itens 5 e 6

Além de três itens de prejuízo funcional dos sintomas (itens em azul de 7 a 9). O diagnóstico de TEPT-S pelo ITQ requer, além de pelo menos um evento traumático, a existência de:

a) pelo menos um sintoma em cada um dos três clusters (ou seja, um escore pelo menos “moderado”, representado como >= 2 nas escalas Likert correspondentes);
b) prejuízo funcional dos sintomas em pelo menos um item, representado por um escore >= 2 nas escalas Likert correspondentes.

Questionário de sintomas - desorganização interpessoal (para TEPT-C)

Abaixo, há problemas ou sintomas que as pessoas que passaram por eventos de vida traumáticos ou estressores, às vezes, experenciam. As questões se referem a como você tipicamente se sente, como você tipicamente pensa a respeito de si mesmo, e como você tipicamente se relaciona com outras pessoas. Responda às seguintes perguntas pensando no quão verdadeira cada afirmativa é para você.

O quão verdadeiro isso é para você?	Nem um pouco	Um pouco	Moderada-mente	Bastan-te	Extrema-mente
1. Quando estou chateado, demoro bastante tempo para me acalmar	0	1	2	3	4
2. Sinto-me anestesiado ou emocionalmente desligado	0	1	2	3	4
3. Sinto-me um fracasso	0	1	2	3	4
4. Sinto-me sem valor	0	1	2	3	4
5. Sinto-me distante ou desconectado de outras pessoas	0	1	2	3	4
6. Acho difícil ficar emocionalmente próximo de outras pessoas	0	1	2	3	4
No último mês, os problemas emocionais, as crenças sobre você mesmo e nos seus relacionamentos listados acima:					
7. Afetaram seus relacionamentos ou sua vida social?	0	1	2	3	4
8. Afetaram seu trabalho ou sua capacidade de trabalhar?	0	1	2	3	4
9. Afetaram qualquer outra parte importante da sua vida, como o cuidado com seus filhos, vida escolar ou acadêmica, ou outras atividades importantes?	0	1	2	3	4

Para o TEPT-C são apresentados itens para a avaliação de Distúrbios em Auto-organização (DAO), os quais compreendem os sintomas de desregulação afetiva (DA), autoconceito negativo (AN) e distúrbios nos relacionamentos (DR). Também, são incluídos três itens para identificar prejuízo funcional (itens 07 a 09).

Para um possível diagnóstico de TEPT-C é necessário:

a) o diagnóstico de TEPT-S;

b) pelo menos um sintoma em cada um dos três clusters de DAO (ou seja, um escore pelo menos “moderado”, representado como >= 2 nas escalas Likert correspondentes); e

c) prejuízo funcional dos sintomas em pelo menos um item, representado por um escore >= 2 nas escalas Likert correspondentes (Donat et al., 2019; Kazlauskas et al., 2018).

ANEXO 03: Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada (General Anxiety Disorder GAD-7)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários Dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

Ansiedade (GAD 7, soma das perguntas 1 a 7)

Pontuação: Informar o quantitativo

Classificação: <11: leve; >=11: moderado a grave

ANEXO 04: Frequency of Suicidal Ideation Inventory in Brazilian adults (FSII-BR)

Indique a frequência com que você teve pensamentos sobre suicídio no último ano (últimos 12 meses), marcando os itens utilizando a escala abaixo:

1	Nunca
2	Menos do que 3 ou 4 vezes no ano
3	Aproximadamente uma vez por mês
4	Aproximadamente uma vez por semana
5	Quase todos os dias

Itens	**Respostas**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você pensou em se machucar?					
Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você acreditou que não valia a pena viver?					
Durante os últimos 12 meses, quantas vezes voce se perguntou o que teria acontecido se tivesse acabado com sua vida?					
Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você pensou em cometer suicídio?					
Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você desejou não existir?					

Escala adaptada por Teodoro et al. *(2022), editada pelos autores.*

ANEXO 05: Critérios de classificação da ideação suicida para encaminhamento do(a) paciente [FSII e PHQ9]

Ideação Suicida (FSII, que está no roteiro de anamnese, e PHQ-9)

Pontuação FSII: Informar o quantitativo
Classificação: 1: sem ideação; 2: moderado; > 2: grave
Questão 9 da PHQ-9: 0: sem ideação; 1: moderado; >1: grave

Classificação Ideação Suicida
0 ponto em FSII e 0 questão 9 do PHQ-9: Ausente
2 pontos em FSII ou 1 questão 9 do PHQ-9: moderada
>2 pontos em FSII ou >1 questão 9 do PHQ-9: grave

APÊNDICE

APÊNDICE 1: Roteiro de Anamnese

2.1 Levantamento das principais queixas e metas

13. Qual razão da busca pelo serviço (queixa)? (pergunta aberta com espaço para digitação de informação)

    _____

    _____

    _____

    Opção para o/a terapeuta marcar (pode marcar mais de uma):

    ☐ Problemas no trabalho
    ☐ Problemas com a chefia
    ☐ Problemas de relacionamento entre os pares
    ☐ Problemas familiares
    ☐ Problemas financeiros
    ☐ Problemas psicológicos (ansiedade, depressão etc)
    ☐ Outros

14. Quais as metas desejadas? (Qualitativo, elencar algumas metas em ordem de importância para serem atingidas nos atendimentos)

    _____

    _____

    _____

3.1 Levantamento de informações gerais e variáveis para os atendimentos

a) Pessoal

2. Está ou esteve em tratamento psicológico?

    ☐ Não
    ☐ Sim, atual
    ☐ Sim, anteriormente

Impressões:

_____

_____

_____

3. Está ou esteve em tratamento psiquiátrico?
   - ☐ Não
   - ☐ Sim, atual
   - ☐ Sim, anteriormente

   Impressões:

   _____

   _____

   Especifique:

   _____

   _____

4. Faz uso de medicamentos regularmente (inclui psiquiátricos)?
   - ☐ Não
   - ☐ Sim, atual
   - ☐ Sim, anteriormente

   Especifique os medicamentos:

   _____

   _____

   _____

5. Faz uso de bebida alcóolica?
   - ☐ nunca
   - ☐ diariamente
   - ☐ algumas vezes na semana
   - ☐ fins de semana
   - ☐ eventualmente

6. Faz uso de cigarro?
   - ☐ Não
   - ☐ Sim

   Qts por dia? _____

☐ Ex-fumante?
Há quanto tempo (anos)? _____

7. Uso de outras drogas/substâncias ilícitas?
   ☐ nunca
   ☐ diariamente
   ☐ algumas vezes na semana
   ☐ fins de semana
   ☐ eventualmente
   Quais?
   _____
   _____

8. Tem dificuldade para dormir?
   ☐ sim
   ☐ não
   Quantas horas dorme por noite? _____

9. Qual a qualidade do seu sono?
   ☐ péssima
   ☐ ruim
   ☐ regular
   ☐ boa
   ☐ ótima

10. Costuma demorar a pegar no sono?
    ☐ Não
    ☐ Sim

11. Costuma acordar durante à noite?
    ☐ Não
    ☐ Sim

12. Faz exercício físico?
    ☐ Não
    ☐ Sim
    Qual(is): _____

Quantas vezes por semana?

- ☐ 1 vez por semana
- ☐ 2 vezes por semana
- ☐ 3 ou mais vezes por semana

13. Como você classificaria a qualidade de suas refeições?
    - ☐ Excelente. Sempre preparo ou escolho refeições balanceadas, utilizando ingredientes frescos e variados
    - ☐ Boa. Geralmente mantenho uma dieta equilibrada, com refeições saudáveis, mas ocasionalmente posso optar por opções menos saudáveis
    - ☐ Regular. Minhas refeições variam entre opções saudáveis e menos saudáveis, sem seguir um padrão específico
    - ☐ Insatisfatória. Muitas vezes recorro a alimentos processados/ ultraprocessados ou refeições rápidas, sem dar atenção adequada à qualidade nutricional
    - ☐ Preciso melhorar. Tenho consciência de que minha alimentação não é adequada e preciso fazer mudanças significativas para melhorar a qualidade das minhas refeições

14. Como você classifica sua saúde em geral?
    - ☐ Excelente
    - ☐ Boa
    - ☐ Razoável
    - ☐ Ruim
    - ☐ Péssima

15. Histórico pessoal de doença (inclusive covid-19). Qualitativo

    _____

    _____

b) Familiar

16. Mora com quem?
    - ☐ Sozinho
    - ☐ Família
    - ☐ Com colegas

17. Alguém da família possui algum problema de saúde
    - ☐ sim
    - ☐ Não

    Quem e qual? qualitativo

    _____

    _____

18. Alguém da família possui algum diagnóstico psiquiátrico?
    - ☐ Sim
    - ☐ Não

    Quem e qual?

    _____

    _____

    Aspectos qualitativos:

    _____

    _____

19. Aspectos relevantes da infância (qualitativo)

    _____

    _____

20. Aspectos relevantes da adolescência (qualitativo)

    _____

    _____

c) Social

21. Rede de apoio presente?
    - ☐ Sim
    - ☐ Não

    Especificar

    _____

    _____

22. Participa de encontros sociais com amigos?
    - ☐ Sim
    - ☐ Não

    Aspectos qualitativos

    _____

    _____

23. Frequenta igrejas ou templos?
    - ☐ Sim
    - ☐ Não

    Aspectos qualitativos

    _____

    _____

d) Trabalho

23. O que te motivou a escolher a carreira na Segurança Pública? É possível selecionar mais de uma opção.
    - ☐ Falta de outras oportunidades
    - ☐ Influência e/ou inspiração familiar
    - ☐ Gosto ou afinidade pelas atividades realizadas pela corporação
    - ☐ Prestígio social conferido pela profissão
    - ☐ Oportunidade de crescimento e de promoção de patente
    - ☐ Segurança e independência financeira
    - ☐ Senso de missão ou propósito em relação ao trabalho
    - ☐ Sonho ou desejo de infância
    - ☐ Busca por estabilidade financeira

24. Realiza alguma atividade remunerada complementar (bicos)?
    - ☐ Não
    - ☐ Sim

    Qual?
    - ☐ Oficial
    - ☐ não oficial

25. Já sofreu algum acidente em serviço?
- ☐ Não
- ☐ Sim

Que tipo?

_____

_____

26. Já participou ou presenciou ações que resultaram:
- ☐ Policial militar ou civil sendo mortos
  - ☐ participou ☐ presenciou
- ☐ Policial militar ou civil sendo gravemente feridos
  - ☐ participou ☐ presenciou
- ☐ Civis sendo mortos
  - ☐ participou ☐ presenciou
- ☐ Civis sendo gravemente feridos
  - ☐ participou ☐ presenciou

e) Financeira

27. Paga pensões?
- ☐ Não
- ☐ Sim

Quantidade de pensões pagas

_____

28. Possui empréstimos e/ou consignados
- ☐ Não
- ☐ Sim

Quantidade:

_____

f) Comportamento suicida

Introdução: Agora iremos conversar sobre um tema delicado, que muitas vezes é tratado como um tabu em nossa sociedade: o suicídio. Tudo bem para você?

29. Alguém da sua família ou rede de amigos mais próxima já tentou suicídio? (Suicídio na família e rede de amigos)

☐ Não
☐ Sim

Investigar emoções e comportamento e descrever brevemente:

_____

_____

30. Agora vamos conversar sobre você. Em algum momento da sua vida, você já se machucou, por exemplo, se cortou, de maneira intencional (Autolesão com ou sem intenção de morrer)?

☐ Não
☐ Sim

Como foi?

_____

_____

30.a Quando você fez esses ferimentos, você tinha a intenção/vontade de morrer?

☐ Não
☐ Sim

Descrever o que aconteceu antes e depois

_____

_____

30.b Você ainda faz esses cortes/ferimentos?

☐ Não
☐ Sim

Descrever (como, onde, quando e consequências)

_____

_____

31. Agora vamos conversar sobre pensamentos que podem aparecer em nossa mente. Irei te perguntar sobre pensamentos sobre morte ou suicídio nos últimos 12 meses (Ideação suicida). Para cada item, você pode escolher as opções:

Nunca
Menos do que 3 ou 4 vezes no último mês
Aproximadamente 1 vez por semana
Quase todos os dias
Todos os dias

1) Durante o último mês, quantas vezes você pensou em se machucar?
   - ☐ Nunca
   - ☐ Menos do que 3 ou 4 vezes no último mês
   - ☐ Aproximadamente 1 vez por semana
   - ☐ Quase todos os dias
   - ☐ Todos os dias

2) Durante o último mês quantas vezes você acreditou que não valia a pena viver?
   - ☐ Nunca
   - ☐ Menos do que 3 ou 4 vezes no último mês
   - ☐ Aproximadamente 1 vez por semana
   - ☐ Quase todos os dias
   - ☐ Todos os dias

3) Durante o último mês quantas vezes você pensou o que teria acontecido se tivesse acabado com sua vida?
   - ☐ Nunca
   - ☐ Menos do que 3 ou 4 vezes no último mês
   - ☐ Aproximadamente 1 vez por semana
   - ☐ Quase todos os dias
   - ☐ Todos os dias

4) Durante o último mês quantas vezes você pensou em cometer suicídio?
   - ☐ Nunca
   - ☐ Menos do que 3 ou 4 vezes no último mês
   - ☐ Aproximadamente 1 vez por semana
   - ☐ Quase todos os dias
   - ☐ Todos os dias

5) Durante o último mês quantas vezes você pensou em desistir?
- ☐ Nunca
- ☐ Menos do que 3 ou 4 vezes no último mês
- ☐ Aproximadamente 1 vez por semana
- ☐ Quase todos os dias
- ☐ Todos os dias

32. Você me contou um pouco sobre os seus pensamentos (resumir um pouco os resultados anteriores). Gostaria de saber se, em algum momento da sua vida, você chegou a pensar em morrer e planejar como seria (Planejamento)?
- ☐ Não
- ☐ Sim

Como foi (descrever motivação, se há definição clara de método, local e data)?

_____

_____

Se 32 sim, perguntar:

32.a Atualmente, você possui algum plano para morrer?
- ☐ Não
- ☐ Sim

Se 32.a sim, perguntar:

32.b Qual a sua motivação para colocar esse plano em ação?
- ☐ Baixa
- ☐ Moderada
- ☐ Forte

33. Em algum momento da sua vida, você chegou a tentar suicídio? (Tentativa)
- ☐ Não
- ☐ Sim

Quantas vezes? ____

Caso a resposta seja sim, perguntar:

33.a Vamos pensar agora na última vez que houve a tentativa. Me conte o aconteceu.
Descrever qualitativamente

_____

_____

Opções para marcar (perguntas norteadoras) a partir da descrição qualitativa:

33.a.1 Onde aconteceu?
☐ Casa
☐ Trabalho
☐ Rua
☐ Outros

33.a.2 Quando aconteceu?
Informar Data:
Marcar:
☐ Aconteceu nos últimos 3 meses?
☐ Aconteceu nos últimos 6 meses?
☐ Aconteceu antes disso

33.a.3 Qual foi o método?
☐ Enforcamento
☐ Uso de medicamento, substâncias lícitas ou ilícitas e/ou veneno
☐ Precipitação (jogar-se de altura)
☐ Afogamento
☐ Outros

Qual:

_____

_____

33.a.4 Qual foi o gatilho para a tentativa (o que aconteceu antes da tentativa que desencadeou o ato)
Qualitativo:

_____

_____

Gatilho relacionado a (marcar):
☐ Trabalho
☐ Chefia
☐ Família
☐ Amigos
☐ Outros

Caso haja mais de uma tentativa, perguntar:

34.a Vamos pensar agora na primeira vez que houve a tentativa. Me conte o aconteceu.
Descrever qualitativamente
_____
_____

Opções para marcar (perguntas norteadoras) a partir da descrição qualitativa:

34.a.1 Onde aconteceu?
☐ Casa
☐ Trabalho
☐ Rua
☐ Outros

34.a.2 Quando aconteceu?
Data: _____/_____/ _____

34.a.3 Qual foi o método?
☐ Enforcamento
☐ Uso de medicamento, substâncias lícitas ou ilícitas e/ou veneno
☐ Precipitação (jogar-se de altura)
☐ Afogamento
☐ Outros
Qual:
_____

34.a.4 Qual foi o gatilho para a tentativa (o que aconteceu antes da tentativa que desencadeou o ato)
Qualitativo:

_____

_____

Gatilho relacionado a (marcar):

☐ Trabalho
☐ Chefia
☐ Família
☐ Amigos
☐ Outros

ESCUTA SUSP
PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO

PROTOCOLO 4

Caderno Técnico 2

Serviço I

Aconselhamento Psicológico on-line – Abordagem Cognitivo-Comportamental

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO 4

Coordenação geral do projeto

Prof. Dr. Maycoln L. Martins Teodoro (UFMG)

Docentes

Profa. Dra. Zenith Nara Costa Delabrida (UFS)

Profa. Dra. Marcela Mansur-Alves (UFMG)

Discentes

Ana Letícia Senobio dos Santos (UFMG)

Tayanne de Araujo Lobão (UFS)

Isabela Ferreira Coelho (UFMG)

Marcos A. R. Avelar Macedo (UFS)

FICHA TÉCNICA

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Justiça e Segurança Pública
Wellington César Lima e Silva

Secretário Nacional de Segurança Pública
Francisco Lucas Costa Veloso

Reitora da UFMG
Sandra Regina Goulart Almeida

Diretor Executivo da FUNDEP
Prof. Jaime Arturo Ramírez

Diretor do Sistema Único de Segurança Pública
João Alberto Nogueira Júnior

Coordenadora-Geral de Valorização Profissional
Juliana Ribeiro

Coordenador de Promoção e Proteção de Direitos
Gustavo de Souza Rocha

Coordenadora de Saúde e Qualidade de Vida
Janaina Marcondes de Moura

Coordenação Técnica do Projeto/SENASP
Rubia Minuzzi Tschiedel

Coordenação do TED/UFMG
Maycoln Leôni Martins Teodoro

Equipe de Pesquisa
Docentes
Cristiane Faiad de Moura (UnB)
Darlindo Ferreira Lima (UFPE)
Helian Nunes de Oliveira (UFMG)
Juliana Alvares Teodoro (UFMG)
Katie Moraes de Almondes (UFRN)
Luciana Almeida Santos (UFMG)
Luciene O. Rocha Lopes (UFMG)
Marcela Mansur-Alves (UFMG)
Paulo Eduardo R A Evangelista (UFMG)
Sérgio Eduardo S Oliveira (UnB)
Yone de Almeida Nascimento (UFMG)
Zenith Nara Costa Delabrida (UFS)

Pesquisadores
Ana Clara Oliveira de Aguiar
Ana Gabriela Nunes da Silva Melo
Ana Letícia Senobio dos Santos
Ana Ludmila Santos Plauska
Brena Thaísa Q. Melo
Carolina Sousa Azulay
Francisco Guilherme Lima Macedo
Gustavo Salgueiro Rocha
Isaak Felipe de Araújo Sales
Isabela Ferreira Coelho
Isabella Ferreira Pinheiro
Júlia Eduarda V de Almeida
Júlia Salles Menezes
Lara Letícia Pinto Barbosa
Lara Luíza Cerávolo Rabelo
Lídia Figueiredo dos Santos
Lívia Calijorne Rolim
Lucas Jardim de Sena Pereira
Marcos Arthur R A Macedo
Mateus Guimarães Nobre
Matheus Felipe G Camargo
Mônica M. Oliveira Melo
Patrícia de Cássia C Campos
Pedro Henrique Francisco de Assis
Rafael Ferreira Simões
Renan Rodrigues da Silva Saraiva
Tayanne de Araujo Lobão
Thecia Karen Murta Miranda
Zaida Clara Teixeira Lopes

Equipe TI
Breno Max Horta Melo
Danielle Resende de Pádua
Paulo Rodrigues Gomes

Equipe Técnica da SENASP
Cirla Busato
Cristiano Abirached Junqueira Lopes
João Paulo de Medeiros
Iranilto Sales de Almeida
Laura Lucia Maximo
Thiago Machado de Araújo

Analista de projetos da FUNDEP
Fernanda Gonçalves de Araujo

Organização e Projeto Gráfico
Janaína Marcondes de Moura

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP Aconselhamento Psicológico

OMS Organização Mundial de Saúde

PPBE Prática da Psicologia Baseada em Evidências

PSP Profissional da Segurança Pública

PSP Profissionais de Segurança Pública

TCC Terapia Cognitivo-Comportamental

TEPT Transtorno do Estresse Pós-Traumático

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 83
Aconselhamento psicológico para profissionais de segurança pública 83

3. ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO: O QUE SERIA ESTE PROCESSO?.. 86
Definição de aconselhamento psicológico 86
Aconselhamento e psicoterapia? Há diferenças? 87
Objetivos e etapas do aconselhamento psicológico 88

3. O ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO E A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL (TCC) 94
Relação terapêutica e empirismo colaborativo 95
Questionamento socrático 96
Reestruturação cognitiva 99
Psicoeducação 100
Outros recursos 103

4. O PROCESSO DE ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO 104
Primeira situação: aconselhamento para questões pontuais 106
Segunda sugestão: aconselhamento para situações de sofrimento intenso 116
Término do vínculo seguido de encaminhamento para outro serviço .. 118
Término do vínculo terapêutico 119

5. CONTEÚDO PSICOEDUCATIVO E OUTRAS INTERVENÇÕES NO ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO 121
Conteúdo das intervenções psicoeducativas 121
Técnicas de resolução de problemas e manejo de contingências 156
Técnica de relaxamento: respiração diafragmática 161

6. SUGESTÕES DE MATERIAIS 163
Materiais para a(o) terapeuta 163
Sugestões de materiais psicoeducativos que podem ser recomendados ao(à) paciente 164

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 167

8. REFERÊNCIAS 169

APÊNDICES 174
Apêndice 1: o que anotar no prontuário? 174
Apêndice 2: ao que a/o supervisor deve estar atento 177
Apêndice 3: cartilha orientativa para terapeutas – diretrizes para a identificação e manejo de comportamento suicida em profissionais da segurança pública 179
Apêndice 4: cartilha orientativa para terapeutas – diretrizes para o reconhecimento de casos de assédio moral ou sexual entre profissionais da segurança pública 189
Apêndice 5: cartilha orientativa para terapeutas – desastres ambientais: atuação dos profissionais e impacto psicológico 210

1. INTRODUÇÃO

Este protocolo foi elaborado com o objetivo de oferecer a você, terapeuta, informações, diretrizes e orientações para a condução do processo de aconselhamento psicológico (AP) no Serviço I, disponível na Plataforma Escuta SUSP. Para isso, iremos contextualizar o AP para profissionais de segurança pública (PSP); contextualizar acerca do

Serviço I da Plataforma Escuta SUSP; apresentar características e desafios vivenciados pelos PSP no Brasil; caracterizar AP, seus objetivos e suas etapas ; apresentar a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) como abordagem para a execução desse processo; sugerir estruturas para a condução do aconselhamento e dispor sobre o desligamento do Serviço I e o término do vínculo terapêutico; apresentar conteúdos psicoeducativos passíveis de utilização e ilustrar outras técnicas; e sugerir materiais para sua melhor capacitação. Vale ressaltar que o terceiro e o quarto tópico são comuns entre o "Protocolo 4: Serviço I - Avaliação on-line para Profissionais de Segurança Pública" e este protocolo – ambos processos disponíveis no Serviço I (veja mais sobre o Serviço I no terceiro tópico). Dessa forma, caso já tenha lido anteriormente, fica ao seu critério ler novamente. Além das seções já mencionadas, disponibilizamos também materiais complementares importantes em apêndices acerca do preenchimento do prontuário, orientações para supervisores e cartilhas orientativas e direcionadoras sobre especificidades (comportamento suicida, desastres ambientais e assédio moral/sexual).

As informações aqui sistematizadas estão respaldadas tanto na literatura técnico-científica da área quanto no conhecimento prático de profissionais psicólogas e psicólogos que vêm atuando na promoção e prevenção de saúde mental em diferentes categorias de PSP.

Aconselhamento Psicológico para Profissionais de Segurança Pública

> "(...) existem diversos locais em que o aconselhamento pode estar presente (...) Cada campo de atuação tem uma demanda específica e uma forma de trabalho, por isso, é importante que o psicólogo, ao se deparar com um novo campo de atuação, se prepare teórica e tecnicamente para a intervenção" (Costa et al., 2022, p. 20).

O trecho acima evidencia a importância de que você, terapeuta, entenda as especificidades do processo de aconselhamento psicológico em que atuará. O aconselhamento psicológico do Serviço I da Plataforma Escuta SUSP foi pensado para PSP, que estão expostos a fatores de vulnerabilidade de maneira relevante. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019) afirmou que a atividade policial é considerada a segunda profissão mais causadora de estresse no mundo. Convidamos-lhe, então, a considerar alguns aspectos desse aconselhamento.

O aconselhamento enquadrado em uma perspectiva biopsicossocial é aquele que reconhece as complexas interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Davy, 1999). No Serviço I, reconhecemos a importância de adotar um enfoque biopsicossocial independentemente da abordagem teórica utilizada, sendo este um dos princípios do nosso serviço.

Congruente com Trindade e Teixeira (2000, p. 8), há vantagens em integrar a intervenção "numa abordagem holística da saúde que inclua a consideração simultânea do estado de saúde, do bem-estar psicológico, das competências sociais e da qualidade de vida". Assim, é fundamental que você considere as especificidades desse público que incidirão diretamente na procura por, no aproveitamento e no engajamento em serviços de saúde mental como o aqui proposto.

Procura e engajamento

É possível inferir que a procura por suporte profissional diante de dificuldades psicológicas não é frequente nem comum por parte dessa população, considerando os estigmas existentes em torno da saúde mental deste grupo (França, 2016) e a possibilidade de receio do compartilhamento do conteúdo abordado nas sessões com superiores e possíveis consequências para o(a) paciente (como perda do porte de arma, julgamento pelos pares ou prejuízo na relação com superiores). Essa inferência é apoiada por achados observados por Alves e Moraes (2022), por exemplo, apesar dos níveis de sofrimento existentes ou de outros indicadores.

Ainda, no que diz respeito mais especificamente às crenças e/ou ao autoconceito, destaca-se o apego ao estereótipo de um(a) profissional de segurança pública (PSP) como alguém "forte" ou como alguém que precisa "dar conta de tudo". Ao mesmo tempo, há frequentemente uma crença associativa entre problemas emocionais e/ou psicológicos e fraqueza e/ou

incapacidade. À vista disso, verifica-se que os PSP podem chegar pouco preparados para o que os espera ao buscarem apoio psicológico. Isso posto, a psicoeducação acerca do processo de avaliação, de aconselhamento ou de psicoterapia faz-se relevante (veja "Psicoeducação sobre os serviços prestados: aconselhamento e psicoterapia" no tópico 8).

Transferência e contratransferência

No processo de aconselhamento psicológico, é provável que ocorram a transferência e a contratransferência. A transferência é um conceito utilizado para referir à reedição, na relação terapêutica, de modos de ser e relacionar-se (Wright et. al., 2019). Pensando em aspectos culturais comuns entre PSP, preconceitos podem emergir associados ao sexo, idade e orientação sexual do(a) terapeuta.

França (2016) chama atenção para a moralidade, o predomínio do ideal de masculinidade pautado no machismo, e a construção de uma identidade coletiva que não admite exceções. Tendo em vista a importância da aliança terapêutica, você deve ser capaz de perceber a presença desses preconceitos de maneira aberta e sem julgamento, porque este pode ser um aspecto fundamental para o desenrolar do processo de aconselhamento.

De maneira complementar, a contratransferência ocorre quando a relação com o(a) paciente ativa na(o) psicóloga(a) pensamentos automáticos ou esquemas, sendo que estes podem influenciar o processo terapêutico (Wright et. al., 2019). Assim, é importante considerarmos essa possibilidade, para que você possa se preparar, junto à supervisão, para o contato com conteúdos que podem emergir no processo terapêutico.

Nesse sentido, você deve estar presente e aberto, para a identificação de possíveis reações de contratransferência e para o manejo dessa situação (Hayes et. al., 2021). Wright et. al. (2019) afirma ser uma das responsabilidades da(o) terapeuta estar atenta(o) a possíveis reações de contratransferência que podem afetar a relação terapêutica, a fim de reorientar o próprio padrão de ação e de favorecer uma relação terapêutica produtiva.

2. ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO: O QUE SERIA ESTE PROCESSO?

Definição de Aconselhamento Psicológico

O AP pode ser definido como:

> "[...] uma relação de ajuda que visa facilitar uma adaptação mais satisfatória do sujeito à situação em que se encontra e otimizar os seus recursos pessoais em termos de autoconhecimento, autoajuda e autonomia. A finalidade principal é promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e os problemas" (Trindade & Teixeira, 2000, p. 3).

Nessa definição, são levantados os conceitos de autoconhecimento, autoajuda e autonomia; veja como eles relacionam-se a seguir. No processo de AP, o autoconhecimento do(a) paciente ajudará, para exemplificar, na exploração tanto da queixa apresentada como do significado que essa queixa tem para o(a) paciente; na definição dos objetivos guiada pelos valores; e na preparação para a ação, a partir do reconhecimento de habilidades existentes e daquelas que precisarão ser desenvolvidas; ficando, inclusive, a serviço da autoajuda. A otimização da autoajuda vem do entendimento de que a pessoa que busca apoio psicológico já possui as habilidades para o enfrentamento de suas questões ou pode desenvolvê-las, ficando então preservada a autonomia do(a) paciente.

Contudo, não há uma única forma de se definir o AP, e é possível que suas definições variem de acordo com o referencial teórico ou com o contexto em que o aconselhamento acontece. Mas, por mais que o aconselhamento possa estar histórica e tradicionalmente associado a determinadas abordagens e/ou autores – como à Abordagem Centrada na Pessoa ou a Carl Rogers – ou até mesmo a contextos específicos, o aconselhamento psicológico não pertence a uma abordagem nem tem sua atividade limitada a contextos particulares. Pelo contrário, o AP pode contar com diferentes abordagens (Costa et. al.,

2022; Trindade & Teixeira, 2000), bem como pode ser explorado por elas em uma diversidade de circunstâncias (Leal, 2010).

Aconselhamento e psicoterapia? Há diferenças?

Um caminho possível para entender o aconselhamento é a partir da sua comparação com a psicoterapia. Nesse sentido, Scorsolini-Comin (2014, p.2) explora as diferenças principais, em que se destacam:

> "(a) tempo da intervenção, sendo o aconselhamento mais breve; (b) complexidade do caso e intensidade do atendimento, sendo a psicoterapia mais profunda; (c) demanda apresentada, sendo o aconselhamento mais voltado para situações contextuais e situacionais; (d) intervenções em aconselhamento focam a ação, mais do que a reflexão, e são mais centradas na prevenção do que no tratamento; (e) o aconselhamento é mais focado na resolução de problemas."

Acerca disso, ainda de acordo com o autor (2014), as demandas adequadas ao aconselhamento são aquelas circunscritas temporalmente, que podem ser abarcadas em um processo de curta duração, voltado para a resolução de problemas e para o favorecimento da autoajuda e da autonomia. É isso que se quer dizer com "demanda apresentada, sendo o aconselhamento mais voltado para situações contextuais e situacionais" (p. 2), ao passo que a psicoterapia pode voltar-se a questões mais complexas, crônicas e pervasivas.

Tendo em vista as diferenças entre esses dois tipos de serviço, cumpre ressaltar que o Serviço I da Plataforma Escuta SUSP é um serviço de avaliação e aconselhamento psicológico e relembrar que, mediante avaliação e decisão clínica, o(a) PSP que procura apoio na Plataforma Escuta SUSP pode ser encaminhado a outros serviços, como psicoterapia ou atendimento para comportamento suicida (Promoção à vida). Portanto, o serviço sobre o qual nos debruçamos no presente material se propõe a lidar com demandas compatíveis ao mesmo e, caso as demandas extrapolem esse escopo, estão previstos os dois outros serviços supracitados para os quais o(a) paciente pode ser direcionado(a).

Objetivos e etapas do Aconselhamento Psicológico

O presente subtópico tem a intenção de apresentar os objetivos e as etapas do AP de maneira geral, bem como ilustrar como esses objetivos e etapas aplicam-se ao aconselhamento do Serviço I, quando conveniente. Orientações mais específicas para a condução do AP estão disponíveis mais a frente nesse mesmo protocolo, sobretudo nos tópicos 7 e 8.

Quanto aos objetivos para o aconselhamento e às formas através das quais busca-se alcançá-los, o referencial teórico e as características do próprio contexto de desenvolvimento do processo ajudarão a determiná-los. Na busca por compreender esses aspectos, podemos utilizar didaticamente algumas proposições de divisão do processo de aconselhamento em etapas. Patterson e Eisenberg (1988) dividiram o processo de aconselhamento em três fases: (1) Descoberta inicial; (2) Exploração em profundidade; e (3) Preparação para a ação. Similarmente, Egan (1986) propõe as fases: (1) Exploração do problema; (2) Nova compreensão do problema; e (3) Ação.

As etapas do processo de aconselhamento, contudo, não são rígidas, e seu desenvolvimento será influenciado pelas particularidades de cada dupla terapeuta-paciente. Por exemplo, pode-se pensar em dois pacientes diferentes: um deles apresenta humor deprimido e problemas relacionados à autonomia e inatividade, podendo precisar de um nível mais alto de direcionamento ou que a(o) terapeuta seja mais ativa(o); o outro mostra-se ativo desde o primeiro contato e tem clareza de sua demanda, conseguindo apresentá-la sem que a(o) terapeuta precise investir em um direcionamento. Nesse exemplo, o desenrolar de cada uma das fases será influenciado pelas características específicas de cada interação, conferindo a cada processo um desenvolvimento particular. De acordo com Patterson e Eisenberg (1988), depois das três etapas propostas, dá-se o término com ou sem encaminhamento.

Descoberta Inicial

A descoberta inicial corresponde à primeira etapa do processo de aconselhamento, que inclui o contato inicial entre terapeuta e paciente e o início do desenvolvimento da relação em que ocorrerá todo o processo. Sendo assim, é importante que a relação estabelecida tenha algumas qualidades.

De início, é preciso que seja confiável e segura, a fim de contribuir para que o(a) paciente traga o conteúdo que será relevante para o aconselhamento.

A(o) terapeuta deve, ainda, ajudar o(a) paciente a apresentar a demanda e contextualizá-la, iniciando a definição dos problemas. Um dos objetivos dessa fase é justamente entender a situação atual em que a pessoa atendida se encontra. Também, é preciso que seja estabelecida nesta etapa a perspectiva de que o aconselhamento é um espaço e tempo de trabalho tanto por parte da(o) terapeuta como por parte do(a) paciente (Costa et. al., 2022). Finalmente, será responsabilidade da(o) terapeuta avaliar qual o momento oportuno de transição para a segunda fase (Patterson & Eisenberg, 1998).

Como colocado anteriormente, podem surgir questões especialmente difíceis no que diz respeito ao estabelecimento do vínculo terapêutico entre terapeuta e profissional de segurança pública ou à confiabilidade no sigilo. Sendo assim, você pode precisar se dedicar de maneira mais atenta e extensa a essa fase, tendo em vista que a etapa seguinte prescinde desta primeira. Por exemplo, se a queixa do(a) paciente envolve seus superiores ou pares e não foi estabelecida uma relação de confiança e de segurança, a dupla não conseguirá se aprofundar na exploração da queixa, que é no que consiste a segunda etapa.

De maneira similar, se o(a) PSP está apegado à ideia de que a procura por apoio psicológico é um sinal de fraqueza e a(o) terapeuta não leva isso em consideração, pode ser que a exploração da queixa em profundidade não seja viável. Nessas situações, a primeira fase pode precisar ser mais extensa e, a depender do caso, você pode ter como objetivo aumentar as chances de o(a) paciente aderir a um encaminhamento para Psicoterapia, para que ele adentre nesse serviço com maior clareza quanto ao ambiente terapêutico ser um espaço seguro, e com menor estigmatização da saúde mental.

Dessa forma, é fundamental que você escute atentamente e observe os sinais verbais e não verbais que o(a) paciente transmite, precisando, para isso, estar verdadeiramente presente. Nesse sentido, também, reforçamos que é imprescindível manter uma postura acolhedora durante todo o processo.

Exploração em Profundidade

Na exploração em profundidade, uma vez estabelecida uma relação em que o(a) paciente tem segurança para se expressar e tendo sido atribuída à relação a noção de trabalho conjunto, serão objetivos do processo a clarificação dos problemas apresentados na etapa anterior, aprofundando-se a compreensão das necessidades e desejos do(a) paciente, bem como o

traçado de objetivos pessoais, reconhecendo-se a necessidade de mudança, o que pode ser realizado abarcando uma diversidade de domínios da vida.

Por exemplo, no contexto de PSP, problemas "relacionados à saúde mental, problemas osteomusculares, cardiopatias, diabetes, obesidade e dependência química" aparecem dentre os principais problemas de saúde, de acordo com um levantamento realizado pela Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP) em 27 capitais brasileiras, com a finalidade de examinar a percepção dos profissionais da segurança pública sobre os problemas de saúde mais relevantes que os acometem (Gomez et al., 2022).

Acerca disso, o AP pode se debruçar também, por exemplo, sobre os problemas osteomusculares, as cardiopatias, diabetes ou obesidade, auxiliando a implementar a retomada da atividade física (tendo em vista que esse público comumente tem histórico de treinamento físico) e/ou no engajamento a algum tipo de intervenção em saúde que compete a outra área, como Fisioterapia, Medicina ou Nutrição (cf. Trindade & Teixeira, 2000 para mais informações sobre aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença).

Nessa etapa, segundo os autores, torna-se possível para a(o) terapeuta um uso maior de técnicas e estratégias interventivas, bem como a abordagem de suas "impressões diagnósticas" acerca das dinâmicas e dos comportamentos do cliente. Patterson e Eisenberg, (1988, p. 31), ainda, destacam que essa fase pode ser difícil ou exaustiva na medida em que "o cliente deve enfrentar repetidamente a inadequação do seu comportamento habitual e começar a abandonar o familiar pelo não-familiar".

A etapa "Nova compreensão do problema" proposta por Egan (1986) pode ser localizada entre a Exploração em Profundidade e a Preparação para a Ação. A nova compreensão consiste em encontrar uma nova forma de se autoperceber e de perceber a questão que está focalizada no aconselhamento, além concentrar-se no que pode ser feito (Trindade & Teixeira, 2000).

Preparação para a Ação

Na preparação para a ação, o indicado é que os problemas, as insatisfações e as questões pessoais já tenham sido exploradas e que os objetivos associados já tenham sido definidos. Então, será preciso levantar as possíveis formas de alcançar esses objetivos pessoais, isto é, quais são ações possíveis para chegar ao desfecho pretendido. O(a) paciente pode fazer esse

levantamento de maneira autônoma, mediante maior ou menor estimulação da(o) terapeuta, a depender do caso, mas a(o) terapeuta também pode fazer sugestões.

Diante disso, é importante que o(a) paciente escolha uma ou mais ações, planeje-as e execute-as. Acerca disso, é importante entender que essas ações não se limitam a comportamentos observáveis, e que através do aconselhamento também podem ser desenvolvidas novas perspectivas ou alterações de construtos pessoais, como ocorre na *Outros recursos* (veja o tópico 6).

A título de exemplo, no processo de aconselhamento de uma profissional de segurança pública que tinha como objetivo o retorno à prática de atividade física após o parto, a preparação para a ação pode prescindir a intervenção em pensamentos automáticos como "Depois que me tornei mãe não tenho mais tempo pra mim" (veja "Psicoeducação sobre o Modelo Cognitivo" no tópico 8 e "Questionamento Socrático" no tópico 6).

Entretanto, cumpre relembrar que o AP não pretende o desenvolvimento integral ou complexo dos pacientes atendidos (Costa et. al., 2022), mas facilitar a adaptação a uma questão situacional e contextual. Nessa etapa, então, a(o) terapeuta tem o papel de facilitar que a ação ou a atitude da pessoa atendida se dê de acordo com os objetivos pessoais, formulados mediante a exploração da questão.

Para isso, a(o) terapeuta pode contar com estratégias de tomada de decisão e solução de problemas, fornecer informações ou orientações, com propósito educativo ou preventivo, pode contar com o desenvolvimento de habilidades, ajudar o(a) paciente a identificar e utilizar os próprios recursos, ajudar a pessoa atendida a avaliar as ações escolhidas e/ou as novas concepções da realidade e despender reforços (Patterson & Eisenbzerg, 1988).

Quadro 1.
Síntese das fases do processo de aconselhamento psicológico conforme Patterson e Eisenbzerg (1988)

Fase	Objetivo e/ou atuação
Descoberta Inicial	Iniciar o desenvolvimento da relação terapêutica, que deve ser segura.
Descoberta Inicial	Ajudar o(a) paciente a apresentar a demanda e contextualizá-la, iniciando a definição dos problemas.
Descoberta Inicial	Estabelecer a perspectiva de que o aconselhamento é um espaço e tempo de trabalho tanto por parte da(o) terapeuta como por parte do(a) paciente.
Descoberta Inicial	(Terapeuta) Avaliar qual o momento oportuno de transição para a segunda fase.
Exploração em profundidade	Clarificar os problemas apresentados na etapa anterior, aprofundando-se na compreensão das necessidades e desejos do(a) paciente.
Exploração em profundidade	Traçar objetivos pessoais, reconhecendo-se a necessidade de mudança.
Preparação para a ação	Levantar possíveis formas de alcançar os objetivos traçados.
Preparação para a ação	Desenvolver novas perspectivas ou alterações de construtos pessoais, como ocorre na reestruturação cognitiva.
Preparação para a ação	(Paciente) Escolher uma ou mais ações, planejá-las e executá-las.

Surgimento de novas questões

Ao longo de um processo de AP, pode ser que surjam novas questões relevantes para o(a) paciente. Nesse caso, a literatura sugere que as etapas ser novamente percorridas, pois, como declaram Patterson e Eisenberg (1988, p. 35): “As ações particulares não podem ser avaliadas para um fim que não foi definido, e esse objetivo não pode ser definido se o problema não foi explorado e explicitado”. Por exemplo, se você e o(a) paciente se encontram na preparação para ação no que diz respeito a um determinado objetivo do(a) paciente, e surge uma nova questão, inexplorada, não se deve entender que o adequado é planejar ações no que diz respeito também a essa nova questão.

Sendo assim, ao conduzir um processo de AP, é importante conciliar a flexibilidade das etapas propostas com o compromisso às ideias subjacentes às etapas do processo de aconselhamento psicológico e aos seus objetivos. Isso significa que o terapeuta deve estar aberto a novas questões, mas que não deve negligenciar as características que caracterizam o AP. Nesse sentido, é importante considerar se o surgimento de uma nova questão pode relacionar-se a uma indicação a outra modalidade de atendimento psicológico, como a psicoterapia. Para isso, é fundamental manter em mente, com clareza, as indicações para cada modalidade.

O serviço aqui descrito é o de AP e, portanto, não deve ser confundido com outros processos, como a psicoterapia. Acerca disso, a Plataforma Escuta SUSP conta com outros dois serviços, Serviço II de Psicoterapia e Serviço III de Promoção à Vida. Para saber como lidar com o surgimento de novas questões no contexto do aconselhamento psicológico do Serviço I em que você atuará, consulte o tópico 7.

3. O ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO E A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL (TCC)

Consonante com Trindade e Teixeira (2000), que recomendam a perspectiva cognitivo comportamental nos contextos de saúde e doença, e de-Medeiros et al., (2021), que declara os pilares da TCC adequados ao contexto de plantão psicológico, consideramos que esta abordagem psicoterapêutica é compatível à proposta aqui desenvolvida e, portanto, seu arcabouço teórico e prático será utilizado para a realização deste aconselhamento psicológico. Dessa forma, o presente tópico tem como objetivos tanto justificar o uso da TCC para a realização do AP como apresentar brevemente algumas características da abordagem cognitivo comportamental.

Inicialmente, é importante apresentar os princípios da TCC. Beck (2021, pp. 15-16) lista 14 princípios do tratamento nessa abordagem:

1. Os planos de tratamento na TCC estão baseados em uma conceitualização cognitiva em desenvolvimento contínuo.
2. A TCC requer uma aliança terapêutica sólida.
3. A TCC monitora continuamente o progresso do cliente.
4. A TCC é culturalmente adaptada e adapta o tratamento ao indivíduo.
5. A TCC enfatiza o positivo.
6. A TCC enfatiza a colaboração e a participação ativa.
7. A TCC é aspiracional, baseada em valores e orientada para os objetivos.
8. A TCC inicialmente enfatiza o presente.
9. A TCC é educativa.
10. A TCC é atenta ao tempo de tratamento.
11. As sessões de TCC são estruturadas.
12. A TCC utiliza a descoberta guiada e ensina os clientes a responderem às suas cognições disfuncionais.
13. A TCC inclui Planos de Ação (tarefa de casa da terapia).
14. A TCC utiliza uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento.

A partir disso, lhe convidamos a perceber como a TCC está de acordo com os pressupostos fundamentais que embasam o Serviço I da Plataforma Escuta SUSP e como ela pode funcionar como meio para o alcance dos objetivos e para a condução das etapas atribuídas a um processo de aconselhamento psicológico.

Para ilustrar, tomemos como exemplo o sexto princípio listado acima: "A TCC enfatiza a colaboração e a participação ativa". Mantendo-o em mente, recordemos o pressuposto do Serviço I intitulado "foco na agência humana" e, também, a perspectiva de que o aconselhamento é um espaço e tempo de trabalho tanto por parte da(o) terapeuta como por parte do(a) paciente (Costa et. al., 2022). Essas ideias relacionam-se intimamente, de modo que a intenção do aconselhamento psicológico de otimizar os recursos pessoais do paciente em termos de autoconhecimento, autoajuda e autonomia (Trindade & Teixeira, 2000) pode ser alcançada com ajuda da TCC.

> Nesse momento, convidamos-lhe a pausar sua leitura, voltar aos 14 princípios da TCC e tentar traçar relações com os pressupostos do Serviço I apresentados. Fazendo isso, esperamos que você revise os pressupostos ao mesmo tempo que amplie sua compreensão acerca dos princípios da TCC.

Outro pressuposto do Serviço I é uma intervenção baseada em evidências. Vale ressaltar que PPBE e TCC não são sinônimos. Contudo, a TCC reconhecidamente alcançou um nível de apoio empírico classificado como forte ou robusto, e segue comprometida com a produção científica nos moldes da Divisão 12 da *American Psychological Association*.

Para melhor visualizarmos a conformidade da TCC para este serviço, extrapolaremos os limites dos 14 princípios listados, a fim de incluirmos outras ponderações. A seguir, constam informações sobre a TCC acompanhadas de considerações sobre como essas características se relacionam à proposta específica deste protocolo.

Relação Terapêutica e Empirismo Colaborativo

A relação terapêutica na TCC tem como componente fundamental o empirismo colaborativo, característica que a diferencia das demais (Wright et al., 2019). Consideramos o empirismo colaborativo adequado para a proposta

de aconselhamento psicológico aqui desenvolvida, em que a(o) terapeuta e o(a) PSP poderão trabalhar juntos "como uma equipe investigativa" (Wright et. al., 2019, p. 31). O empirismo colaborativo pode ser entendido a partir de seus dois 'componentes'.

É dito um "empirismo" pela proposta de exploração empírica acerca dos pensamentos e comportamentos do(a) paciente (Wright et. al., 2019). Sendo assim, não se assumem verdades a priori - por exemplo, evita-se a confrontação direta das cognições e dos padrões comportamentais (Beck, 2021) - mas mantém-se uma postura curiosa e investigativa. Essa proposta serve ao desenvolvimento de estilos mais saudáveis de pensamento e de padrões comportamentais. Além disso, pretende-se que o(a) paciente assuma esse tipo de atitude – curiosa, investigativa - em relação às suas experiências internas e que seja capaz de mantê-la durante e após o processo terapêutico, sendo um(a) 'explorador(a)' da própria experiência.

É "colaborativo" porque prescinde de responsabilidade compartilhada (Wright et. al., 2019), de postura ativa de ambas as partes, o que também é compatível com a perspectiva de que o aconselhamento psicológico é um espaço e tempo de trabalho tanto por parte da(o) terapeuta como por parte do(a) paciente (Costa et. al., 2022). Ainda, a postura curiosa sustentada pela(o) terapeuta acerca das experiências privadas do(a) paciente e do significado que estas assumem para ele(a) pode ser entendida como uma forma de demonstração de interesse na TCC.

Questionamento socrático

Uma técnica que sustenta o empirismo colaborativo na TCC é o questionamento socrático, que tem a vantagem de envolver o(a) paciente ativamente no processo de mudança (Beck, 2021; Wright et. a., 2019). O questionamento socrático deriva do método socrático, que é um método de questionamento de aparentes certezas. A proposição de uso terapêutico desse método advém de uma adaptação empática e colaborativa para o uso no ambiente clínico (Waltman et al., 2023), com a intenção de que o(a) paciente adote essa conduta em sua vida pessoal.

Para exercer o questionamento socrático, tanto terapeuta como paciente precisam estar abertos à incerteza e deixar de tomar os próprios pensamentos como totalmente verdadeiros e precisos, para, então, ampliarem a própria perspectiva através de uma sequência lógica de perguntas – ou seja,

precisam adotar uma postura empírica. Podemos considerar, didaticamente, essa atividade em dois momentos do processo de aconselhamento: em um momento exploratório, como a Exploração em Profundidade, e em um momento mais interventivo, como a Preparação para Ação.

Em um momento exploratório do processo, como a Exploração em Profundidade, o questionamento socrático pode ser utilizado para identificação e compreensão dos pensamentos e emoções do(a) paciente junto ao(à) mesmo(a). Nesse sentido, espera-se que as perguntas ajudem o(a) paciente a entrar em contato com o conteúdo cognitivo e emocional relacionado à situação-problema (Beck, 2021). Além disso, essas perguntas podem servir para confirmar ou negar a conceitualização que a(o) terapeuta continuamente constrói. Alguns exemplos de perguntas que podem ser utilizadas para esse propósito se encontram no Quadro 2.

Em um momento mais interventivo, como a Preparação para a Ação, o questionamento socrático pode ser utilizado como uma forma de provocar e ajudar o(a) paciente a ampliar sua perspectiva acerca da situação-problema. Nesse sentido, o questionamento socrático pode revelar distorções cognitivas e auxiliar na geração de novas hipóteses (Beck, 2021). Alguns exemplos de perguntas que podem ser utilizadas para esse propósito se encontram no Quadro 2. A avaliação conjunta dessas novas hipóteses levantadas pode levar à redução no nível de confiabilidade em uma crença disfuncional e à adoção de novas crenças (Arrigoni et al., 2021). No contexto presente, essa pode ser a mudança almejada por si só (veja mais sobre reestruturação cognitiva a seguir) ou um passo importante para a mudança de padrões de comportamentos.

Quadro 2.

Exemplos de perguntas para o Questionamento Socrático

Perguntas para identificação e compreensão dos pensamentos e emoções do(a) paciente junto ao(à) mesmo(a)	• "O que você quer dizer com [complete]?" • "O que "melhorar" [substitua como relevante] significa para você?" • "Você pode me dar um exemplo/discorrer mais sobre isso para que eu entenda melhor?" • "Qual questão você acha que é a mais importante/principal?" • "[O tema] se associa com outras questões importantes/áreas da sua vida?" • "O que você estava pensando?" • "Como você estava se sentindo?" • "Eu me pergunto se você estava se sentindo/pensando [complete com o oposto do que você supõe]." (quando o(a) paciente não está se aproximando de uma resposta por conta própria) • "Por que isso é tão importante?" • "O que você acha que/Você acha que algo te influenciou a pensar/se sentir assim?" • "E por que você acha que é assim?" • "Você sempre pensou/se sentiu [complete] quando [situação]?" • "[O pensamento ou uma crença] partiu de você ou você ouviu de alguém?"
Perguntas para provocar e ajudar o(a) paciente a ampliar sua perspectiva acerca da situação problema	• "Poderia haver outra explicação para isso?" • "Quais outras informações poderíamos buscar para entender melhor [tema]? • "Você consegue pensar em algum motivo para duvidar disso?" • "Se isso acontecesse, você acha que conseguiria/como você conseguiria lidar/tolerar?" • "Qual a pior coisa que pode acontecer se [complete]?" • "Você acha que outra pessoa poderia ter uma visão diferente sobre [tema]?" • "Você teria qual opinião se fosse [outra pessoa] [complete com a situação do(a) paciente]?" (tente usar uma pessoa querida pelo(a) paciente e complete com a situação em que ele(a) está. • "O que você diria para/Como você aconselharia [outra pessoa] [complete com a situação do(a) paciente]?" (tente usar uma pessoa querida pelo(a) paciente e complete com a situação em que ele(a) está.

Todas as perguntas propostas no Quadro 2, bem como diversas outras perguntas que servem à mesma finalidade, podem ser utilizadas por você em sessão e devem, além disso, ser ensinadas ao(à) paciente para que ele(a) faça uso dessa técnica sozinho(a). É importante ressaltar que a divisão por etapas foi realizada por fins meramente didáticos, tendo em vista que o processo terapêutico é um processo dinâmico; logo, fica a cargo da(o) terapeuta com sua expertise identificar o timing adequado de suas intervenções, bem como ter clareza do propósito que busca alcançar por meio delas.

Destacam-se, ainda, vantagens do envolvimento do(a) paciente no processo de mudança através do questionamento socrático: a técnica favorece a colaboração (ou o empirismo colaborativo) e a postura ativa de ambas as partes, já que assumimos a necessidade de que o(a) paciente se empenhe no processo e, além disso, está de acordo com o entendimento de que o(a) paciente já possui ou pode desenvolver estratégias de autoajuda para enfrentar seus problemas de maneira autônoma. Nesse sentido, a intenção de uso desse recurso pelo(a) paciente em sua vida pessoal, fora das sessões e mesmo após o término do processo terapêutico, busca concretizar o ideal de autonomia através da autoajuda e a intenção de uma postura empírica em relação a sua própria experiência.

No uso do questionamento socrático, contudo, você deve considerar a exaustão e o distanciamento que podem emergir pelo uso inexperto e indiscriminado da técnica. Assim, ressaltamos, consoante Waltman et. al. (2023) e Beck (2021), que o questionamento socrático deve ser utilizado de maneira pragmática, tendo seu sentido garantido quando gera benefícios ao(à) paciente e à relação terapêutica. A adaptação empática e colaborativa do método socrático para adequação no ambiente terapêutico (Waltman et. al., 2023) deve se valer do cuidado para a não confrontação e para a não utilização de perguntas de comando (Beck, 2021). Esse cuidado pode ser especialmente útil no contexto do presente protocolo, tendo em vista as especificidades das experiências dos PSP com a noção de autoridade, sendo que a(o) terapeuta não pretende se configurar uma autoridade ou como expert (Beck, 2021).

Reestruturação cognitiva

A reestruturação cognitiva consiste na identificação dos padrões de pensamentos automáticos e na modificação dos pensamentos automáticos imprecisos mediante a geração de alternativas racionais (Arrigoni et. al., 2021;

Wright et. al., 2019), ou seja, é um resultado pretendido. Os processos pelos quais se busca alcançar esse resultado, ou os métodos e técnicas disponíveis na TCC, são múltiplos, incluindo o próprio questionamento socrático e métodos comportamentais (Beck, 2021). Nesse sentido, a reestruturação cognitiva é um resultado que prescinde de uma prática repetitiva (Wright et. al., 2019), por isso, o(a) paciente deve manter considerável nível de atividade no que diz respeito ao processo terapêutico mesmo fora das sessões. Ainda acerca disso, destacamos que o processo terapêutico desenvolvido a partir do presente contexto apresenta limitações importantes para o alcance de uma reestruturação cognitiva robusta, principalmente no que diz respeito ao tempo limitado.

Psicoeducação

Outra ferramenta interventiva muito cara à TCC é a psicoeducação, definida como "o ensinamento de princípios e conhecimentos psicológicos relevantes para o cliente" (Carvalho et al., 2019). Essa ferramenta é explorada tanto a seguir como no tópico 8.

A TCC é reconhecida por seu caráter educativo. Dentre seus propósitos psicoeducativos, se preocupa em esclarecer para o(a) paciente sobre o funcionamento cognitivo (crenças, pensamentos, comportamentos e emoções), ajudá-lo a compreender o problema ou condição que vivencia – proposta compatível com a Exploração em Profundidade - e, com isso, auxiliá-lo a promover mudanças de cognições, emoções e comportamentos – aspecto compatível com a Preparação para a Ação.

A aplicação da psicoeducação na TCC pode ser guiada por alguns princípios gerais:

1. É importante que haja adaptação e adequação da psicoeducação às condições do cliente para que este compreenda e processe as informações;
2. As explicações precisam ser compreensíveis, breves e colaborativas;
3. O uso de materiais escritos pode facilitar a compreensão;
4. Deve-se incentivar a participação do(a) paciente;
5. É crucial que o terapeuta solicite feedbacks ao(à) paciente para que verifique seu entendimento e esclareça possíveis dúvidas;
6. Recomendação de consumo de outros materiais, como leituras específicas, e/ou anotações sobre a terapia - em que escreverá o que considerou importante neste processo de aprendizagem e dúvidas,

como tarefa de casa. Além disso, as psicoeducações podem ser feitas através de diferentes meios, como textos, livros, vídeos, filmes, sites e aplicativos (Carvalho et al., 2019).

> Recomendamos fortemente que você utilize a psicoeducação como recurso na condução do AP com PSP. Essa recomendação leva em conta que a literatura apresenta ser benéfico que os PSP saibam reconhecer em si mesmo e nos seus pares possíveis indícios ou sintomas do adoecimento psicológico. Nesse sentido, a psicoeducação pode contribuir ao oferecer conhecimento e informações que ajudem a prevenir possíveis agravamentos e que possibilitem a busca por ajuda e tratamentos (Brasil, 2022).

Espera-se que a comunicação cuidadosa e explicativa sobre a condição ou problema que o(a) paciente vivencia promova maior confiança por parte do(a) paciente, fortalecendo o vínculo terapêutico, uma vez que proporciona sensação de acolhimento, validação e transparência (Carvalho et al., 2019), o que é importante para esse público que, frequentemente, apresenta dificuldades para falar a respeito de suas emoções e necessidades e para buscar tratamento (Afonso et al., 2019; Alves & Moraes, 2022, Brasil, 2022).

Fornecer informações relevantes está em consonância com os objetivos de um processo de aconselhamento psicológico, e o conhecimento também pode facilitar a eficácia do tratamento. O entendimento do próprio funcionamento aumenta a sensação de controle sobre os problemas, possibilita o desenvolvimento de um repertório de estratégias resolutivas e auxilia na reestruturação cognitiva (Carvalho et al., 2019), ou seja, possibilita e favorece o percurso nas três fases de um aconselhamento como didaticamente proposto anteriormente.

O estudo de Smith et al. (2023) demonstrou que a intervenção em TCC para TEPT em policiais ajudou não só na redução de sintomas da condição e na melhora da qualidade de vida, mas também apresentou mudanças nos comportamentos e cognições sociais significativas. O Ministério da Justiça e da Segurança Pública do Brasil (2022), em relatório com compilados de estudos, também apresenta que tanto a TCC quanto às estratégias psicoeducativas podem ser eficazes para redução de sintomas e de adoecimento dos profissionais da segurança pública. Ainda ressalta que programas psicoeducativos são primordiais para o combate de desmistificação e estigmas relacionados aos transtornos psicológicos, tão presentes neste contexto profissional.

Como dito anteriormente, para uma psicoeducação mais efetiva, é importante que se considere as condições do(a) paciente (Carvalho et al., 2019). Isso pode incluir compreender melhor quais são os problemas e as condições psicológicas mais recorrentes vivenciados por estes profissionais, para que se tenha maior clareza e objetividade no ensino.

Nesse sentido, temos: problemas de reconhecimento/abertura sobre as emoções e regulação emocional, problemas com álcool e drogas, distúrbios do sono, depressão, ansiedade, estresse, TEPT, conflitos interpessoais com familiares ou colegas de trabalho e ideação suicida. Com isso, acumulam tanto prejuízos individuais causados pelo sofrimento que advém dessas condições, quanto profissionais. Essas condições podem levar o profissional de segurança pública ao abandono do trabalho temporariamente ou permanentemente (Brasil, 2022).

Quadro 3.

Importância e Aplicação da Psicoeducação na Terapia Cognitivo-Comportamental para Profissionais da Segurança Pública (PSP)

OBJETIVOS DA PSICOEDUCAÇÃO NO CONTEXTO DOS PSP

- Reconhecer indícios ou sintomas de adoecimento psicológico
- Prevenir agravamentos e promover a busca por ajuda e tratamento
- Promover confiança, acolhimento, validação e transparência
- Facilitar a eficácia do tratamento e o desenvolvimento de estratégias resolutivas

EVIDÊNCIAS DOS BENEFÍCIOS DA PSICOEDUCAÇÃO PARA PSP

- Redução de sintomas de condições como TEPT e melhora da qualidade de vida e mudanças significativas em comportamentos e cognições sociais (Smith et al., 2023)
- Combate à desmistificação e estigmas relacionados aos transtornos psicológicos (Brasil, 2022)
- Promove melhora na saúde mental e desenvolvimento de recursos psicológicos (Brasil, 2022)

PRINCÍPIOS GERAIS DA PSICOEDUCAÇÃO NA TCC

- Adaptação e Adequação;
- Clareza e Colaboração;
- Uso de materiais para facilitar a compreensão e aprendizado;
- Participação ativa e feedback dos(das) pacientes.

Considerando que este serviço de AP é uma porta de entrada para estes profissionais, é fundamental que aproveitemos para auxiliá-los a compreenderem melhor seu próprio funcionamento. Esperamos, dessa forma, contribuir não apenas para o esclarecimento do próprio funcionamento, mas para que se facilite o manejo dos problemas presentes. Além disso, caso seja necessário realizar encaminhamento, o(a) paciente poderá se sentir mais aberto(a) e confiante. Por fim, reforçamos que a psicoeducação realizada por você deve considerar as demandas trazidas pelo(a) paciente no processo de triagem, para que faça mais sentido para ele(a).

Outros recursos

Outros recursos que podem ser utilizados são a resolução de problemas e o manejo de contingências e a respiração diafragmática. A resolução de problemas é um processo estruturado e sistematizado que tem o objetivo de solucionar problemas de forma eficaz e eficiente. O manejo de contingências é uma intervenção comportamental baseada no princípio do reforçamento operante (Silva et. Al., 2022). A respiração diafragmática é uma técnica de relaxamento. Esses três recursos são mais bem explorados e ilustrados no tópico 8.

Por fim, gostaríamos de ressaltar, sobretudo para terapeutas mais familiarizados a outras abordagens que não a TCC, a importância de manter abertura e flexibilidade aos pressupostos e às técnicas dispostas neste protocolo. **As sugestões de conteúdos e estratégias não devem ser aplicadas de forma rígida, mas foram reunidas para que haja direcionamento de estratégias e técnicas que demonstram evidências de efetividade para as problemáticas e dificuldades vivenciadas pelos PSP.** Cuide para que suas condutas sejam feitas de maneira contextualizada e adaptadas a cada relação terapeuta-paciente.

4. O PROCESSO DE ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO

Conforme o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2012) é dever da(o) Psicóloga(o) "Prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional".

Com a intenção de auxiliá-lo em sua atuação, elaboramos esse tópico do protocolo que contempla proposições de estruturação para o processo de aconselhamento baseadas na TCC, bem como considerações acerca do desligamento do Serviço I e do encerramento do vínculo terapêutico. De acordo com o que foi previamente apresentado e justificado, busque estar comprometido com os pressupostos do Serviço I, manter postura de acolhimento durante todo o contato com o(a) paciente e pautar-se no arcabouço teórico-prático da TCC.

As possibilidades aqui sugeridas sucedem os primeiros encontros síncronos que você terá com o(a) paciente, pois estes fazem parte do processo de avaliação. Logo, o serviço de aconselhamento propriamente dito se iniciará quando concluídos os procedimentos de avaliação. Idealmente, todo profissional de segurança pública atendido pelo Serviço I deve receber aconselhamento psicológico uma vez que os procedimentos de avaliação se encerrarem.

O aconselhamento, por sua vez, pode desdobrar-se como suficiente ou não, ou seja, pode findar-se em razão de alta, no primeiro caso, ou em razão de encaminhamento a outro serviço, no segundo caso, de acordo com avaliação e escuta realizadas. Assim, preparamos duas sugestões distintas: a primeira pensada para desenrolar-se sem encaminhamento, e a segunda pensada para um processo que sabidamente resultará em encaminhamento.

Ainda, a necessidade de encaminhamento pode ter sido deferida antes do início do processo de aconselhamento ou ao longo do processo de aconselhamento, pois demandas que não haviam sido previamente

identificadas podem revelar-se. Como não podemos ter garantias acerca das imprevisibilidades da vida, podem aparecer ao longo do processo situações de sofrimento intenso, choque ou trauma. Nesses casos, a estrutura inicialmente sugerida provavelmente precisará ser adaptada. Assim, o manejo deve funcionar da seguinte forma:

Figura 1.

Fluxo para a escolha de estrutura no aconselhamento



Ao longo de todo este protocolo, abordamos pormenorizadamente, em diferentes momentos, características e orientações acerca do início e do desdobramento do processo de aconselhamento. Além disso, é importante tratar com o mesmo cuidado e detalhamento a condução do desligamento do(a) paciente do Serviço de Aconselhamento. Ademais, existe, dentre as diferentes abordagens teórico-práticas, certa concordância de que a relação entre psicóloga(o) e paciente é um elemento importante da experiência terapêutica (Gelso & An, 2024).

Tendo isso em vista, e de acordo com o que foi abordado em outras seções deste protocolo, é fundamental que você se dedique à construção de um vínculo acolhedor, seguro e produtivo. De maneira semelhante, você também deve ser cuidadosa(o) e intencional ao finalizar o vínculo construído. Mantenha isso em mente ao realizar esta leitura. Cada uma das formas em

que o desligamento está previsto - (1) pela alta decorrente do término do processo de aconselhamento psicológico ou (2) pelo encaminhamento a outro serviço - têm características que se diferem e, portanto, merecem posturas e estratégias de condução compatíveis. Esse tópico também irá apresentar algumas considerações acerca disso.

Por fim, é necessário destacar que, antes de realizar o desligamento, você deve reaplicar o *Frequency of Suicidal Ideation Inventory (FSII-BR)*, cujos itens fazem parte do protocolo da entrevista de anamnese – disponível no protocolo referente ao processo avaliativo – e avaliam a presença de pensamentos suicidas (ideação suicida). A reaplicação é considerada obrigatória para que o desligamento ocorra e representa uma tentativa de garantir que qualquer comportamento de risco seja identificado antes do desligamento ser realizado.

> O *Frequency of Suicidal Ideation Inventory (FSII-BR)* deve ser **obrigatoriamente** reaplicado para que o desligamento do Serviço I ocorra, seja por alta ou por encaminhamento.

Primeira Situação: Aconselhamento para questões pontuais

Sugestão de estrutura

A primeira sugestão se encaixa em demandas mais pontuais e de menor complexidade subjetiva, que estejam associadas a menor grau de sofrimento. Você deve utilizá-la nos casos em que, junto ao supervisor e em decorrência dos procedimentos de avaliação, supõe-se ou faz-se uma aposta de que o aconselhamento será suficiente, ou seja, de que não haverá encaminhamento a outro serviço, pelo menos a princípio.

A primeira estrutura sugerida leva em conta a divisão proposta por Patterson e Eisenberg (1988) e está baseada no empirismo colaborativo como princípio, no questionamento socrático que ajudará a materializá-lo e nas estratégias de psicoeducação e/ou de resolução de problemas e manejo de contingências. Mesmo assim, outras estratégias como a respiração diafragmática podem ser utilizadas. Além disso, também sugerimos como recurso terapêutico a construção de um material individual durante o processo de aconselhamento; essa sugestão está detalhada a seguir em “Alta do Aconselhamento”.

Separamos abaixo características e temáticas que recomendamos que você trabalhe nas sessões de AP. Cabe destacar que em todas as sessões é importante que você busque explorar, entender e acolher o(a) paciente. Busque esclarecer todas as dúvidas do(a) paciente e evite uma postura confrontante, principalmente ao utilizar o questionamento socrático.

Além disso, destacamos que as fases propostas por Patterson e Eisenberg (1988) não correspondem necessariamente a uma ordem de sessões, ou seja, não podemos dizer que somente a primeira fase será desempenhada na primeira sessão e assim por diante. Como um processo, o aconselhamento psicológico se dá de maneira dinâmica e orgânica. Logo, ressaltamos que a forma pela qual dispomos as informações nesse tópico está suscetível à flexibilização e adaptação conforme as particularidades de cada caso.

O processo de aconselhamento pode ser precedido por um processo de avaliação inicial, nesse caso o terapeuta já terá iniciado a etapa designada "Descoberta Inicial". Entretanto, caso isso não tenha ocorrido, ressaltamos a importância de se iniciar através dessa etapa. Em seguida, considerando a necessidade antes levantada de que a relação estabelecida possua algumas características específicas antes de prosseguir para a Exploração em Profundidade, sugerimos que inclua uma psicoeducação sobre o que é o processo tanto de aconselhamento quanto de psicoterapia, bem como o que será feito no processo atual e quais as responsabilidades da(o) terapeuta e quais as do(a) paciente. Assim, são objetivos desta sessão que a pessoa entenda o processo pelo qual está passando e quais são os possíveis direcionamentos. É muito importante que todas as dúvidas sejam esclarecidas.

Uma vez possível, sugerimos explorar em profundidade a situação do(a) paciente utilizando, para isso, do questionamento socrático, como retomado no Quadro 4 a seguir. Espera-se que a investigação curiosa das experiências subjetivas do paciente traga maior clareza tanto para a(o) terapeuta como para o(a) próprio(a) paciente. Uma vez que essa clareza tenha emergido, ainda nessa etapa do processo de aconselhamento, você deve utilizar a psicoeducação sobre modelo cognitivo.

Quadro 4.

Exemplos de perguntas para o Questionamento Socrático na fase de Exploração em Profundidade

Perguntas para identificação e compreensão dos pensamentos e emoções do(a) paciente junto ao(à) mesmo(a)	• "O que você quer dizer com [complete]?" • "O que "melhorar" [substitua como relevante] significa para você?" • "Você pode me dar um exemplo/discorrer mais sobre isso para que eu entenda melhor?" • "Qual questão você acha que é a mais importante/principal?" • "[O tema] se associa com outras questões importantes/áreas da sua vida?" • "O que você estava pensando?" • "Como você estava se sentindo?" • "Eu me pergunto se você estava se sentindo/pensando [complete com o oposto do que você supõe]." (quando o(a) paciente não está se aproximando de uma resposta por conta própria) • "Por que isso é tão importante?" • "O que você acha que/Você acha que algo te influenciou a pensar/se sentir assim?" • "E por que você acha que é assim?" • "Você sempre pensou/se sentiu [complete] quando [situação]?" • "[O pensamento ou uma crença] partiu de você ou você ouviu de alguém?"

A psicoeducação deve ser feita conforme o andamento particular de cada caso, mas espera-se que ocorra entre a segunda e a terceira sessão. Ao realizar a psicoeducação sobre o modelo cognitivo, busque trazer elementos do próprio discurso do(a) paciente, a fim de que faça sentido para ele(a), de demonstrar que você se interessa pelo conteúdo que ele(a) trouxe e para que ele(a) entenda melhor e se lembre do modelo cognitivo em suas experiências diárias.

Caso pertinente, a sugestão é que você conduza também psicoeducação específica sobre a(s) demanda(s) e/ou dificuldade(s) da pessoa, buscando retomar a noção do modelo cognitivo, se possível. Para isso, consulte o tópico 8 e, se necessário, outros materiais informativos sugeridos no tópico 9. Para

ilustrar, se a demanda central do(a) paciente relaciona-se à desregulação emocional, incentivamos que você forneça psicoeducação acerca sobre emoções e regulação emocional. Para isso, lembre-se de utilizar situações reais da vida dessa pessoa que foram compartilhadas com você.

Além disso, é possível que você utilize o questionamento socrático para ampliar a perspectiva do paciente acerca da situação problema, como relembrado no Quadro 5. Essa ideia relaciona-se à etapa "Nova compreensão do problema" proposta por Egan (1986), uma etapa do aconselhamento psicológico que consideramos poder ser localizada entre a Exploração em Profundidade e a Preparação para a Ação. A nova compreensão consiste em encontrar uma nova forma de se autoperceber e de perceber a questão que está focalizada no aconselhamento, além concentrar-se no que pode ser feito (Trindade & Teixeira, 2000).

Quadro 5.

Exemplos de perguntas para o Questionamento Socrático na fase de Exploração em Profundidade – Nova compreensão do problema

Perguntas para provocar e ajudar o(a) paciente a ampliar sua perspectiva acerca da situação problema	• "Poderia haver outra explicação para isso?" • "Quais outras informações poderíamos buscar para entender melhor [tema]? • "Você consegue pensar em algum motivo para duvidar disso?" • "Se isso acontecesse, você acha que conseguiria/como você conseguiria lidar/tolerar?" • "Qual a pior coisa que pode acontecer se [complete]?" • "Você acha que outra pessoa poderia ter uma visão diferente sobre [tema]?" • "Você teria qual opinião se fosse [outra pessoa] [complete com a situação do(a) paciente]?" (tente usar uma pessoa querida pelo(a) paciente e complete com a situação em que ele(a) está. • "O que você diria para/Como você aconselharia [outra pessoa] [complete com a situação do(a) paciente]?" (tente usar uma pessoa querida pelo(a) paciente e complete com a situação em que ele(a) está.

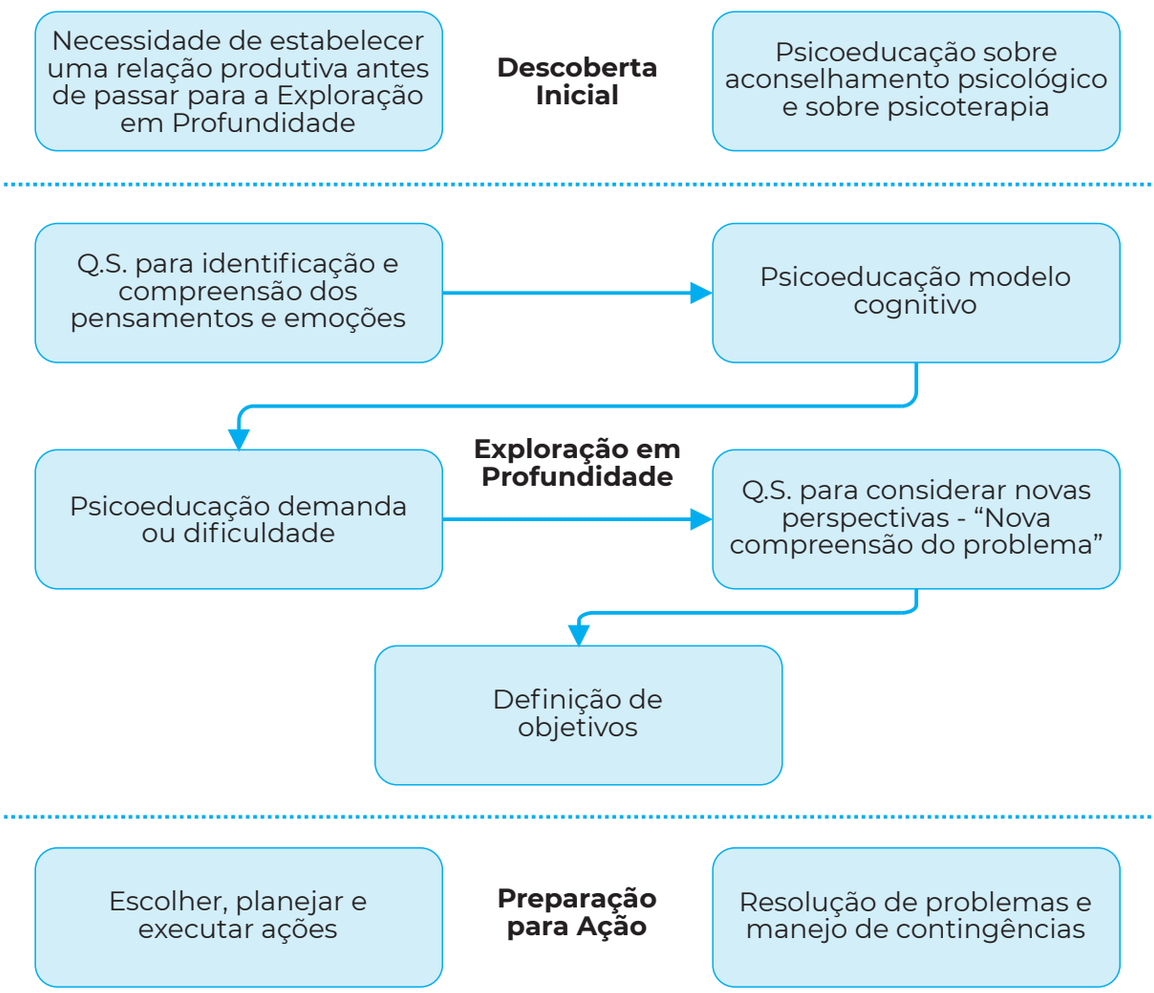
Ainda na etapa de Exploração em Profundidade, é importante definir objetivos junto ao(à) paciente, para que seja feita a transição à fase Preparação

Para a Ação. Na Preparação Para a Ação, recomendamos que você utilize o questionamento socrático, para levantamento de novas hipóteses e de novos padrões comportamentais possíveis, e as estratégias de resolução de problemas e manejo de contingências (exploradas no tópico 8). Em linhas gerais, será importante que o(a) paciente escolha uma ou mais ações, planeje-as e execute-as.

Nesse sentido, é importante entender que essas ações não se limitam a comportamentos observáveis, e que através do aconselhamento podem ser desenvolvidas exclusivamente novas perspectivas ou alterações de construtos pessoais, bem como a promoção de um encontro acolhedor.

Figura 2.

Fluxo referente à Estrutura 1



Nota: "Q. S." refere-se ao questionamento socrático.

Ao longo de todo processo de aconselhamento, tente esclarecer quaisquer pontos de dúvidas que surjam e tente facilitar que as mudanças decorrentes do processo extrapolem para a vida cotidiana do(a) paciente. Além disso, você pode solicitar feedback sobre o que o(a) paciente está achando ou achou desse processo e perguntar o que vai levar de importante ou de mudança para sua vida.

Reconhecendo a singularidade de cada processo e de cada dupla terapeuta-paciente, reforçamos a importância de que você consiga realizar as adaptações necessárias, bem como de que tenha flexibilidade ao implementar a estrutura proposta, mantendo em vista que sua atuação deve se dar em benefício do(a) paciente.

Surgimento de novas questões ao longo do processo de aconselhamento psicológico

Como dito, a primeira sugestão de estrutura para o aconselhamento psicológico foi pensada para aqueles casos em que se supõe ou se aposta que o aconselhamento será suficiente, ou seja, que terminará sem encaminhamento a outro serviço. Entretanto, podem surgir novas questões ou novas dimensões de uma mesma questão ao longo do processo ou em sua fase final. Diante disso, e junto ao(à) supervisor(a), uma das duas direções pode ser tomada:

(1) flexibilização para um maior número de sessões de aconselhamento a fim de abarcar a nova demanda ou
(2) Encaminhamento para outro serviço, como psicoterapia.

Nesse sentido, **a conduta irá variar muito a depender do caso.** Sendo assim, o primeiro passo será uma **avaliação acurada**, pois apenas a partir da compreensão é que você, junto à supervisão, poderá tomar uma decisão assertiva. Isso deve ser feito tendo em mente o que é o serviço de aconselhamento psicológico e suas principais características.

Recomendamos que você, terapeuta, avalie a dimensão, a complexidade e o impacto da demanda, bem como as necessidades do(a) paciente. Tente diferenciar, por exemplo, novas demandas pontuais de demandas complexas, que envolvem várias dimensões da vida da pessoa e parecem carecer de uma atenção mais extensa, pela cronicidade e pervasividade das questões. Além disso, considere o tempo que ambos ainda têm disponível dentro do planejamento

inicial das sessões (1 a 10 sessões de aconselhamento) e quanto mais tempo provavelmente seria necessário para conseguir abarcar a nova demanda.

A título de exemplo, podemos levantar algumas situações hipotéticas. Em todas elas há algo em comum: a importância de que a(o) terapeuta tenha esclarecido previamente ao(à) paciente no que consiste aquele processo, isto é, que tenha feito psicoeducação acerca do processo de aconselhamento psicológico (veja "Psicoeducação sobre os serviços prestados: aconselhamento e psicoterapia" no tópico 8). Acerca disso, há um destaque para a importância da psicoeducação no encerramento de um processo terapêutico consistente com os princípios da Terapia Cognitivo Comportamental (Freitas et. al., 2022). Psicoeducar, no início do processo de aconselhamento, acerca desses serviços, cumpre também a finalidade de evitar que o(a) paciente possa sentir-se negligenciado, 'abandonado' ou desesperançado caso sua demanda não seja 'solucionada' apenas com o aconselhamento (quando houver encaminhamento), por exemplo.

Ainda, pode ser que algumas sessões de aconselhamento adicionais, para além das previstas, possam ser suficientes para auxiliar o(a) paciente no processo de solução da demanda trazida, sem que o encaminhamento para a psicoterapia seja necessário, pela falta de indicação a esse serviço. Para questões pontuais, se, para a nova demanda, os mesmos processos realizados com a demanda inicial puderem ser aplicados, e se terapeuta e supervisor(a) julgarem que é viável, pode-se dar continuidade ao processo de aconselhamento incentivando e ajudando o(a) paciente a realizar os procedimentos de explorar, definir objetivos e planejar ações com maior autonomia, ou seja, pode-se solicitar ao(à) paciente que seja ainda mais ativo na resolução dessa nova demanda, como forma de se apropriar do que foi aprendido a partir daquela relação e de materializar a autoajuda e a autonomia. Espera-se que o acréscimo de algumas sessões seja suficiente, sem ultrapassar os limites e objetivos de um processo de aconselhamento. Nesses casos, você deve guiar-se pelas orientações em "Alta do Aconselhamento" para realizar o desligamento do(a) paciente da Plataforma Escuta SUSP.

Por outro lado, se a nova demanda for complexa, não pontual, relacionar-se a múltiplas dimensões da vida da pessoa e mostrar-se crônica e/ou pervasiva, bem como se terapeuta e supervisor(a) consideram que o(a) paciente está apresentando muita dificuldade para enfrentar seus problemas sozinho(a), o encaminhamento provavelmente será a melhor decisão, tendo em vista a incompatibilidade da demanda com o modelo de aconselhamento psicológico.

Cumpre ressaltar que, em casos de identificação de ideação suicida com ou sem planejamento, você deve informar seu(sua) supervisor(a) imediatamente. Nesse sentido, o porte de arma de fogo configura-se uma variável relevante para aumento do risco, logo, é necessário ainda mais cuidado.

Aqui, faz-se necessária uma ponderação sobre a postura frente a uma situação de sofrimento intenso, de choque ou de trauma. Nesses casos, que podem ser expostos durante o processo de aconselhamento, em um momento em que a relação terapêutica estabelecida pode auxiliar o(a) paciente a se expressar mais abertamente, deve-se flexibilizar ainda mais o planejamento prévio da sessão, de modo que os novos objetivos imediatos podem ser exclusivamente os de fornecer uma escuta atenta, qualificada e acolhedora em um espaço seguro, proporcionar escuta e acolhimento mais significativos possibilitando e validando a expressividade emocional e o compartilhamento das próprias experiências. Estes serão os objetivos mais imediatos. Assim que possível, você deve adaptar sua atuação para a segunda sugestão de aconselhamento psicológico, indicada para processos que resultem em encaminhamento, e guiar-se pelas orientações em "Desligamento do Serviço de Aconselhamento seguido de encaminhamento para outro serviço", e não em "Alta do Aconselhamento".

Alta do Aconselhamento

Para os casos em que o(a) paciente realizou o processo de aconselhamento psicológico e irá receber alta, o objetivo principal é possibilitar a manutenção dos benefícios que foram viabilizados pelo acompanhamento. Existem várias formas pelas quais isso pode ser feito; algumas sugestões constam aqui, mas você fica responsável por, junto ao seu supervisor, adequá-las ao que cada caso pede, por integrar as sugestões de acordo com sua avaliação da aplicabilidade de cada uma delas e por adaptar a sua atuação às particularidades de cada paciente, a fim de individualizar o encerramento. Ainda, caso necessário, você pode buscar, junto à supervisão, orientações adicionais que sejam mais específicas para o caso.

Freitas e colaboradoras (2022) propuseram um guia de preparação para alta da psicoterapia com base nos princípios da Terapia Cognitivo Comportamental, com a finalidade de auxiliar psicoterapeutas a promoverem a manutenção dos benefícios da psicoterapia e a prevenção de recaídas junto a seus pacientes. Esse guia consiste em um material que o(a) paciente poderá

utilizar de forma autônoma e continuada após a alta. As autoras buscam encorajar o desenvolvimento de ferramentas que possam ficar de posse do(a) paciente para utilização após a alta, atribuindo a importância disso ao elevado número de pessoas com sofrimento mental e à relevância de que as pessoas que conseguem acesso a serviços como o de psicoterapia manterem os ganhos a longo prazo. As autoras destacam a importância da psicoeducação e da coerência entre o que o(a) paciente "aprendeu por meio de psicoeducação, compreendeu o motivo e o método da aplicação, melhor se adaptou e aplica em situações de seu dia a dia" (p. 201) e o que será incluído na elaboração do guia, no molde proposto por elas.

Apesar das diferenças entre os processos de psicoterapia e de aconselhamento psicológico, podemos transpor algumas contribuições dessas autoras para o presente contexto. Recomendamos fortemente que você ajude o(a) paciente a construir seu próprio material enquanto vocês estiverem juntos em sessão. A sua criatividade e a criatividade do(a) paciente são bem-vindas, como em todo o andamento do processo. Como sugestão, esse material pode ser construído a partir de uma sequência de sete passos que será explicitada a seguir.

> Em linhas gerais, o término deste aconselhamento deve ser realizado em torno do que foi construído conjuntamente pela dupla terapeuta paciente, com o objetivo de sintetizar o que foi aprendido pelo(a) paciente a respeito de si mesmo(a) - autoconhecimento - e de reforçar o que foi aprendido, explorado e realizado pelo(a) paciente como estratégia ao longo do processo - favorecendo autoajuda e autonomia. Uma sequência simples a ser seguida é: (1) solicitar ao(à) paciente que responda o que mudou ao longo do processo, ou seja, quais foram os ganhos do processo; (2) solicitar ao(à) paciente que responda a que ele(a) atribui essas mudanças/ganhos; (3) ajudar o(a) paciente a reconhecer o que ele(a) fez para obter esses ganhos, ou seja, quais as estratégias utilizadas para alcançá-los; (4) convidar o(a) paciente a pensar e planejar ações específicas que se traduzam na manutenção das estratégias levantadas anteriormente; (5) psicoeducar o(a) paciente sobre a inevitabilidade da emergência de adversidades; (6) ajudar o(a) paciente a antecipar adversidades que possam surgir e a planejar suas respostas a essas situações; e (7) incentivar o automonitoramento como uma prática contínua.

Destacamos, em conformidade com o passo 3 acima, a importância de que você ajude o(a) paciente a atribuir a si mesmo(a) o crédito pelos ganhos percebidos, lembrando-se de estimular o autoconhecimento, a autoajuda e a autonomia do(a) paciente. Destacamos também o quanto é fundamental que a dupla terapeuta paciente seja específica ao buscar identificar quais foram as estratégias utilizadas que favoreceram as mudanças, sejam elas cognitivas ou comportamentais, bem como ao buscar planejar as estratégias a serem mantidas. No planejamento de manutenção de estratégias e de respostas a adversidades futuras, importa ser específico não apenas em relação às estratégias em si, mas também em relação a como e quando fazer, realmente programando-as como atividades a serem realizadas consistentemente. A leitura de cartões de manutenção positiva pode ser uma atividade a ser incluída nesse planejamento. Para viabilizar a manutenção dos benefícios, você pode convidar e guiar o(a) paciente na construção assistida de cartões de manutenção positiva que disponham sobre o que vocês exploraram colaborativamente e que estejam disponíveis para serem consultados regularmente.

É importante destacar que, conforme o passo 5 acima, a alta de um processo terapêutico não significa que adversidades cessarão em absoluto ou que experiências desagradáveis inerentes à vida poderão ser evitadas deliberadamente. Nesse sentido, a(o) terapeuta pode ajudar o(a) paciente a perceber isso e a identificar quais situações se configuram dentro da normalidade e quais situações exigem atenção profissional, por exemplo, através da psicoeducação.

Por fim, chamamos atenção para o fato de que o incentivo ao automonitoramento, como mencionado no passo 7 acima, será melhor aplicado caso essa prática tenha sido utilizada desde o início do processo terapêutico, bem como qualquer outra prática que seja importante que o(a) paciente incorpore no seu dia a dia. Dessa forma, recomendamos que você incentive o(a) paciente a se auto monitorar entre as sessões desde os primeiros contatos, ou assim que realizada a psicoeducação sobre o modelo cognitivo. O Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) pode ser um aliado importante para esse objetivo. Por fim, reafirmamos a importância de solicitar feedback e de se certificar de que as possíveis dúvidas do(a) paciente foram sanadas.

Segunda Sugestão: Aconselhamento para Situações de Sofrimento Intenso

Como destacado em outras seções deste protocolo, existem especificidades nas vivências pessoais dos profissionais de segurança pública que podem afetar direta ou indiretamente na procura por, no aproveitamento e no engajamento em serviços de saúde mental como o aqui proposto. Assim, a atenção às experiências próprias dos PSP deve se fazer presente na condução do aconselhamento psicológico.

Nesse sentido, pode ter sido difícil para o(a) paciente ter procurado o Serviço I. De maneira semelhante, pode ser difícil para ele(a) dar continuidade à sua decisão, isto é, manter-se engajado(a) nessa busca por atendimento psicológico. Acerca disso, o encaminhamento se mostra como mais uma etapa a ser percorrida e, por isso, você deve atuar no sentido de aumentar a probabilidade de que ele(a) receba bem o encaminhamento e se engaje no processo para o qual você o(a) encaminhará.

Sendo assim, a segunda sugestão de estruturação do processo de aconselhamento foi pensada para aqueles casos que sabidamente receberão encaminhamento a outro serviço. Ou seja, idealmente, utiliza-se essa sugestão para os casos em que, a partir da avaliação e junto ao(à) supervisor(a), decidiu-se desde o início por encaminhamento a outro serviço. Contudo, como explicitado anteriormente, você pode precisar adaptar sua conduta com um(a) paciente para o(a) qual o encaminhamento não foi inicialmente planejado, mas que posteriormente mostrou-se necessário. Nesse caso, as orientações a seguir também serão úteis.

Aqui, também utilizaremos as contribuições de Patterson & Eisenberg (1988). Inicialmente, reforçamos a importância da psicoeducação, que pode ser utilizada tanto na Descoberta Inicial como na Exploração em Profundidade. Para que o encaminhamento faça sentido para o(a) paciente, será sua responsabilidade conduzir a psicoeducação acerca de diferentes serviços de saúde mental, como aconselhamento e psicoterapia, destacando suas diferenças em objetivos e indicações. Ajude o(a) paciente a entender do que se trata cada um dos processos e procure se certificar de responder a suas dúvidas. Espera-se que isso ajude o(a) paciente a atribuir sentido ao encaminhamento e a engajar-se nesse processo. Se preciso, revise o conteúdo psicoeducativo que dispõe sobre esse tema ao se preparar para o encontro com o(a) paciente.

Além disso, pode ser importante destacar outros pontos. Por exemplo, ao esclarecer para o(a) paciente aspectos éticos aos quais você está submetido, como o sigilo – sabidamente importante para esse público -, busque evidenciar que esses aspectos éticos também incidem sobre todas(os) as(os) psicólogas(os). Ainda, esclareça que, bem como você esteve disponível e interessada(o) em ajudá-lo(a), a(o) próxima terapeuta com quem ele(a) se encontrará buscará ouvi-lo(a) e atender às suas necessidades, mas na modalidade de atendimento adequada para ele(a) - o que ele(a) já deve entender, pela psicoeducação. A intenção desse tipo de conduta é facilitar a futura construção de vínculo com outro profissional.

Como parte da Exploração em Profundidade, busque ajudar o(a) paciente a reconhecer como ele(a) se sente em relação ao encaminhamento e a investigar o que ele(a) pensa a esse respeito. É de grande ajuda que o(a) paciente tenha clareza dos motivos individuais pelos quais recorrer a serviços de saúde mental é importante para si mesmo(a), e, sendo assim, você deve convidá-lo(a) a formular a própria compreensão sobre esses motivos e a fortalecer suas ações no sentido de sustentar esse processo. Nesse momento, você pode ajudá-lo(a) a aceitar sentimentos como insegurança e medo em detrimento desses motivos pessoais e a reduzir a força de pensamentos irrealistas ou excessivamente negativos em relação ao encaminhamento.

Adicionalmente, é fundamental que você reforce e valide a busca por atendimento psicológico e ajude o(a) paciente a reconhecer e atribuir a si mesmo(a) o mérito por ter tomado uma decisão como esta - reconhecendo que pode ser difícil. Além disso, ajude-o(a) a perceber como ele(a) se sentiu ao tomar essa decisão e nos encontros com você; a avaliar se ele(a) conseguiu confiar nos aspectos sigilosos da relação; e a elaborar o que ele(a) pensa sobre esse início, por exemplo, se e por quê ele(a) considera ter sido importante tomar essa decisão.

Perceba que o engajamento em um novo serviço provavelmente será justamente a ação pretendida pelo processo de aconselhamento. Assim, a Preparação para a Ação consistirá em reunir e compreender os motivos para manter-se engajado na busca por atendimento psicológico, bem como em fortalecer comportamentos e crenças que sustentem esse processo, e/ou a enfraquecer aqueles que o prejudiquem.

É interessante que você seja criativa(o) nesse momento e que conduza essa situação de acordo com as particularidades daquela pessoa em questão, considerando os recursos dos quais ela já dispõe e ajudando-a a percebê-los

e a utilizá-los. Por exemplo, se a pessoa foi capaz de estabelecer uma relação significativa com você, é provável que ela tenha recursos e repertórios que poderão ser utilizados em outras relações, como confiar em outrem e se mostrar vulnerável. Evidencie isso junto ao(à) paciente e busque favorecer que ele(a) dê andamento ao seu processo pessoal mantendo-se aberto(a).

Término do vínculo seguido de encaminhamento para outro serviço

Uma situação que pode ocorrer, especialmente em processos mais longos, em que inicialmente não se pretendia realizar encaminhamento, é o(a) paciente se mostrar resistente ao desenvolvimento de um novo vínculo e/ou apegado(a) ao vínculo atual. Nesses casos, tente facilitar o estabelecimento do próximo vínculo a partir do exemplo do vínculo que ele(a) criou com você. Essa ideia foi incorporada à segunda sugestão de estrutura para o processo de aconselhamento, como você pôde perceber.

Uma estratégia recomendada, para além daquelas já expostas, é realizar uma sessão de transição junto ao terapeuta que assumirá o caso. Por exemplo, se um(a) paciente que será encaminhado(a) ao Serviço II da Plataforma Escuta SUSP mostra resistência a esse procedimento, você pode propor uma sessão de transição para o novo processo terapêutico - no caso, psicoterapia -, em que você estará presente. A ideia é fornecer apoio nesse passo que se mostrou uma dificuldade para aquele(a) paciente, bem como evitar provocar sensação de abandono ou de negligência, caso você julgue válido, junto à supervisão.

Outra estratégia, como consta em Zuckerman e colaboradores (2004), é terminar o processo atual apenas após o início do outro processo. Por fins ilustrativos, de acordo com essa estratégia, ao realizar encaminhamento de um(a) paciente ao Serviço II, o primeiro encontro com o psicoterapeuta do Serviço II antecederia o seu último encontro com o(a) paciente. Dessa forma, você poderia ajudá-lo(a) a preparar-se para esse primeiro encontro, e vocês ainda teriam oportunidade de explorar em conjunto como foi para ele(a) - como ele(a) se sentiu, qual foi sua perspectiva, como está a motivação e o engajamento para continuar -, encerrando propriamente depois disso. Entretanto, ressaltamos que esta estratégia consta no presente protocolo por fins ilustrativos. Dessa forma, caso haja interesse em utilizá-la, é importante que seja avaliado a viabilidade.

Término do vínculo terapêutico

Como dito, há certa concordância de que a relação que emerge entre psicóloga(o) e paciente seja um elemento importante da experiência terapêutica (Gelso & An, 2024). Dessa forma, esperamos que você desenvolva uma relação significativa durante seu contato com cada PSP que atenda. Para ajudá-la(o) a encerrar esse vínculo de maneira apropriada, cuidadosa e acolhedora, elaboramos algumas considerações, de modo que este subtópico se dedica exclusivamente a ponderações acerca do término do vínculo terapêutico.

Os tópicos anteriores contemplaram o desligamento do Serviço de Aconselhamento de acordo com outros enfoques - como a manutenção dos ganhos, na primeira situação, e a promoção de engajamento em outro processo, na segunda situação. Aqui, diferentemente, o enfoque adotado será o do vínculo terapêutico, o que cabe a ambas as situações. Nesse sentido, entendemos o término desse vínculo como potencial gerador de emoções significativas e/ou difíceis.

Se você estabeleceu uma relação significativa, profunda, em que o(a) paciente conseguiu ser vulnerável e houve intimidade entre vocês, é compreensível que surjam emoções associadas ao término dessa relação. O impacto emocional pode dar-se tanto para o(a) paciente como para a(o) terapeuta. Ainda, esse impacto pode ser menor ou maior a depender de características específicas do(a) paciente, da(o) terapeuta e da relação que se desenvolveu entre as duas partes. Tendo isso em vista, destacamos a validade das emoções que podem surgir nesse processo.

Por isso, a primeira sugestão é que você inicialmente ajude o(a) paciente a reconhecer e expressar suas próprias emoções, para que você possa validá-las e para que você o(a) ajude a fazer o mesmo. Acrescentamos que as emoções que surgem podem dar-se de maneira 'mista', o que também pode ser reconhecido como válido. Acerca disso, recomendamos que você também tente reconhecer e validar suas próprias emoções emergentes, contando com a supervisão para isso (Abramson, 2022).

Ademais, recomendamos que você prepare um momento para despedir-se adequadamente do(a) paciente e promover um senso de encerramento. Separe um tempo exclusivamente para isso. Nesse momento, seja congruente e mantenha uma postura acolhedora. Aqui, perceba que a escolha de como promover essa sensação deve ser flexível, ou seja, você deve planejar esse momento de acordo com as especificidades de cada relação; o importante é que você seja intencional e cuidadoso.

Se couber, você pode agradecer ao(à) paciente por ter colaborado com você e lhe proporcionado uma experiência significativa, o que pode ajudar a transmitir a ideia de que você se importa com ele(a) (Abramson, 2022). Você também pode propor uma reflexão sobre a jornada que fizeram juntos. A intenção não é fazer uma análise objetiva dos ganhos, mas proporcionar um momento emocionalmente significativo que promova o encerramento. Pensar um 'ritual' simbólico também pode ser uma forma criativa de tentar alcançar esse objetivo.

Além disso, como dito anteriormente, a condução horizontalizada e aberta do processo de aconselhamento é recomendada. No contexto deste subtópico, isso significa que você deve, logo no início do processo, deixar claro os aspectos de seu funcionamento, como a duração limitada do processo de aconselhamento, a especificidade das demandas que o aconselhamento se propõe a atender e a inevitabilidade do término desse processo. Isso serve ao momento de término do vínculo terapêutico na medida em que o torna esperado, previsível, e, em último nível, um acordo compartilhado entre as duas partes. O término do processo terapêutico não deve ser uma surpresa para o(a) paciente, mas deve ter sido informado de início, ser planejado e gradual (Abramson, 2022).

De fato, ser colaborativo no que diz respeito ao encerramento de um processo terapêutico é uma abordagem defendida por Goode et al. (2017), que recomendam estratégias colaborativas para o encerramento em diferentes fases do processo. Nesse sentido, no início do processo, endereçar as expectativas do(a) paciente acerca do término - como recomendamos no presente protocolo - configura-se uma estratégia colaborativa, por exemplo. Similarmente, o planejamento do momento de encerramento também é passível de ser feito de maneira colaborativa, o que recomendamos. Por exemplo, se possível, em uma sessão anterior, revele ao(à) paciente seu interesse de criar um momento especial para despedir-se dele(a), solicitando feedback e sugestões.

Por fim, defendemos, de acordo com Zuckerman e Mitchell (2004), que estagiários em serviços de atendimento psicológico - sobretudo aqueles sujeitos a situações de 'término forçado' em decorrência do programa em que atuam, no caso, do Escuta SUSP - podem beneficiar-se de atenção extra ao tema do término e de supervisão que foque nessa questão. Por isso, conte com a supervisão para preparar-se e para conduzir efetivamente o encerramento de cada vínculo terapêutico.

5. CONTEÚDO PSICOEDUCATIVO E OUTRAS INTERVENÇÕES NO ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO

Conteúdo das Intervenções Psicoeducativas

Como apresentado anteriormente, a psicoeducação será utilizada durante o processo de aconselhamento. Você deve estar se perguntando: "Como poderei fazer isso?". Nesse sentido, visando o comprometimento técnico e científico, padronizamos como poderão ser realizados os processos psicoeducativos de cada possível demanda, conforme as mais recorrentes apresentadas pelos profissionais de segurança pública. A seguir, você encontrará instruções do conteúdo que poderá abarcar. Se possível, busque trazer exemplos da própria pessoa ao realizar a psicoeducação, especialmente, trazer o funcionamento cognitivo dela aplicado ao tema.

É importante ressaltar, mais uma vez, a necessidade de buscar adequar a psicoeducação de forma que o(a) paciente irá compreender totalmente checando a sua compreensão sempre que possível. Lembrando que estas são orientações e recomendações gerais do que você, terapeuta, deverá falar ao(à) paciente. Estando em sua responsabilidade adequar a sua linguagem e conferir o entendimento conforme as dúvidas que este te trouxer. Além disso, pode ser que eles apresentem mais demandas além das descritas aqui. Neste caso, busque consultar o(a) seu/sua supervisor(a). Utilizem o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR (2023) para fundamentar-se na psicoeducação a ser realizada. No mais, no tópico 9 há literaturas recomendadas que podem ajudá-los(as) e links que podem ser enviados aos(às) pacientes sobre os assuntos trabalhados na psicoeducação. Você também observará, ao longo das orientações psicoeducativas, indicações de envios de imagens, tabelas ou até mesmo partes do que você falar como texto. Portanto, se organize antes da sessão para isso.

Psicoeducação sobre os serviços prestados: aconselhamento e psicoterapia

Esta psicoeducação deverá ocorrer na primeira sessão de aconselhamento. A seguir, daremos instruções do que você, terapeuta, deverá falar. Após a introdução sobre o que irão conversar no dia, inicie a explicação:

> Terapeuta: "Na(s) última(s) sessão(ões) você respondeu algumas perguntas que vão me guiar em como posso te ajudar. Nessa e nas próximas sessões iremos conversar sobre algumas temáticas que podem te ajudar a se conhecer e refletir mais sobre você".

Após, pergunte ao(à) paciente se ele tem alguma dúvida. Caso não, prossiga com o próximo diálogo:

> Terapeuta: "É importante que você entenda o que estamos fazendo aqui. Neste momento, você está passando por um processo chamado aconselhamento e que é um pouco diferente da psicoterapia, mas você vai entender isso melhor conforme for te explicando. O aconselhamento é um processo mais curto em número de sessões e, por isso, elas são mais objetivas. Nelas eu vou tentar te ajudar a se entender melhor, através de explicações sobre o seu funcionamento psicológico. Ou seja, isso significa que vou te explicar sobre como nossos pensamentos, sentimentos e comportamentos se relacionam e ajudar esclarecendo sobre possíveis problemas que você pode estar vivenciando. Quanto mais você souber sobre si, mais fácil será desenvolver estratégias para lidar com os eventos na sua vida."

Mais uma vez, pergunte se a pessoa entendeu até aqui. Então, continue:

> Terapeuta: "Tanto o aconselhamento quanto a psicoterapia são processos sigilosos, isso significa que apenas o terapeuta, nesse caso sou eu, ou a(o) psicóloga(o) que está te atendendo, terá acesso as informações que você der. Então, você pode se sentir à vontade sempre para conversar sobre os problemas que estão te incomodando neste momento e para esclarecer possíveis dúvidas."

Dê uma pequena pausa e prossiga:

> Terapeuta: "Você perceberá que sempre irei estar te perguntando sobre se tem alguma dúvida e se posso esclarecer em algo. Isso é porque o seu Feedback também é muito importante para mim, então não sinta vergonha de falar caso não goste de algo ou não entenda."

Dê uma pequena pausa e prossiga:

> Terapeuta: "Às vezes, podemos achar que o que estamos pensando é bobeira ou que demonstrar sentimentos é uma fraqueza ou errado, mas pelo contrário. Tudo aquilo que for importante para você, é importante para mim."

Dê uma pequena pausa e prossiga:

> Terapeuta: "Além disso, falar dos sentimentos e enfrentar problemas é um ato que exige coragem e força. No começo, você pode se sentir um pouco desconfortável e isso é normal, mas conforme for se entendendo melhor irá perceber que falar sobre seus problemas e tirar suas dúvidas vai te ajudar e muito a resolvê-los."

Pergunte se a pessoa tem alguma dúvida sobre o aconselhamento ou sobre outra coisa que tenha falado até aqui. Em seguida, continue:

> Terapeuta: "Após essas sessões ou até mesmo antes, caso eu veja que seria bom e necessário para você, te encaminharei para a psicoterapia, para que continue trabalhando o que começamos aqui. A diferença entre o aconselhamento e a psicoterapia se dá principalmente no tempo de duração, sendo que o primeiro é mais breve e o segundo pode levar mais sessões. Como o aconselhamento é mais curto ele também é mais direcionado a situações pontuais. Na psicoterapia, você poderá ter mais tempo para explorar e aprender mais sobre si, habilidades e estratégias úteis."

Pergunte se a pessoa entendeu e se tem alguma dúvida sobre a diferença. Continue:

> Terapeuta: "Pode ser que você não consiga continuar as sessões comigo e sim faça com outra(o) psicóloga(o), mas saiba que todos são profissionais bem treinados para te ajudar nessa jornada."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Além disso, caso tenha dúvidas sobre quaisquer dos processos que está realizando, não deixe de perguntar a mim ou a quem estiver te atendendo. É muito importante que você se sinta à vontade, acolhido e respeitado nestes processos. O seu bem-estar é a prioridade aqui."

Após está psicoeducação, pergunte se a pessoa tem alguma dúvida, esclareça para ela pontos principais. Peça também, como ensinado anteriormente, que ela te fale sobre o que achou da conversa e o que ela achou mais interessante.

Psicoeducação sobre o Modelo Cognitivo

Esta psicoeducação poderá ser realizada a partir da segunda sessão de aconselhamento. Busque trazer exemplos que a própria pessoa já tiver apresentado na fala ou pergunte ao final se ela consegue pensar em algum da própria vida. A seguir, orientações de como se deve falar. Inicie cumprimentando e perguntando ao(à) paciente, em seguida continue:

> Terapeuta: "Hoje, gostaria de conversar com você sobre como funciona nossa cognição para ajudá-la a entender melhor como suas emoções e comportamentos estão conectados aos seus pensamentos. Você já ouviu falar sobre isso antes?

Espere a resposta do(a) paciente e continue:

> Terapeuta: "Existem várias linhas de tratamentos diferentes na psicologia e elas são diferentes umas das outras. Aqui, nessas sessões, vamos utilizar a linha da Terapia Cognitivo Comportamental. Ela diz que a nossa interpretação das situações influencia diretamente como nos sentimos, agimos e nossas reações corporais. Isso é chamado

> de modelo ou funcionamento cognitivo. A questão é que não é a situação em si que determina o que as pessoas sentem e fazem, mas a interpretação que elas têm da situação. Isso faz sentido para você?"

Espere a resposta do(a) paciente e continue:

> Terapeuta: "Uma forma de entender isso de forma mais fácil é, por exemplo, quando assistimos um filme com uma outra pessoa. Às vezes nós gostamos e a outra pessoa não. Isso vai influenciar na forma como cada um vai se sentir e, também, nos nossos comportamentos. O filme é exatamente o mesmo, mas o que determina é a interpretação que cada um teve dele."

Pergunte se há alguma dúvida até aqui ou se o(a) paciente quer que você repita algo. Continue:

> Terapeuta: "Quanto mais uma pessoa entende do seu funcionamento cognitivo, mais facilmente ela vai identificar e conseguir fazer mudanças/resolver problemas em sua vida. Um exercício interessante é começar a perceber qual pensamento está passando pela sua cabeça quando algo acontece. Por exemplo, ao estar ouvindo/lendo esta explicação, provavelmente podem estar passando alguns pensamentos, como: "Isso faz sentido para mim e pode me ajudar", "Que interessante, quero entender mais sobre meu funcionamento", "Isso é uma bobeira, estou perdendo meu tempo" ou "Isso é muito difícil, não vou conseguir aprender, sou muito burro."

Se oportuno, pergunte a pessoa o que ela está pensando sobre a explicação no momento. Se não, apenas pergunte se está fazendo sentido para ela. Continue:

> Terapeuta: "Sabe este pensamento que você teve agora? Nós chamamos de pensamentos automáticos. Estes pensamentos que acontecem no mesmo momento que a situação/evento, eles não são resultados de um raciocínio profundo e podem acontecer de forma espontânea. Dessa forma, veja que há diferentes formas de interpretar uma determinada situação."

Se a pessoa falou qual pensamento estava tendo anteriormente, aproveite para perguntar como este a faz se sentir e, a partir disso, o da vontade de fazer (caso não, só de uma pequena pausa). Em seguida, continue:

> Terapeuta: "Caso você tenha o primeiro ou segundo pensamento que dei como exemplo, pode ser que isso te leve a emoções de esperança, felicidade, curiosidade ou até mesmo emoções neutras. Com isso, vai ter mais interesse em aprender, buscar informações e prestar atenção. No entanto, caso você tenha pensamentos parecidos com o terceiro e quarto caso, provavelmente vai ter emoções como desmotivação, desânimo ou tédio. Isso vai te levar a não querer mais "gastar" seu tempo escutando/aprendendo ou não prestar mais atenção. No caso do exemplo do último pensamento, este ainda pode te levar a ter sensações no corpo típicas da ansiedade, como aperto no peito ou dificuldade para respirar."

Pergunte se há alguma dúvida até aqui e se está fazendo sentido para ela. Então, continue:

> Terapeuta: "É provável que a partir de agora você fique mais atento aos seus pensamentos. Ainda que isso aconteça, pode ser que você não consiga aceitá-los sem críticas e tão pouco os questionar, pois acredita que são verdadeiros. No entanto, existem pensamentos que nos prejudicam, levando a determinados sentimentos desconfortáveis e comportamentos prejudiciais. Por isso, é importante os avaliarmos, pois a partir daí podemos mudá-los."

Pergunte se isso faz sentido para ela. Continue:

> Terapeuta: "Falamos hoje de muitas coisas que podem ser novidades para você. Aos poucos você vai perceber que isso vai fazendo mais sentido. Agora que você já tem este conhecimento, vai ficar cada vez mais fácil se monitorar, entender melhor como seus pensamentos estão associados às suas emoções e comportamentos. Também perceberá que, em algumas situações ou eventos, determinados padrões de pensamento, sentimento e comportamento são mais frequentes. Isso poderá te ajudar a pensar com mais clareza,

> questionar se os seus pensamentos realmente fazem sentido e se estão te ajudando na situação. Assim, irá conseguir desenvolver formas de interpretar que poderão te ajudar com suas emoções e situações gerais. Agora, vou te mostrar um modelo de anotação diária que poderá te ajudar com isso. Além disso, caso tenha interesse, esse processo também pode ser melhor explorado através da psicoterapia.

A seguir, você encontra o registro diário para sugerir ao(à) paciente. Caso haja tempo, recomenda-se que preencha pelo menos uma linha com o(a) paciente para ensiná-lo(a), se não somente explique brevemente como poderia preencher. Por exemplo, a situação pode ser a própria sessão, o que está passando pela cabeça dele(a), como está se sentindo e o que fez ou está com vontade de fazer.

Tabela 1.

Registro diário

Dia	**Situação** O que aconteceu?	**Pensamento** O que passou pela sua cabeça?	**Emoção** Como você se sentiu diante disto?	**Comportamento** O que você fez ou teve vontade de fazer?

Adaptado de Barroso (2023).

Após perguntar se o(a) paciente está conseguindo ver, continue:

> Terapeuta: "Esse diário pode te ajudar a se entender melhor. Você pode anotar sempre que precisar e aí refletir depois sobre pensamentos e comportamentos que teve e, se achar bom, pensar em formas que te ajudariam mais a pensar ou agir nessas situações. O que você acha?"

Após o(a) paciente responder, continue:

> Terapeuta: "Esse é um recurso que realmente pode ajudar. Não precisa anotar todos os dias, mas sempre que lembrar. Essa é uma habilidade que quanto mais você treinar, melhor se tornará! Vamos tentar preencher uma vez juntas? Você tem o celular ou um papel aí?"

Caso a pessoa não tenha, peça para ela anotar no chat da conversa ou em um arquivo no próprio computador.

> Terapeuta: "Poderia anotar em situação "Sessão de aconselhamento"?"

Espere a pessoa anotar e continue:

> Terapeuta: "Agora gostaria que você anotasse o que está passando na sua cabeça na coluna pensamento, com suas palavras por favor e me dissesse o que escreveu."

Aguarde a resposta e continue:

> Terapeuta: "Muito bem! Agora poderia anotar como está se sentindo na coluna emoção e me falar?"

Aguarde a resposta e continue:

> Terapeuta: "Agora, anote por favor o que você tem vontade de fazer na coluna comportamento?"

Aguarde a resposta e finalize:

> Terapeuta: "Muito bom! Como você pode ver, seus pensamentos podem influenciar nas formas que você vai se sentir e nos seus comportamentos. Conforme você for treinando esse reconhecimento, verá que ficará mais fácil se entender e até mesmo fazer modificações."

As informações a seguir não são para serem incluídas na psicoeducação, mas são importantes para que você, terapeuta, posso entender melhor o funcionamento cognitivo. A Figura que se encontra no final desta explicação pode te ajudar também a compreender. Existem as crenças nucleares, que é aquilo de mais profundo que temos, e as crenças intermediárias, que são nossas regras e pressupostos de vida.

As crenças nucleares podem estar em três grandes grupos e uma pessoa pode ter uma ou mais delas. Começando pelas crenças de desamparo – se refere a acreditar que é incapaz ou ineficiente para conseguir alcançar objetivos,

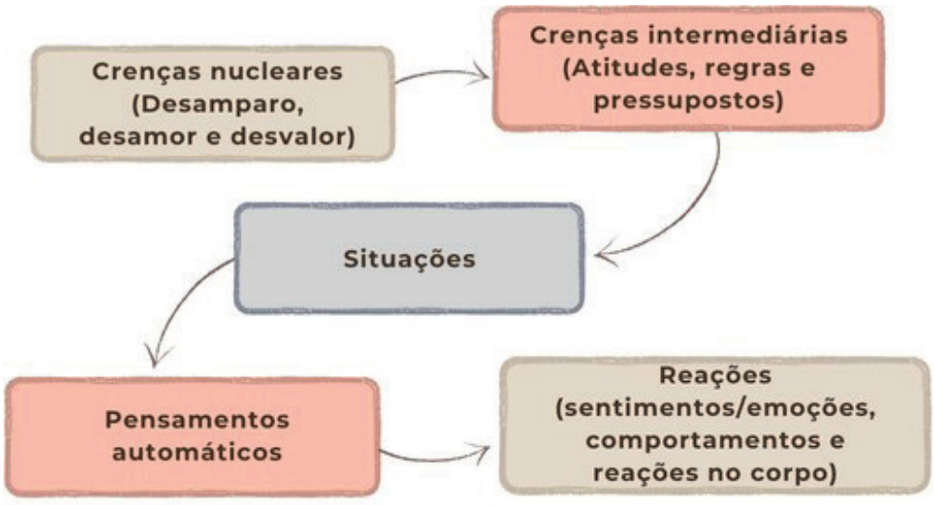
como ter um bom desempenho no trabalho ou aprender algum assunto. Frequentemente, as pessoas com esse tipo de crença se comparam com outras pessoas. Exemplos de pensamentos dentro dessa crença seriam: "Não consigo fazer as coisas" ou "Sou inferior, sou um fracasso" ou "Não sou suficientemente bom, não estou à altura dos meus colegas de trabalho" (Beck, 2021).

Um outro tipo de crenças são as de desamor. A pessoa acredita que por algumas características pessoais não é merecedora de afeto ou amor. Podem ter problemas para receber ou manter amor e intimidade com os outros. Exemplos de alguns pensamentos que esta pessoa pode ter: "Sou alguém impossível de ser amado, sou desagradável, não sou atraente e etc." ou "Não vou ser aceito pelas pessoas porque não sou suficientemente bom e não tenho nada a oferecer". Por fim, há também as crenças de desvalor, a pessoa acredita ser imoral ou perigoso para os outros. Exemplos de pensamentos seriam: "Sou perigoso, louco ou mau" ou "Não mereço viver" (Beck, 2021).

As crenças nucleares influenciam na formação das crenças intermediárias e são a base que vai reger todo o Modelo Cognitivo de cada pessoa. As crenças intermediárias se referem as regras, atitudes e pressupostos de vidas que temos. Um exemplo de cada um seria: atitude – seria horrível falhar; regra: "devo desistir se um desafio parecer muito grande"; e pressuposto: e eu tentar fazer alguma coisa difícil, vou fracassar. Se eu evitar fazê-la, vai ficar tudo bem." Por sua vez, essas podem influenciar nos pensamentos, comportamentos, emoções e reações fisiológicas (Beck, 2021). Para resumir o que foi dito acima, a Figura 3 ilustramos o Modelo Cognitivo de forma que possa te ajudar na compreensão.

Figura 3.

Ilustração do Modelo Cognitivo, adaptado de Beck (2021).



Psicoeducação sobre emoções e regulação emocional

Esta psicoeducação, assim como as que se seguem, serão feitas caso a pessoa apresente esta demanda. seguir, orientações sobre as emoções e regulação emocional para você, terapeuta, explicar:

> Terapeuta: "Todos nós vivenciamos diferentes tipos de emoções e lidamos com elas de diferentes formas, usando de estratégias eficazes e às vezes ineficazes. As emoções são importantes para dar significado à nossa vida, nos lembram das nossas necessidades e nos fazem buscar mudanças quando necessário."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Para começar, é importante que saibamos reconhecer e diferenciar nossas emoções dos nossos pensamentos, geralmente as primeiras podem ser descritas com apenas uma palavra - por exemplo, felicidade, amor, raiva, tristeza etc., enquanto os pensamentos em palavras, imagens e lembranças que passam pela cabeça."

Pergunte se a pessoa identifica o que está sentindo agora e por pensar o que. Continue:

> Terapeuta: "Quando temos dificuldade ou inabilidade de lidar com as experiências ou processar emoções, chamamos isso de desregulação emocional. Ela ocorre tanto quando as emoções se intensificam de maneira excessiva ou quando não se sente as emoções - as desativa excessivamente. A desregulação pode trazer vários prejuízos a uma pessoa, podendo levá-la a comportamentos problemáticos, por exemplo, a tristeza e a raiva de maneira muito intensa pode levar a agredir outras pessoas."

Pergunte se a pessoa entendeu o que é a desregulação emocional, se ficou dúvidas de algo que falou. Continue:

> Terapeuta: "Já a regulação emocional são quaisquer estratégias boas ou problemáticas que uma pessoa pode usar para lidar com as

> emoções. É uma tentativa de mantê-las em um nível tolerável para lidar com elas. Apesar da evitação da emoção ser uma estratégia de busca de regulação emocional, também pode ser prejudicial."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Como uma forma de se esquivar, a pessoa pode acabar abusando de drogas ou álcool, comer compulsivamente, ter insônia, adotar um comportamento sexual irresponsável ou criticar-se. Essas estratégias são soluções que podem até funcionar em um primeiro momento, de forma temporária, mas podem também se tornar um problema a longo prazo."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Suprimir emoções a longo prazo pode resultar em maiores níveis de estresse, que pode trazer prejuízos à saúde, e menor eficácia comunicativa. Também se relaciona a outros diferentes desfechos de adoecimento psicológico, como transtornos depressivos e de ansiedade, bem como a automutilação."

Pergunte se há dúvidas até aqui, se ela entendeu o que é regulação emocional e os prejuízos da evitação das emoções. Continue:

> Terapeuta: "Quando reconhecemos e validamos nossas emoções, podemos encontrar estratégias mais eficazes para lidar com elas, tanto a longo quanto curto prazo. Essas estratégias nos permitem ser mais produtivos e movidos por nossos valores, o que permite uma coerência pessoal e que traz um conforto psíquico ao estarmos em harmonia com aquilo que consideramos importante."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Como podemos ver, as emoções têm um papel importante no nosso funcionamento cognitivo e comportamental. Elas nos fazem buscar mudanças quando necessário e reconhecer momentos que nos dão significado. Assim, nos ajudam a entender

> melhor sobre nossos próprios pensamentos e vontades e a planejar estratégias para lidarmos com a situação. Elas nos dão a direção do que queremos fazer. Além disso, nos ajudam a nos conectar com os outros."

Pergunte se ela entendeu a importância das emoções. Continue:

> Terapeuta: "As emoções frequentemente também influenciam na forma de novos pensamentos que as apoiam e fortalecem, por exemplo, pessoas com raivas podem ter pensamentos com maior enfoque em situações que aumentem essa emoção, como pensar que estão sendo de alguma forma prejudicadas."

Dê uma pausa e finalize sua explicação:

> Terapeuta: "Por isso, caso identifique dificuldades para lidar com as emoções, é importante buscar ajuda com um profissional da saúde mental. A(o) psicóloga(o) poderá te ajudar a perceber e classificar suas emoções, a ter habilidade para usá-las para tomar decisões e esclarecer metas e valores, compreender a natureza das suas emoções e com estratégias que vão te ajudar a controlar e manejar suas emoções."

Alguns pacientes podem apresentar dificuldades para identificar as próprias emoções, tendo até mesmo um vocabulário limitado em relação a elas. Pensando nisso, propomos que após a realização da explicação sobre emoções, seja realizado o seguinte exercício:

1. Apresente para o(a) paciente a lista de emoções:

Tabela 2.

Lista de emoções positivas e negativas.

Emoções positivas	Emoções negativas
• Reconhecido, ousado, afetuoso, aceito, agradável, impressionado, divertido, compreensivo, maravilhoso, benevolente, abençoado, corajoso, calmo, capaz, centrado, animado, confiante, contente, curioso, encantado, dinâmico, empolgado, eufórico, empoderado, energizado, entusiasmado, excitado, afortunado, livre, amigável, realizado, generoso, grato, feliz, útil, esperançoso, respeitoso, perspicaz, inspirado, interessado, alegre, bondoso, leve, amoroso, motivado, aberto, otimista, apaixonado, pacífico, brincalhão, agradavelmente surpreso, radiante, orgulhoso, tranquilizado, aliviado, resiliente, respeitado, reverente, seguro, satisfeito, protegido, sereno, estimulado, apoiado, carinhoso, emocionado, tranquilo, compreendido, valioso, vibrante, virtuoso, importante, sensato, merecedor, jovial, engraçado.	• Triste, abatido, solitário, infeliz, deprimido • Ansioso, preocupado, receoso, assustado, tenso, com medo, desconfiado, estressado, inseguro, em pânico • Com raiva, furioso, irritado, incomodado, frustrado, incompreendido, ressentido, enganado • Envergonhado, embaraçado, humilhado • Desapontado, desencorajado, sem esperança • Ciumento, invejoso • Culpado • Magoado • Desconfiado

Adaptado de Beck (2021).

2. Escolha junto do(a) paciente três emoções, podendo ser positivas ou negativas. Na primeira linha, em cada coluna, você vai colocar uma emoção. Na linha, você buscará preencher pelo menos uma situação para cada emoção.

	Emoção 1	Emoção 2	Emoção 3
Situações que vivenciou a emoção			

Adaptado de Beck (2021).

Caso você, terapeuta, fique inseguro em saber se o(a) paciente está identificando corretamente, pergunte qual foi o pensamento automático relacionado para ver se está condizente com a emoção citada. Ao final do exercício, peça o Feedback perguntando o que ele(a) achou e se ficou dúvidas.

Psicoeducação sobre transtornos do sono-vigília

A seguir, iremos dar orientações sobre como psicoeducar sobre os transtornos do sono-vigília:

> Terapeuta: "As pessoas com transtornos ou distúrbios do sono frequentemente apresentam reclamações de insatisfação envolvendo a qualidade, o tempo e a quantidade de sono. Existem vários tipos de transtornos do sono, que se apresentam de formas diferentes, como o de insônia, excesso de sono, relacionados a respiração (ronco e/ou apneia, isto é, quando a pessoa tem dificuldade de respirar durante o sono), despertares durante o sono, impulso incontrolável de mexer as pernas e outros causados por medicamento ou substâncias."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Além disso, problemas com sono também estão presentes em diversos outros transtornos psicológicos de formas diferentes, como na ansiedade, na depressão, no transtorno do estresse pós-traumático, entre outros. Também são fatores de risco para o desenvolvimento de outros transtornos, por exemplo, uso de substâncias e outras condições médicas, como relacionados a respiração, cardíacos, neurodegenerativos, entre outros."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Como eu disse, a pessoa pode então ter problemas seja de tempo em que fica dormindo ou a qualidade do sono (acorda se sentindo recuperada). Ela pode ter dificuldades para iniciar o sono, manter ou ainda sentir que não houve qualidade no tempo que dormiu, impactando em sua energia durante o dia.

Pergunte se a pessoa entendeu até aqui e se tem dúvidas. Em seguida, continue:

> Terapeuta: "O sono também muda ao longo da vida, tendo maior duração na infância e diminuindo essa necessidade de tempo ao longo do envelhecimento. É importante ressaltar que o sono em excesso ou a falta de sono, também estão relacionados a um risco maior de mortalidade. A insônia crônica também pode levar a depressão."

Pergunte se a pessoa identifica se tem algum problema com sono. Finalize com:

> Terapeuta: "Como podemos ver, o sono pode ser indicativo de diferentes condições médicas, por isso, caso não esteja adequado é muito importante uma avaliação multiprofissional (médicos e psicólogos). A combinação entre o uso de medicamentos e a psicoterapia cognitivo comportamental demonstram ser eficazes para o tratamento dos distúrbios do sono. Na psicoterapia, a(o) psicóloga(o) irá te ensinar estratégias e hábitos que vão te ajudar a dormir melhor."

Após essas explicações, pergunte sobre hábitos que podem estar atrapalhando na rotina do sono, como consumo de cafeína, quantidade de horas dormidas diariamente, que hora costuma dormir, quando faz a última refeição, qual horário faz exercícios, sobre o uso de telas no período da noite. Sugira que o (a) paciente realize modificações nestes hábitos:

> Terapeuta: "Alguns hábitos que nós temos podem prejudicar o nosso sono. Como você me disse, parece que estes (citar os quais o(a) paciente trouxe) podem estar te atrapalhando a dormir bem. Para que seu sono melhore, seria muito importante usc-los. Uma rotina de higiene do sono pode te ajudar, por isso vou te indicar que (recomendações com base nas mudanças necessárias na rotina do(a) paciente como, por exemplo, reduzir os níveis de tela a noite)."

Além disso, você pode recomendar ao(á) paciente que faça os exercícios de respiração diafragmática, que te ensinaremos a seguir, antes de dormir. Caso o(a) paciente tenha o problema de não conseguir "desligar os pensamentos"

antes de dormir, você pode sugerir também que anote para aliviar a ansiedade (Barroso, 2023). Você pode também enviar o link sobre sono que se encontra no tópico 9, nele há instruções de higiene do sono. Não deixe de ressaltar para o(a) paciente a importância também de uma avaliação médica, pois o problema com sono pode estar relacionado a muitas outras condições.

Para te guiar, algumas recomendações para higiene do sono são: Manter uma rotina de sono, dormindo sempre no mesmo horário; Evitar sonecas durante o dia; Banho de sol pela manhã e pela tarde; Mantenha o quarto arejado e utilize apenas para dormir ou relações sexuais; Manter o quarto escuro durante a noite; Fazer atividades de relaxamento antes de dormir, como a respiração; Evitar café e alimentos com cafeína durante o dia e a tarde; Evitar fumar e consumir bebidas alcoólicas de 4 a 6 horas antes de dormir; Evitar comidas e bebidas de 2 a 3 horas antes de dormir; Evitar atividades físicas próximo do horário de dormir; Evitar estímulos luminosos e sonoros, como telas, antes de dormir (Associação Brasileira do sono, 2019; Senado Federal do Brasil, 2022).

No mais, as informações a seguir não são para serem incluídas na psicoeducação. É apenas para ajudar você, terapeuta, a entender melhor os diferentes transtornos do sono: É importante que saibamos o que é o sono REM e o sono não REM: REM significa movimento rápido dos olhos. Durante o sono REM, é onde ocorre a maioria dos sonhos, e ocupa cerca de 20 a 25% do sono, e este período aumenta a duração com a aproximação do amanhecer. Já o sono não REM ocorre em três estágios: 1) Transição de acordado (vigília) para o adormecer, cerca 5% do tempo do sono em adultos; 2) É uma fase intermediária, depois do estágio 1 e antes do sono mais profundo, ocupa 50% do tempo do nosso sono; 3) Estágio mais profundo do sono, ocupa cerca de 20% do tempo do sono em adultos saudáveis. Os transtornos do sono podem ocorrer em diferentes estágios (APA, 2023).

Psicoeducação sobre problemas com álcool e outras drogas

A seguir, você encontrará orientações de como psicoeducar sobre os problemas com álcool e outras drogas. Inicie explicando:

Terapeuta: “O consumo de substância, como álcool e outras drogas, por exemplo maconha, tabaco, cocaína etc., são comuns na humanidade e são feitos por diferentes motivos como rituais religiosos, pelo prazer ou para fugir

de problemas e emoções desconfortáveis. Assim, há 10 classes de transtornos relacionados a substâncias distintas: álcool; cafeína; cannabis; alucinógenos; inalantes; opioides; sedativos; hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes; tabaco; e outras substâncias desconhecidas."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "É importante que você saiba que os transtornos de substâncias não é a mesma coisa de dependência de drogas, pois esse abrange uma ampla gama de transtornos, desde uma forma leve até recaídas crônicas do uso."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Além disso, podem ser divididos em dois grandes grupos: transtornos por uso de substância e transtornos induzidos por substância. Os primeiros são caracterizados pelo uso problemático e recorrente das substâncias. Envolvem uma dependência física e/ou psicológica da substância, além de sintomas de abstinência quando se interrompe o uso."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Os segundos se referem a quando uma substância específica causa sintomas de um transtorno psicológico, por exemplo, algumas podem induzir a sintomas de ansiedade, depressão, psicose e outros. Normalmente, os sintomas são temporários e desaparecem quando a substância é eliminada do organismo, mas isso não é válido para todas as substâncias, algumas podem deixar efeitos residuais."

Pergunte se o(a) paciente tem alguma dúvida até aqui. Continue:

> Terapeuta: "O consumo de substâncias vem crescendo ao longo do tempo e seu uso excessivo é uma preocupação para os profissionais da saúde. Todas essas drogas quando consumidas em excesso tem uma ação direta no sistema de recompensas do cérebro, o qual se relaciona com comportamentos e a produção de memórias. Assim,

> essas substâncias produzem uma ativação tão intensa desse sistema que as atividades normais podem se tornar negligenciadas."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Além disso, temos vários diagnósticos associados ao uso dessas substâncias, como: intoxicação, abstinência e outros transtornos psicológicos induzidos, como transtornos psicóticos, transtorno bipolar e relacionados, depressivos, de ansiedade, obsessivo-compulsivo, transtornos do sono e disfunções sexuais."

Pergunte se o(a) paciente tem alguma dúvida até aqui. Continue:

> Terapeuta: "Existem diferentes critérios para este diagnóstico, que podem ser agrupados em quatro grupos: O primeiro se refere ao baixo controle que a pessoa pode ter em relação ao consumo, por exemplo, podendo consumir em maior quantidade e tempo do que pretendia, entre outras situações relacionadas; O segundo diz respeito ao prejuízo social que a pessoa pode apresentar em seu trabalho, escola, na sua família e amigos; O terceiro é o uso arriscado da substância, em que há ameaça à integridade física por causa da droga; O quarto se referem à tolerância e abstinência."

Pergunte se há dúvidas em relação aos critérios. Continue:

> Terapeuta: "Pensando no nosso Modelo Cognitivo, a pessoa que utiliza substâncias pode estar avaliando as situações que vivencia de forma que influencia em seus sentimentos e na sua decisão de usar ou não a substância. Cada pessoa pode ter situações de riscos diferentes, como festas e bares, e essas geram sensações e emoções, como a fissura – estado corporal/mental de desejo intenso pela droga, as quais a leva a este comportamento."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Há algumas condições e situações que tornam o uso propício, como: 1) Ideias prévias sobre o uso das substâncias, por

> exemplo, o álcool vai me ajudar a interagir com outras pessoas ou que a droga pode acabar com o sofrimento dela; 2) Diante de situações de emoções desconfortáveis, como tristeza ou raiva, ou até mesmo recebendo notícias boas para ampliar o tempo de sensação de alegria; 3) Ambientes propícios ao uso, como bares, festas e praias; 4) Ideias de merecimento, por exemplo achar que merece relaxar ou que vai usar apenas naquele momento; 5) Dificuldades em lidar com suas frustrações e tédio, recorrendo as substâncias como forma de alívio."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Muitas pessoas também utilizam substâncias em condições em que há um desequilíbrio entre deveres e prazeres, por exemplo quando tem um trabalho muito estressante e não sobra tempo para atividades de entretenimento."

Pergunte se o(a) paciente tem alguma dúvida até aqui. Continue:

> Terapeuta: "Algumas pessoas usam substâncias sem que isso se torne um problema para sua vida, como tomar uma cerveja ou uma taça de vinho com os amigos no fim de semana. No entanto, começa a ser um problema quando a pessoa o faz na tentativa de obter prazer e alívio de sentimentos desconfortáveis. Isso pode gerar um ciclo vicioso que traz vários prejuízos para a vida da pessoa, como dito anteriormente. A pessoa usa a droga para se sentir bem, isso gera mais problemas e então ela usa de novo."

Pergunte se há dúvidas do que explicou e finalize:

> Terapeuta: "A psicoterapia cognitivo comportamental pode ajudar nessas situações. A(o) psicóloga(o) pode ensinar a modificar pensamentos e interpretações, de forma que reduza seus desconfortos emocionais e comportamentos prejudiciais como o uso de substâncias. Além disso, ensinará estratégias mais eficazes para lidar com seus problemas."

Psicoeducação sobre depressão

A seguir, você encontrará orientações de como psicoeducar sobre a depressão. Inicie explicando:

> Terapeuta: "É comum escutarmos das pessoas quando estão tristes que estão "deprimidas". Porém, apesar da depressão ter como característica a tristeza, não se resume a isso. É um transtorno psicológico que qualquer pessoa pode vivenciar. Sua origem envolve vários fatores, como genéticos, ambientais e psicológicos, e pode ocorrer em diferentes períodos."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Sofrer depressão não é sinal de fraqueza, tão pouco é possível reverter a condição apenas pela força de vontade. Assim como outras doenças, requer tratamento e cuidados específicos, se não tratada pode levar a consequências severas, como o suicídio."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Existem diferentes tipos de transtornos depressivo (disruptivo do humor, depressivo maior, persistente, pré-menstrual, induzido por substâncias/medicamentos e devido a outra condição médica), as principais características em comum entre eles é o humor triste e a sensação de vazio e/ou irritação. O que difere entre eles é a sua duração, tempo ou origem.

Pergunte se o(a) paciente tem alguma dúvida até aqui. Continue:

> Terapeuta: "A depressão não afeta somente o humor, como pode trazer alterações físicas, cognitivas e comportamentais. Pode afetar:
> 1. O sono (excesso de sono ou insônia);
> 2. O apetite (perdendo ou aumentando e, com isso, levando a alterações de peso);
> 3. Interesse ou prazer nas coisas do dia a dia e, assim, as atividades da rotina;

> 4. A energia, com cansaço físico ou mental;
> 5. A atenção, a memória e o raciocínio;
> 6. Os pensamentos, dirigindo o foco a aspectos negativos, gerando sensações de inutilidade, desvalorização e culpa."

Pergunte se há dúvidas em relação aos impactos da depressão. Continue:

> Terapeuta: "Em relação aos pensamentos, as pessoas que estão vivenciando a depressão têm maior propensão a avaliar as situações de forma negativista e pessimista. Lembrando do Modelo Cognitivo, isso as leva a experienciar mais emoções e reações desconfortáveis e, com isso, podem ter comportamentos que levam a prejuízos."

Pergunte se há dúvidas ou caso a pessoa tenha falado exemplos do próprio funcionamento cognitivo dela e que se enquadre neste caso, ressalte para ela. Finalize:

> Terapeuta: "Por isso, lidar com a depressão pode ser difícil no começo, mas é importante que tente dar pequenos passos. Não exija demais de si e reconheça suas realizações bem-sucedidas. Além disso, busque ajuda de um profissional da saúde. A partir da psicoterapia você poderá aprender mais para te ajudar com estratégias para lidar com os problemas relacionados à depressão. Ainda que seja difícil, há alternativas para enfrentar essa condição."

Psicoeducação sobre Ansiedade

A seguir, você encontrará orientações de como psicoeducar sobre a ansiedade. Inicie explicando:

> Terapeuta: "Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e distúrbios comportamentais relacionados. No entanto, a ansiedade e o medo são tão normais quanto outras emoções. O ser humano necessita deles para a sobrevivência e seria perigoso eliminá-los totalmente. O problema ocorre quando aparecem de maneira desproporcional, exagerada em relação à realidade e persistente,

> tornando um sintoma de adoecimento. Além disso, pode ter dificuldade de identificar e aceitar que isso está acontecendo, atrapalhando a procurar ajuda"

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Muitas pessoas confundem o medo e a ansiedade e, apesar dessas duas emoções às vezes se sobreporem, há diferenças entre elas: A ansiedade se refere à antecipação de uma ameaça que ainda não aconteceu, enquanto o medo vem em resposta a um perigo iminente e específico".

Pergunte se o(a) paciente tem alguma dúvida até aqui. Continue:

> Terapeuta: "Existem vários tipos de transtornos de ansiedade, sendo: Ansiedade Generalizada; Ansiedade Social ou Fobia Social (são a mesma coisa); Transtorno do Pânico; Agorafobia; Fobias específicas; induzido por medicamentos/substâncias. Eles se diferem entre si em relação aos objetos ou situações que levam ao medo ou ansiedade e/ou que são evitados."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Além da preocupação excessiva, outros sintomas que a pessoa pode ter incluem: dificuldades para controlar as preocupações; inquietação; fadiga; irritabilidade; insônia ou sonolência excessiva; sudorese; palpitação; entre outros fatores específicos dependendo de acordo com o caso e com o tipo de transtorno de ansiedade."

Pergunte se o(a) paciente tem alguma dúvida sobre a ansiedade e os sintomas. Continue:

> Terapeuta: "Pensando no Modelo Cognitivo, uma pessoa com transtorno de ansiedade em uma situação de prova, por exemplo, pode ter pensamentos que não conseguirá ir bem ou que não é capaz de fazer. Isso faz com que fique mais preocupada e com medo, ainda que não haja evidências de que é um perigo real e que isso vai de fato acontecer. Com isso, fica mais difícil de se concentrar para

> estudar, pois cada vez que tenta as preocupações aparecem com mais força, o que pode prejudicar seu desempenho na prova."

Pergunte se há dúvidas ou caso a pessoa tenha falado exemplos do próprio funcionamento cognitivo dela e que se enquadre neste caso, ressalte para ela. Finalize:

> Terapeuta: "Os transtornos de ansiedade, como vimos, além de trazer um sofrimento para a pessoa, também podem trazer prejuízos em diferentes áreas, como profissional, acadêmica e pessoal. Por isso, é muito importante que se busque fazer acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico. Através da terapia, a(o) psicóloga(o) poderá ajudar aliviando a intensidade dessa preocupação e, com isso, os pensamentos e sintomas. Assim, é possível que as pessoas com ansiedade alcancem melhorias significativas na sua vida."

Após a explicação, caso ache pertinente, ensine o exercício de respiração diafragmática que está explicado neste mesmo tópico.

Psicoeducação sobre Estresse

A seguir, você encontrará orientações de como psicoeducar sobre o estresse. Inicie explicando:

> Terapeuta: "O estresse é um processo comum que frequentemente vivenciamos. É uma reação do nosso corpo quando estamos em situações que podem tirar nosso equilíbrio, por exemplo, algum desafio. Assim, provoca uma série de modificações no nosso organismo diante de uma situação que necessite de adaptação, sendo que essas situações nos preparam para tomar as providências necessárias de forma rápida, protegendo nossa integridade física e mental."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Essas situações podem ser internas, como a cobrança de si mesmo, ou externas, como exigências do trabalho e da rotina. Assim, as chamamos de estímulos estressores, porque causam um desequilíbrio no organismo."

Pergunte se há dúvidas até aqui e continue:

> Terapeuta: "Como podemos ver, o estresse é um mecanismo básico de autopreservação humana, é uma condição de sobrevivência e é fundamental para a manutenção da espécie humana. Os sintomas do estresse são reflexos das modificações provocadas no corpo, como uma maior circulação de sangue nas regiões mais importantes, por exemplo, no cérebro. Além disso, essas reações afetam todo o nosso funcionamento, desde ao físico, ao cognitivo e comportamental."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Cada fase do estresse poderá apresentar sintomas diferentes. O problema ocorre quando o estresse passa a ser muito intenso e/ou crônico, podendo levar a prejuízos na saúde."

Em seguida, apresente a Tabela 3 e explique as quatro fases do estresse ao(a) paciente:

Tabela 3.

As quatro fases do estresse e seus possíveis sintomas.

Fases do estresse	Descrição	Sintomas
Fase do alerta	Reconhecemos o estímulo estressor e nosso corpo entra em estado de alerta, promovendo modificações no nosso corpo, por exemplo nos dar mais energia, que vão nos usca-la a uscata-la. Esta fase é conhecida como um estresse benéfico	Hiperatividade, respiração acelerada, insônia, taquicardia, tensão muscular, aumento da libido, sudorese, diarréias passageiras.
Fase da resistência	Quando a situação persiste ou não conseguimos nos adaptar, entramos nesta segunda fase. Nosso corpo faz um esforço para conseguir manter os recursos e energia para conseguirmos lidar e nos recuperar do desgaste. Se a situação deixa de existir ou conseguimos nos adaptar, o corpo volta para o seu estado natural.	Cansaço, problemas de memória, queda na libido, dificuldade na concentração.

Fase da quase exaustão	Caso persista, a pessoa passa então para a terceira fase, marcando o início de um possível adoecimento. A pessoa já não apresenta mais capacidade de resistência, porém ainda não atingiu um nível máximo de exaustão, oscilando entre tranquilidade e desconforto. Aqui podem começar a surgir doenças, devido ao desgaste do organismo e seu enfraquecimento do sistema imunológico (a imunidade nos protege de diferentes doenças, como viroses, infecções e etc., nesse momento esse sistema já está enfraquecido e não consegue mais proteger o corpo), mas a pessoa ainda consegue ser produtiva, por exemplo trabalhando	Todos os sintomas da fase anterior de maneira mais intensa; início de doenças ou transtornos psicológicos para os quais a pessoa tenha predisposição.
Fase da exaustão	Caso o estressor continue existindo e a pessoa não consiga lidar com ele, passa então a fase mais intensa do estresse. Aqui é exigido do corpo um gasto de energia maior do que ele pode suportar, levando a pessoa a ficar sobrecarregada. Com isso, a pessoa pode ter graves prejuízos na saúde física e mental.	Cansaço extremo, dificuldades de ser produtivo, ansiedade diária, irritabilidade, vontade de sumir, pesadelos frequentes. Desenvolvimento de doenças físicas e transtornos psicológicos.

Informações retiradas de Benzoni (2023); Carvalho et al. (2019) e Oliveira (2018).

Após a explicação da tabela, pergunte se a pessoa tem alguma dúvida e continue:

> Terapeuta: "Como podemos ver, o estresse em níveis elevados e crônicos pode trazer uma série de prejuízos. A pessoa pode desenvolver desde doenças físicas, como distúrbios osteomusculares, a transtornos psicológicos, como o transtorno do pânico, a depressão e a ansiedade. Também traz consequências nas relações sociais, já que o indivíduo apresenta maior irritabilidade e isso pode afetar as pessoas ao seu redor, e na percepção individual, que se torna mais negativa no geral."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Pensando no Modelo Cognitivo, a pessoa interpreta de forma mais negativa as situações e isso eleva e contribui com o aumento do estresse e outras emoções desconfortáveis, com isso tem ainda mais reações no corpo e comportamentos prejudiciais."

Pergunte se há alguma dúvida até aqui. Finalize sua explicação:

> Terapeuta: "A psicoterapia pode ajudar uma pessoa nessas condições, o(a) psicólogo(a) ensinará estratégias mais eficazes para manejar e lidar com as situações estressoras, técnicas de relaxamento (como a respiração diafragmática) e poderá ajudar a pensar de forma mais clara. Além disso, alimentação balanceada e exercícios físicos regulares também ajudam a reduzir os níveis de estresse."

Após a explicação, caso ache pertinente, ensine o exercício de respiração diafragmática que está explicado neste mesmo tópico.

Psicoeducação sobre Transtorno do Estresse Pós-Traumático

A seguir, você encontrará orientações de como psicoeducar sobre o Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Inicie explicando:

> Terapeuta: "Situações traumáticas, infelizmente, podem ocorrer com qualquer pessoa ao longo da vida. Após vivenciar e/ou testemunhar situações que envolvam morte, ferimentos ou ameaça a sua integridade física ou de pessoas próximas, algumas pessoas podem desenvolver o TEPT. A exposição repetitiva e extrema a detalhes aversivos do evento traumático como, por exemplo, policiais que são repetidamente expostos a detalhes de alguns tipos de violências, como assassinato ou abuso, também pode levar ao TEPT".

Pergunte se há dúvidas e continue:

> Terapeuta: "Agora vou te explicar sobre os sintomas do TEP em adultos, eles precisam ocorrer pelo menos um mês após a situação

> traumática para que seja diagnosticado, sendo: Reevivência do evento traumático através flashbacks, pesadelos ou pensamentos intrusivos que parecem reais."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Outro sintoma comum é que a pessoa evite situações, pessoas, recordações e até sentimentos que a façam lembrar do evento traumático, pois isso pode trazer sentimentos dolorosos."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: Além disso, a pessoa também pode ter incapacidade de lembrar algum aspecto importante do evento traumático; pensamentos negativos a respeito de si mesmo, dos outros ou do mundo, por exemplo: "Sou mau"," Não se deve confiar em ninguém", "O mundo é perigoso"; Se culpabilizar ou aos outros pela causa ou consequências do evento; Constantemente ter emoções desconfortáveis, como medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha; Diminuição do interesse e/ou participação em atividades que antes eram significativas para a pessoa; Sentimento de distanciamento e desapego em relação aos outros; Incapacidade de ter emoções positivas, como felicidade, satisfação ou amor."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "É comum também que a pessoa fique constantemente em alerta, irritada, com dificuldades para dormir, e tenha reações exageradas a estímulos que lembram o evento traumático."

Pergunte se há dúvidas até aqui. Continue:

> Terapeuta: "O TEPT pode trazer prejuízos em várias áreas da vida da pessoa, como afetiva, pessoal e profissional. A pessoa fica em um estado de alerta constante e qualquer mínimo sinal pode ser considerado uma ameaça. Como qualquer situação começa a ser vista como perigosa, a pessoa passa a evitar se expor. Também é

> comum que afete relacionamentos, uma vez que a pessoa pode não conseguir mais sentir emoções positivas, como o amor."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Imagine um policial que tenha vivenciado um tiroteio em serviço. Após esse evento traumático, ele começa a experimentar sintomas de TEPT, como flashbacks do tiroteio, evitando situações que possam desencadear memórias do evento e ficando hipervigilante em busca de possíveis ameaças em seu ambiente de trabalho. Isso pode atrapalhar em vários âmbitos da sua vida, pois constantemente vai estar em alerta, afetando até mesmo seus relacionamentos e seu desempenho no emprego."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Pensando no Modelo Cognitivo, as interpretações que as pessoas com este diagnóstico fazem são, geralmente, guiadas pelas crenças de que o mundo é perigoso e que não se tem capacidade de lidar com ameaças. Assim, a pessoa tem pensamentos negativos a respeito de si, do mundo e das outras pessoas, como: "aquela pessoa vai me assaltar" ou "se eu tivesse feito alguma coisa poderia ter evitado o que aconteceu". Esses pensamentos levam a sentimentos e emoções desconfortáveis, como ansiedade, culpa e raiva. Com isso, costumam ter comportamentos prejudiciais ou de evitação."

Pergunte se há dúvidas até aqui. Finalize:

> Terapeuta: "A evitação de situações, emoções e das próprias lembranças do evento traumático contribuem para que o TEPT continue acontecendo, uma vez que fortalece o pensamento de que não consegue lidar. Ao falar sobre o trauma, em um ambiente seguro como a terapia, é possível aprender melhores formas de lidar com ele e com a preocupação. No começo, pode ser difícil, mas quanto mais falar mais fácil ficará. A cada passo você ficará mais confiante e poderá alcançar seus objetivos."

Para a(o) terapeuta: Conforme os critérios diagnósticos do TEPT (APA, 2023), é possível que os(as) pacientes com este diagnóstico apresentem resistências e evitem entrar em contato com lembranças do evento traumático. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de uma postura acolhedora e respeitosa e, ao mesmo tempo, de escuta ativa para captar através de conteúdos não tão explícitos na fala dele(a). É muito importante que não force o(a) paciente falar do trauma caso ele(a) não queiram. Além disso, caso necessário utilize da técnica de respiração diafragmática para acalmá-lo(a).

Outro importante ponto diz respeito ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C; Classificação Internacional de Doenças, CID-11, 2019). Devido a natureza do trabalho dos PSP, é possível que apresentem este diagnóstico. O TEPT-C se caracteriza por se desenvolver após a exposição a um evento ou uma série de eventos de natureza ameaçadora ou terrível, e se apresenta de forma grave e persistente. É comum que sejam eventos prolongados ou repetidos, dos quais escapar era difícil ou impossível (por exemplo: tortura, escravidão, campanhas genocidas, violência doméstica prolongada, abuso sexual ou físico repetido na infância; CID-11, 2019). Para o diagnóstico de TEPT-C, além de cumprir todos os critérios do TEPT apresentados anteriormente, também é necessário estar vivenciando:

> "1) problemas na regulação do afeto; 2) crenças sobre si mesmo como sendo menos importante, derrotado ou desprezível, acompanhado de sentimentos de vergonha, culpa ou fracasso relacionados ao evento traumático; e 3) dificuldades em manter relacionamentos e em se sentir próximo a outros. Esses sintomas causam prejuízo significativo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes (CID-11, 2019)."

Psicoeducação sobre Burnout

A seguir, você encontrará orientações de como psicoeducar sobre a Síndrome de Burnout. Inicie explicando:

> Terapeuta: "O burnout é uma síndrome que ocorre quando há estresse crônico no ambiente de trabalho. É caracterizado por três aspectos principais: 1) Exaustão ou esgotamento – A pessoa

> sente uma redução na motivação para o trabalho, pode pensar que as exigências estão além das suas próprias capacidades emocionais, se sente desgastada, com pouca energia e fadigada; 2) Distanciamento emocional em relação ao trabalho, manifestado por atitudes negativas e cinismo na interação com colegas e no ambiente profissional; e 3) Sensação de falta de realização e eficácia no trabalho – A pessoa passa a ter uma baixa eficácia na performance no trabalho, autoavaliações negativas sobre si e sobre o emprego. Também pode envolver ausência de perspectiva quanto a carreira, frustração e baixa autoestima".

Pergunte se há dúvidas até aqui. Continue:

> Terapeuta: "O burnout trás impacto em diferentes áreas da vida da pessoa, podendo afetar o humor – causando humor depressivo, irritabilidade e ansiedade; a autoestima e a autoconfiança; causar uma baixa tolerância a frustração e conflitos sociais com clientes, colegas, superiores e até mesmo família e amigos."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Também pode levar a dificuldades na memória e tomada de decisões; tiques nervosos e agitação; propensão a infecções respiratórias, problemas gastrointestinais, dores de cabeça, fadiga, insônia, sensação de exaustão, tremores e falta de ar; a desumanização, insensibilidade, indiferença e cinismo; e ao absenteísmo e abandono do trabalho."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "A profissão policial é conhecida como uma das mais vulneráveis ao estresse crônico laboral, uma vez que estão constantemente expostos ao perigo e à agressão. As condições de trabalho que cooperam com esta sobrecarga emocional e física são diversas, os policiais precisam saber lidar com vários tipos de situações, intervir em situações de problemas de muito conflito e tensão, lidar com a pressão da sociedade por eficiência e ao mesmo

> tempo críticas frente a imagem pública do policial, tomar decisões em momentos difíceis ainda que não tenham todas as informações presentes."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Além disso, precisam lidar com hierarquia rígida, excesso de burocracia, excesso de exigências e, por muitas vezes, falta de recursos. Também estão constantemente em perigo, durante e fora o expediente, tendo casos que até mesmo a família sofre ameaças."

Pergunte se há dúvidas até aqui e se isso faz sentido para ele(a). Finalize:

> Terapeuta: "A(o) psicóloga(o) pode ajudar a desenvolver um melhor senso de autoeficácia, a adquirir hábitos que ajudem aliviando o estresse e trabalhar pensamentos e crenças negativas que a pessoa pode estar tendo sobre si e sobre o trabalho. Além disso, através da psicoterapia também é possível aprender habilidades sociais que vão ajudar a ser mais assertivo(a), entre outras habilidades e estratégias úteis para resolver problemas e promover um maior bem-estar."

Psicoeducação sobre conflitos e habilidades interpessoais

A seguir, você encontrará orientações de como psicoeducar sobre conflitos e habilidades interpessoais. Inicie explicando:

> Terapeuta: "As relações interpessoais estão presentes no nosso cotidiano, se referem às interações sociais que fazemos em nosso dia a dia com as outras pessoas. Já os conflitos interpessoais se referem às interações sociais de desacordo, desconforto, confronto, frustração etc., que levam a emoções desconfortáveis e podem ser resolvidas de maneira pacífica ou violenta, dependendo dos recursos e do contexto da pessoa. Estes conflitos podem acontecer em quaisquer contextos, desde na família até o trabalho."

Confirme se a pessoa entendeu o que são as relações interpessoais e os conflitos interpessoais. Continue:

> Terapeuta: "As habilidades sociais podem nos ajudar a ter melhores resoluções nessas situações de conflitos ou até mesmo busca-los. Elas são compostas por três dimensões: 1) Comportamental – se refere aos tipos de comportamentos sociais usados; 2) Pessoal – que se refere aos pensamentos que ajudaram a guiar nas situações; 3) Situacional – o contexto específico de cada situação."

Informe à pessoa que existem várias classes de comportamentos sociais. Utilize da Tabela 4 abaixo para explicar para a pessoa.

Tabela 4.

Classes de habilidades sociais e descrições.

Classes de habilidades sociais	Descrição
Assertividade	Capacidade de exercício dos próprios direitos e de qualquer sentimento sem ferir/magoar o outro ou se exaltar. Saber como se posicionar de modo firme com os outros, mas sem ser rude; garantir direitos; pedir perdão/ admitir falhas; pedir mudanças de comportamento; dizer não, fazer/aceitar ou recusar pedidos; interagir com autoridades; iniciar ou encerrar relacionamentos, etc.
Empatia	Capacidade de compreender o outro, identificando sentimentos e perspectivas da outra pessoa. Fornecer respostas de apoio e suporte; escutar atentamente; compreender a dor do outro; favorecer sentimentos de compaixão, etc.
Autocontrole e automonitoria	Capacidade de pensar sobre o próprio desempenho; conseguir manejar suas emoções e comportamentos.
Expressar afeto e intimidade	Capacidade de expressividade emocional; de abordagem afetivo-sexual; e demonstrações físicas de afeto.
Manejar conflitos e resolução de problemas	Capacidade de saber identificar problemas; ter estratégias de resolução; e mudar comportamentos.
Civilidade e valores de convivência	Costumes e valores de convivência que auxiliam a manutenção de relacionamentos saudáveis (ex: cumprimentar, desejar bom dia, dizer obrigado, pedir um favor e etc).
Comunicação	Capacidade de iniciar, manter e encerrar conversas; pedir feedback e etc.

Expressão de solidariedade	Envolve compartilhamento; doações; solidariedade e boas ações.
Coordenar grupos e falas em público	Envolve saber como manejar a ansiedade para falar em público; coordenar tarefas e conduzir grupos; liderança; perceber dicas do ambiente.
Fazer, manter e encerrar amizades	Envolve saber como manter amizades, iniciar ou encerrar e outros desempenhos relacionados.

Informações retiradas de Del Prette e Del Prette (2017) e Carvalho et al. (2019).

Após explicar, confirme se ela tem dúvidas ou se gostaria de melhorar alguma dessas habilidades. Continue, então:

> Terapeuta: "As habilidades sociais costumam ser aprendidas durante as interações interpessoais ao longo da vida, com familiares, amigos, colegas de escola/trabalho e mídia em geral. Entretanto, também podem ser aprendidas por meio de treinamentos com psicólogas(os) capacitadas(os) para este ensino. É possível que a pessoa aprenda como desenvolvê-las ou aprimorá-las. Além disso, também pode-se aprender diferentes formas de lidar com suas dificuldades."

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: "Nossos pensamentos também são muito importantes para as habilidades sociais. A forma que você está pensando antes de agir em uma situação social será guiada pelo tipo de pensamento que você está tendo. Por exemplo, se você pensa antecipadamente que a pessoa não vai gostar do que você vai falar, é muito provável que seu sentimento seja de ansiedade e seu comportamento de não falar, isto é, fugir da situação desconfortável."

Pergunte se há dúvidas e continue:

> Terapeuta: "A psicoterapia pode ajudar você a pensar de maneira mais estratégica e funcional em situações sociais. Ao aprender as regras sociais e a importância das habilidades sociais, você pode desenvolver novas formas de interação social, gerenciando melhor suas emoções e interações. Ser habilidoso socialmente requer

> prática constante, onde cada interação oferece oportunidades para desenvolver e testar suas habilidades, além de que entender que ambas as pessoas envolvidas na interação receberão, em algum grau, atenção às suas necessidades."

Psicoeducação e acolhimento em casos de Luto

Em casos de Luto, é muito importante que o seu manejo seja mais focado em um acolhimento e a psicoeducação seja complementar, com o objetivo de trazer conforto para o(a) paciente. Por isso, foque mais em ter uma escuta ativa e acolhedora, não busque questionar, opinar ou confrontar o(a) paciente nesta fase tão sensível.

Cada pessoa pode ter cognições e reações diferentes frente ao luto. Sentimentos de tristeza, raiva e culpa podem ser comuns neste momento. Algumas pessoas também perdem o caminho da própria vida e precisam de suporte para significar suas perdas e seguirem saudáveis. As cognições sobre a morte e a perda de entes queridos podem variar conforme as pessoas e, nessas situações, essas crenças serão ativadas. Os estilos de enfrentamento individuais e os padrões aprendidos e internalizados influenciam em como ocorrerão as alterações emocionais e comportamentais. Alguns exemplos de cognições que podem aparecer: "Sou culpada pela morte de..."; "E se eu não der conta de viver sozinho(a)?"; "Eu deveria ter sido mais presente na vida de..."; "Se eu estivesse estado lá, poderia ter sido diferente"; "Poderia ter sido eu". Além disso, algumas pessoas podem sentir culpa por algo que falou antes do falecimento, por algo mal resolvido com o ente ou até mesmo por acreditarem não ter expressado direito o seu luto, como chorar. Também há cognições relacionadas a precisar ser forte e não expressar sentimentos (Barroso, 2023; Basso & Wainer, 2011; Zwielewski & Sant'Ana, 2016). Considerando o contexto dos PSP, esses são padrões que podem também se apresentarem. Nesse sentido, busque ouvir o(a) paciente e, se perceber distorções relacionadas a morte e a perda, orientá-lo e acalmá-lo através da psicoeducação.

Antes de te orientar com informações que você poderá dar ao(a) paciente nessas situações, há adendos importantes que você, terapeuta, precisa saber: O luto é uma resposta normal e saudável em casos de perdas, a reação a perda pode acontecer em alguns estágios: 1) Negação e Isolamento – Como um mecanismo de defesa temporário, a pessoa se recusa a encarar a situação. Apesar de ser considerado o primeiro estágio, também pode aparecer em

outros momentos; 2) A raiva – Neste segundo estágio, as pessoas externalizam a revolta que estão sentindo. Há busca por explicações e culpados pelo acontecimento com o intuito de aliviar o sofrimento; 3) A barganha – Aqui há uma tentativa de negociar ou adiar os temores diante das situações, podendo ser através de acordos e promessas a divindades; 4) Depressão – Este quarto estágio pode ser apresentado através de duas formas: A depressão reativa, que pode ocorrer no contexto em que há outras perdas junto com o falecimento, como a perda de papéis no âmbito familiar, ou da depressão preparatória, em que a aceitação está mais próxima e há um movimento de repensar e processar sobre a própria vida e a 5) Aceitação – Há maior serenidade frente ao fato de morrer e melhor expressão de sentimentos, emoções, frustrações e dificuldades relacionadas. Esses estágios podem ocorrer em maneiras diferentes conforme as perspectivas individuais de cada pessoa (Basso & Wainer, 2011; Kübler-Ross, 1996).

É importante ressaltar que o luto normal difere do Transtorno Prolongado do Luto. Este ocorre quando o falecimento ocorreu a pelo menos 12 meses para adultos ou 6 meses para crianças e adolescentes. Tem como sintomas intensos e frequentes: saudades; preocupação com pensamentos ou memórias da pessoa falecida; acentuado sentimento de descrença em relação à morte; dor emocional intensa (tristeza, raiva, amargura); dificuldade de reintegração social e atividades; perda de sentido da vida e solidão (APA, 2023). Caso o(a) paciente apresente estes sinais, converse com o seu/sua supervisor ou supervisora para pensar na possibilidade de encaminhamento para o Serviço II.

Nesse sentido, após uma escuta ativa e acolhedora, busque entender em qual momento o(a) paciente se encontra, com base no que ele está falando. Se pertinente, utilize, então, da psicoeducação. A seguir, oferecemos uma orientação geral de como poderá fazer isso, mas você pode adequá-la conforme o(a) paciente.

> Terapeuta: “Eu sinto muito pela sua perda. Vejo como está sendo difícil para você. Noto que você tem algumas preocupações em relação a isso, gostaria que você soubesse que isso que está passando é o luto e que é um processo natural e normal. Cada pessoa sente de um jeito diferente, algumas vão sentir muita tristeza, outras raiva ou culpa. Não há uma regra ou certo e errado de como o luto ocorre.”

Dê uma pausa e continue:

> Terapeuta: “Às vezes, não entendemos bem o porquê das coisas. E, infelizmente, pode ser que não haja respostas lógicas. A morte e a saudade de pessoas que amamos é uma das coisas mais difíceis de lidar. Neste momento, o que pode ajudar é pensar em momentos bons que pôde compartilhar com essa pessoa enquanto estava aqui com você. Essa pessoa pode ter partido e a saudade sempre vai existir, mas as lembranças vivem em você.”

Este é um momento muito sensível, por isso é muito importante que mais ouça o(a) paciente e o(a) acolha do que fale. Caso seja pertinente, você pode sugerir para que ele realize um ritual de despedida, isso pode ajudá-lo no processo. Uma forma de despedida seria através de uma carta ou áudio de adeus para a pessoa que partiu. Peça que o(a) paciente escreva/diga como se sente e o que gostaria que a pessoa soubesse, mas não teve oportunidade de dizer. Caso ainda haja mais uma sessão, você poderá trabalhar como foi essa experiência (Barroso, 2023). Vale ressaltar que este ritual não apenas pode ser feito para entes queridos, mas como colegas ou parceiros de trabalho. Além disso, pode ser elaborado também com auxílio de outras pessoas. Se possível, é muito importante também verificar o apoio social e familiar que o(a) paciente está tendo e orientá-lo(a) a buscá-los (Zwielewski & Sant’Ana, 2016). Essas são orientações gerais, por isso, busque adequá-las as condições e contextos de seu/sua paciente, com intuito de prestar um suporte e escuta adequados.

Técnicas de Resolução de Problemas e Manejo de Contingências

As estratégias de Resolução de Problemas e de Manejo de Contingências são alternativas que também podem ser realizadas a partir da segunda sessão de aconselhamento, conforme a demanda do(a) paciente - será útil especialmente em casos de questões pontuais. Algumas pessoas podem apresentar dificuldades em fazer escolhas ou lidar com problemas do dia a dia. Diferentes são as razões que poderiam ajudar a entender isso, tais como comprometimentos cognitivos – baixa concentração, tomada de decisão comprometido, pensamentos lentos; sobrecarga emocional – exaustão, ansiedade ou disforia; distorções cognitivas; evitação; fatores sociais - críticas, falta de apoio, conselhos contraditórios; tempo ou recursos insuficientes ou até mesmo estar além do controle; ou fatores estratégias - buscar uma solução

perfeita ou uma solução geral que resolva todos os problemas (Wright et al., 2019). Através destas técnicas, é possível refletir sobre os meios necessários para alcançar o objetivo de manejo dos problemas que o(a) paciente está trazendo (Beck, 2021; Melo et al., 2014). Segundo Sternberg (2008, p.367-370) os passos do ciclo para solução de problemas são:

1. Identificação do problema – Um problema ocorre quando precisamos superar obstáculos para alcançar uma resposta ou um objetivo. Por isso, é importante que seja identificado para depois avançar aos próximos passos.
2. Definição e representação do problema – Depois de identificar o problema, é necessário defini-lo mais especificamente para determinar estratégias gerais que poderá usar. Muitos problemas que aparentam não ter soluções, na verdade, podem estar mal definidos.
3. Construção de uma estratégia para lidar com ele – Que pode envolver a análise do problema, desmembrando o todo do problema em elementos gerenciáveis; ou uma síntese juntando todos os elementos do problema para organizar em algo útil. Também pode envolver o pensamento divergente, isto é, gerar um conjunto de resoluções alternativas possíveis e, após isso, o pensamento convergente para afunilar as várias possibilidades e encontrar uma melhor solução.
4. Organização da informação - Integrar todas as informações que acredita que possa ser útil para alcançar o objetivo.
5. Alocação de recursos para a resolução - Se preparar para ação/ solução proposta é essencial, para isso é importante pensar em recursos que podem ajudar ao alcançar o objetivo.
6. Monitorização - Verificação ao longo do caminho para verificar se está próximo ao objetivo e, se necessário, reavaliar as estratégias.
7. Avaliação - Após a resolução do problema, avaliar as estratégias e soluções aplicadas.

Existem diferentes técnicas que podem ser usadas para auxiliar no processo de resolução dos problemas, que consideram tantos aspectos contextuais no qual o problema está inserido quanto o funcionamento do indivíduo (Melo et al., 2014). Por isso, vamos apresentar algumas neste tópico e vocês poderão usar e adaptar conforme a demanda individual do(a) paciente.

Entretanto, antes destas sugestões, é importante salientar que você, terapeuta, pode se deparar com complicadores durante este processo. Pode

ser que haja situações em que você não sabe como ajudar o(a) paciente a solucionar o problema ou resolver um obstáculo. Além disso, a própria motivação do(a) paciente também pode influenciar nestas técnicas. Há diferentes maneiras de lidar com essas condições, você pode descobrir o que o(a) paciente já tentou fazer e conceitualizar o porquê de não ter funcionado, podendo modificar a solução ou pensamentos que podem ter atrapalhado. Para aumentar a motivação, durante a própria sessão você pode utilizar também de evidências na história do(a) paciente em situações que ele superou obstáculos, fazer uma lista de qualidades e habilidades que podem ser úteis para ajudá-lo neste problema ou pedir para que ele se imagine após conseguir concluir os objetivos (Beck, 2021; Jacob, 2004; Wright et al., 2019).

Vale ressaltar que em qualquer tentativa para facilitar a solução do problema, é importante considerar tanto aspectos individuais quanto do ambiente do(a) paciente. Nesse sentido, o Manejo de Contingências também pode ser uma intervenção comportamental útil. Em alguns casos pode ser benéfico a busca por aumento de reforçadores contingentes no ambiente que facilitem respostas que auxiliem na resolução do problema. A evitação também pode ser um complicador nas resoluções de problemas, sendo importante avaliar o estímulo que está sendo aversivo ao(a) paciente e estabelecer uma hierarquia de metas mais facilmente realizáveis - isso pode ser feito perguntando a ele(a) em um nível de 0 a 10 qual atividade é mais aversiva, por exemplo, se o(a) paciente for ansioso(a) começar por aquelas atividades que são menos ansiogênicas para ele(a). Outras estratégias que podem ajudar é pensar “Se eu, terapeuta, tivesse este problema, como eu agiria?”; pedir ao(a) paciente que imagine alguém que gosta, como um amigo, e que ele tem o mesmo problema e, assim, que conselho daria a ele – verifique se o mesmo conselho se aplica ao(à) paciente; ou perguntar para o(a) paciente se ele(a) conhece alguém que poderia ajudar com o problema ou objetivo (Beck, 2021; Jacob, 2004; Wright et al., 2019).

Agora, vamos apresentar a você algumas técnicas que podem ser úteis para a resolução de problemas. Escolha a que fizer mais sentido, conforme a demanda do(a) paciente, e aplique em sessão:

1. Para casos de procrastinação: A procrastinação pode ser um comportamento que atrapalha aos indivíduos a alcançar seus objetivos e solucionar problemas. Independente do motivo que leve o(a) paciente a procrastinar, uma técnica que pode ajudar é o Modelo de Urgência versus Importância.

Para isso, estabelecerá uma lista com o(a) paciente de pendências que estão presentes. Em seguida, divida-as em quatro categorias considerando o nível de emergência e importância. Todas as pendências devem ser alocadas em uma dessas categorias. Oriente o(a) paciente a iniciar por aquelas que são classificadas com muito urgentes e importantes (Melo et al., 2014). Veja o exemplo no quadro a seguir:

Figura 4.

Modelo de Técnica Urgência versus Importância, adaptado de Melo et al. (2014).

		Urgência	
Importância	Pouca	Pouca	Muita
	Muita		

2. Para tomada de decisões: Para tomadas de decisões mais práticas, em que não haja uma carga emocional muito grande (como em relacionamentos afetivos), a técnica de Modelo de Balança Decisional pode ser útil para ajudar avaliar qual a melhor decisão a ser tomada. O problema pode ser colocado em uma balança, considerando vantagens e desvantagens (Beck, 2021; Melo et al., 2014). Além disso, está técnica também pode ser utilizada para aumentar a motivação do(a) paciente em colocar a ação em prática (Beck, 2021). Para isso, será necessário dividir uma folha ou tabela em quatro quadrantes, você colocará Vantagens e Desvantagens de todas as opções em que a pessoa se encontra em dúvida. Em sessão, ajude o(a) paciente a pensar em como preencher cada quadrante e refletir em qual será a melhor opção considerando o que encontrou. Veja o exemplo a seguir:

Figura 5.

Modelo de Balança Decisional, adaptado de Melo et al. (2014).

Vantagens de continuar no mesmo emprego	**Desvantagens de** continuar no mesmo emprego
Vantagens de abrir o próprio negócio	**Desvantagens de** abrir o próprio negócio

3. Para definir o problema e construir um plano de ação: Se o(a) paciente já demonstra motivação para efetuar a solução de problemas, uma tabela estruturada considerando o ciclo da resolução de problemas (Sternberg, 2008) pode ajudar. Veja o exemplo abaixo:

Figura 6.

Modelo de Plano de Ação para Resolução de Problemas, baseada no ciclo da resolução de problemas de Sternberg (2008) e no Plano de Ação de Melo et al. (2014).

Problema	Ação/ Solução proposta	Possíveis problemas/ obstáculos	Estratégias para solucionar obstáculos	Acompanhamento/ Progressos

É importante que o problema seja definido de forma específica para que sejam pensadas estratégias, por isso busque investigar o porquê e como a situação pode ser um problema (Melo et al., 2014). Por exemplo, se o(a) paciente te falar que está com problemas no trabalho, você pode apresentar interesse e perguntá-lo(a) “Entendo. Você poderia me explicar mais o que no seu trabalho está te causando problemas?”. Tente afunilar com a pessoa até que o problema se torne mais objetivo, assim você preencherá a primeira coluna com ela. Na segunda coluna, você e o(a) paciente irão pensar juntos em ações ou soluções para esse possível problema, você pode perguntar “O que seria bom fazer agora?” ou “Qual seria um primeiro passo para lidarmos com este problema?”, se apresentar dificuldades pode utilizar o exemplo do amigo, como sugerido anteriormente. Na terceira, pensarão em possíveis problemas que podem atrapalhar durante o processo de aplicação da solução, você pode perguntar “Você já tentou solucionar este problema? Se sim, o que fez que não funcionou?” ou “Existe alguma coisa que você acha que poderá atrapalhar a fazer isso?”. Em seguida, na quarta coluna, você e o(a) paciente pensarão formas de lidar com o que pode atrapalhar ou para evitar o que não funcionou. Por fim, a última coluna o(a) paciente poderá preencher sozinho(a) ou na sessão seguinte dizendo sobre como está sendo a implementação dessas estratégias ou os progressos que alcançou utilizando-as. Na mesma sessão, se possível, combine um dia e horário com o(a) paciente para ele realizar esta ação.

Essas são algumas técnicas que podem ajudar o(a) seu/sua paciente na Resolução de Problemas, mas lembre-se: Também depende de ele agir! Não espere solucionar todos os problemas dele(a), mas sim aproveite para ensiná-lo ferramentas que podem o(a) ajudar. Além disso, em algumas situações, pelo próprio contexto dos PSP, poderá ser difícil resoluções que consigam abarcar de fato todo o problema. Neste caso, busque trabalhar com o(a) paciente de forma a aliviar ou minimizar as consequências destes problemas que não está sob controle dele(a) e não em si resolvê-lo completamente. Esperamos que estas técnicas possam ser facilitadoras deste processo.

Técnica de relaxamento: Respiração Diafragmática

Para concluir a apresentação dos conteúdos que podem ser trabalhados no processo de aconselhamento, apresentamos uma técnica de relaxamento. Pacientes que experimentam muito estresse, ansiedade ou até mesmo desregulação emocional, podem se beneficiar de técnicas de relaxamento respiratórias (Beck, 2021). Considerando que estas são demandas frequentes dos PSP (Brasil, 2022), ensiná-los esta técnica pode ser proveitoso em alguns casos. Além disso, pode ser que durante a própria sessão, também seja bom utilizá-la, uma vez que o(a) paciente pode apresentar dificuldades de lidar com as emoções ao tocar em assuntos que são sensíveis a eles(as) ou se apresente muito tenso e ansioso.

Você pode iniciar a prática explicando para o(a) paciente:

> Terapeuta: “Eu gostaria de te ensinar uma técnica de relaxamento através da respiração que pode te ajudar neste momento. A nossa respiração se relaciona com a forma como nos sentimos. Quando estamos ansiosos ou estressados, é comum que a respiração fique ofegante, rápida e superficial. Quando estamos relaxados, respiramos lento e profundamente. Essa técnica vai te ajudar a sentir mais relaxado. Posso te mostrar como fazer?”

Após o(a) paciente concordar, peça que ele distancie um pouco a câmera de modo que você possa ver o diafragma dele. Então, instrua:

> Terapeuta: “Para iniciarmos, gostaria que, por favor, você coloque sua mão direita em cima do seu peito e sua mão esquerda nesta parte da

> sua barriga (mostre no seu próprio corpo. Eu vou fazer uma contagem com você, irei avisar assim que começar. Quando você respirar, quero que puxe o ar lentamente pelo nariz. Você sua mão esquerda subindo. Quando soltar o ar, faça isso pela boca e lentamente. Observe bem, porque você tem que usar sua barriga nessa respiração. Eu vou contar 4 segundos e você vai puxando o ar, depois vou contar até 2 e você vai prender a respiração e por último vou contar 6 para você soltar. Está pronto para começar?"

Se o(a) paciente concordar, comece a contagem. Caso ele tenha dúvidas, esclareça antes. Além disso, algumas pessoas podem apresentar dificuldade para prender um pouco a respiração, neste caso retire essa parte da prática. Após fazer a prática, pergunte o que ele(a) achou da prática e, se possível, repita mais uma vez para fixar o aprendizado. Finalize explicando:

> Terapeuta: "Como te disse, essa técnica pode ser muito útil para te ajudar a relaxar, mas esse tipo de respiração é uma habilidade. Quanto mais você praticar, melhor você ficará. Por isso, se possível, te sugiro que tente fazer pelo menos 2 vezes ao dia, pode ser ao acordar e ao dormir, por exemplo. Caso falhe algum dia, é só fazer quando se lembrar. O que acha? Você poderia tentar?"

6. SUGESTÕES DE MATERIAIS

Materiais para a(o) terapeuta

O presente tópico tem o objetivo de sugerir materiais para que você, terapeuta, possa se preparar mais adequadamente para fornecer o serviço de Aconselhamento.

Materiais sobre Aconselhamento Psicológico

O livro Técnica de entrevista e aconselhamento psicológico (Costa et al., 2022) pode ser explorado para compreensão de diversos conceitos e formas de atuação psicológica. Seus capítulos incluem as temáticas do aconselhamento psicológico, a empatia na clínica psicológica, aconselhamento e entrevista, aconselhamento e psicoterapia, comunicação terapêutica facilitadora, o estabelecimento do rapport, a relação terapeuta-cliente, o terapeuta como pessoa, tipos de entrevista clínica psicológica, aspectos gerais do setting, o registro dos dados da entrevista, a entrevista devolutiva, a entrevista na clínica psicológica, avaliação psicológica nas organizações e consulta psicológica na prática.

Materiais sobre Terapia Cognitivo Comportamental

O livro Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: um guia ilustrado (Wright et al. 2018) e o livro Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática (Beck, 2021) são boas opções para a construção de uma base teórica acerca da TCC e podem ser utilizados para a revisão da teoria, bem como para a visualização de sua aplicação.

O livro Questionamento Socrático para Terapeutas: aprenda a pensar e a intervir como um terapeuta cognitivo-comportamental (Waltman et al., 2023) é um livro dedicado à técnica do questionamento socrático e pode ser utilizado para a melhor compreensão dos princípios que circundam essa técnica, suas formas de aplicação e objetivos.

O livro Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental (Carvalho et al., 2019), fornece orientações e conteúdos para serem abarcados em

psicoeducações de diferentes demandas, transtornos e condições psicológicas. Dando orientações detalhadas sobre os transtornos, funcionamento e fatores de manutenção e estratégias/técnicas para serem usadas em tratamentos.

Materiais sobre Transtornos e Condições Psicológicas

O Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DMS-5-TR (APA, 2023), poderá te auxiliar a entender mais sobre os transtornos psicológicos que podem surgir como demanda, como critérios e sintomas.

O Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: tratamento passo a passo (Barlow, 2016), também pode te auxiliar a compreender melhor cada transtorno e, também, como funciona os tratamentos psicoterápicos para cada transtorno.

O guia Orientações para atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação (Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal, 2020), fornece informações acerca do comportamento suicida e automutilação, condutas, estratégias e ferramentas para os profissionais da saúde ajudarem. Além disso, tem um capítulo específico sobre suicídio nos PSP.

Sugestões de materiais psicoeducativos que podem ser recomendados ao(à) paciente

Esses materiais estão em forma de audiovisuais, cartilhas e textos explicativos que são um recurso interessante para abordar os temas trabalhados nas sessões terapêuticas ou como forma de consulta sempre que a/o paciente quiser. É importante destacar que são conteúdos mais gerais. Caso sejam necessários materiais mais específicos, você e o(a) supervisor(a) poderão avaliar e indicar outros que encontrarem.

Modelo Cognitivo

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Modelo Cognitivo

Transtornos e Distúrbios do Sono

Sleep Up - O que é a terapia cognitivo-comportamental do sono?

Emoções e regulação emocional

- Minutos Psíquicos - 8 TÉCNICAS DE CONTROLE EMOCIONAL QUE MUITOS USAM
- Equipe de psicologia que atua na assistência estudantil da Universidade Federal Rural da Amazônia - Regulação Emocional
- Minutos Psíquicos - O que são emoções?

Transtornos por uso de substâncias:

- Minutos Psíquicos - VÍCIO, ADIÇÃO OU DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

Depressão:

- Minutos psíquicos - Depressão
- SEBRAE - Série Saúde e Bem-estar no ambiente de trabalho

Ansiedade:

- Minutos psíquicos - Ansiedade
- Ministério Público do Píaui - Guia prático para controlar a ansiedade

TEPT/Traumas:

- Polyvagal Institute - Trauma e Sistema Nervoso: Uma perspectiva Polivagal

Habilidades sociais:

- Minutos psíquicos - Tipos de comportamento (Agressivo, assertivo e passivo).
- João Carlos Rocha - O que é assertividade? Como ser assertivo?
- Ministério Público do Estado do Píaui - Guia prático para comunicação não violenta

Síndrome de Burnout:

- Hospital Alemão Oswaldo Cruz -Esgotamento no trabalho: Saiba reconhecer os sintomas da Síndrome de Burnout
- Ministério Público do Píaui - Guia prático sobre a Síndrome de Burnout

Estresse:

- Minutos Psíquicos - Estresse

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este protocolo foi elaborado com o objetivo de oferecer a você, terapeuta, informações, diretrizes e orientações para a condução do processo de Aconselhamento Psicológico (AP) baseado nas premissas da Terapia Cognitivo-Comportamental, no Serviço I, disponível na Plataforma Escuta SUSP.

No Serviço I, reconhecemos a importância de adotar um enfoque biopsicossocial e, portanto, o AP proposto deve reconhecer as complexas interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Assim, entende-se que o AP oferecido a profissionais de segurança pública (PSPs) deve ser contextualizado para as especificidades desse público, que incidirão diretamente na procura por, no aproveitamento e no engajamento em serviços de saúde mental como o aqui proposto. Mantenha-se atenta(o) a isso ao conduzir suas atividades.

O AP é um processo indicado para a promoção de bem-estar psicológico e de autonomia por meio da otimização dos recursos pessoais, através da relação estabelecida entre terapeuta e paciente (Trindade & Teixeira, 2000). A TCC, por sua vez, foi adotada como referencial teórico e prático por sua compatibilidade aos pressupostos fundamentais que embasam o Serviço I da Plataforma Escuta SUSP e por funcionar como meio para o alcance dos objetivos e para a condução das etapas atribuídas a um processo de aconselhamento psicológico. Além disso, a TCC apresenta evidências para as principais demandas apresentadas pelos PSPs.

A TCC é reconhecida por seu caráter psicoeducativo. Dentre seus propósitos, se preocupa em esclarecer para o(a) paciente sobre o funcionamento cognitivo (crenças, pensamentos, comportamentos e emoções), ajudá-lo a compreender o problema ou condição que vivencia e, com isso, auxiliá-lo a promover mudanças de cognições, emoções e comportamentos. Por isso, foram incluídos neste protocolo conteúdos de psicoeducação a serem utilizados. Outros recursos também foram ilustrados, como a resolução de problemas, o manejo de contingências e a respiração diafragmática. Essas estratégias, em especial, podem ser benéficas considerando as especificidades desse público.

Neste protocolo, foram sugeridas duas estruturas principais para condução do processo de AP. Ambas estão de acordo com a divisão do

processo de aconselhamento em três fases, proposta por Patterson e Eisenberg (1988), sendo elas: (1) Descoberta inicial; (2) Exploração em profundidade; e (3) Preparação para a ação. De maneira geral, o AP prescrito neste protocolo está baseado no estabelecimento de uma relação produtiva pelo empirismo colaborativo; na psicoeducação; no questionamento socrático; na resolução de problemas; e no manejo de contingências. As sugestões não devem ser aplicadas de forma rígida, mas foram reunidas para que haja direcionamento de estratégias e técnicas que demonstram evidências de efetividade para as problemáticas e dificuldades vivenciadas pelos PSPs.

Como terapeuta de AP do Serviço I, você deve buscar desenvolver as habilidades e adquirir as informações necessárias para condução satisfatória desse processo. Com a intenção de auxiliá-la(o), sugerimos neste protocolo materiais para sua melhor capacitação. Além disso, disponibilizamos materiais complementares importantes em apêndice e cartilhas orientativas e direcionadoras sobre especificidades (comportamento suicida, desastres ambientais e assédio moral/sexual). Por fim, reforçamos que você deve buscar qualquer informação adicional conforme necessidade, contando também com apoio da supervisão.

Bom trabalho!

8. REFERÊNCIAS

Abramson, A. (2022, July 1). When therapy comes to an end. Monitor on Psychology, 53(5). https://www.apa.org/monitor/2022/07/career-therapy-conclusion

Afonso, N., Galvão, A., Pinheiro, M., & Gomes, M. J. (2020). Felicidade, ansiedade, depressão e stress em bombeiros portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. https://doi.org/10.19131/rpesm.0245

Arrigoni, A.C.B., Nicholeti, E.A., Balestra, A. G., & Donadon, M. F. (2021). A Reestruturação Cognitiva como Intervenção na Redução das Interpretações Catastróficas no Transtorno de Ansiedade Generalizada. *Revista eixo*, *10*(1), 13-22. https://arquivorevistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/769

Alves, R. B., & Moraes, T. D. (2022). Apoio psicológico on-line, clínicas do trabalho e Ergopsicologia: reflexões a partir de uma experiência de estágio. *Laboreal*, *18*(2). https://doi.org/10.4000/laboreal.19709

American Psychiatric Association [APA]. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V-TR* (5ª ed). Artmed.

Associação Brasileira do Sono. (2019). Semana do Sono 2019: Dormir bem é envelhecer com saúde [Cartilha do sono]. https://absono.com.br/wp-content/uploads/2021/03/cartilha_semana_do_sono_2019.pdf

Basso, L.A., & Wainer, R. (2011). Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *7*(1), 35-43.

Barlow, D.H. (2016). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo (*5ª ed). Artmed.

Barroso, S.M. (2023). *Mais tarefas terapêuticas para clínica cognitivo-comportamental: atividades por objetivos clínicos*. Sinopsys.

Beck, J. S. (2021). *Terapia cognitivo-comportamental* (3ª ed). Artmed Editora.

Benzoni, P.E. (2023). *Controle do estresse em 8 encontros: guia para profissionais com protocolo cognitivo para aplicação.* Sinopsys.

Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria de Segurança Pública. (2022). Saúde na Segurança Pública: Indicadores e Diretrizes para Intervenções no Âmbito do Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais da Segurança Pública - Pró Vida. Brasília, Brasil. https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/7366/3/sa%C3%BAde%20na%20seguran%C3%A7a%20p%C3%BAblica.pdf

Brasil. (2014). *Lei nº 13.022, de 8 de agosto de 2014*. Dispõe sobre o Estatuto Geral das Guardas Municipais. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13022.htm

Carvalho, M.R., Malagris, L.E.N., & Rangé, B.P. (2019). *Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental.* Sinopsys.

Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2009). Resolução CFP nº 001/2009, de 30 de março de 2009. (2009). Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Brasília, Brasil. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2010). Resolução CFP nº 005/ 2010, de 05 de março de 2010. Altera a resolução CFP nº 001/2009, publicada no dia 1 de abril de 2009, pág. 90, Seção I do DOU. https://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolucaocfp0052010.pdf

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2012). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, Brasil. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf

Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal. (2020). Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação. Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF. Brasília, Brasil.

Costa, G. G., Simião, A.R. M., & Cruz, L. et al. (2022). *Técnica de entrevista e aconselhamento psicológico.* Grupo A.

Davy, J. (1999). A biopsychosocial approach to counselling in primary care. In R. Bor & D. McCann (Eds.), *The practice of counselling in primary care* (pp. 24-41). London: Sage Publications.

de-Medeiros, P. A. G. A., Vieira, O. A. G., Beraldo, E. M. M., dos-Santos, F. L. C., Silveira, E. G., de-Lima-Filho, L. E., & Santana, S. D. M. (2021). Plantão psicológico cognitivo-comportamental na pandemia da CoViD-19. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *17*(1), 58-65. https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20210008

Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P. (2017). O campo das habilidades sociais: Conceitos básicos e importância. In Z.A.P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais e competência social para uma vida melhor* (pp. 9-24). UFSCar.

Egan, G. (1982). *The skilled helper: A model for systematic helping and interpersonal relations* (2ª ed). Brooks/Cole Pub Co.

França, F. G. (2016). Hierarquia da invisibilidade: preconceito e homofobia na formação policial militar. *Revista Brasileira de Segurança Pública, 10*(2), 154-170. https://revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/700/244.

Freitas, A. F., Remus, J. B., Luz, W. L., Lopes, F. M. (2022). Guia de preparação para alta em psicoterapia: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *18*(2), 195–204. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872022000200195

Gelso, C. J., & An, M. (2024). Fundamentos transteóricos: as três faces da relação terapêutica In Kristensen, A. D., Kristensen, C. H. (Orgs.) *A relação terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais: prática clínica e aspectos transteóricos* (pp. 14-26). Artmed.

Goode, J., Park, J., Parkin, S., Tompkins, K. A., & Swift, J. K. (2017). A collaborative approach to psychotherapy termination. *Psychotherapy, 54*(1), 10–14. https://doi.org/10.1037/pst0000085

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). T*erapia de Aceitação e Compromisso* (2ª ed). Artmed Editora.

Jacob, L.S. (2004). Treino de Resolução de Problemas. In C.N. Abreu & H.J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo comportamental: práticas clínicas* (pp. 344-351). Roca.

Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a Morte e o Morrer* (P. Menezes, Trad.; 7ª ed.) Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1926).

Leahy, R.L., Tirch, D., & Napolitano, L.A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental.* Artmed.

Leal, I. (2010). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio* (2ª ed). Placebo.

Melo, W.V., Oliveira, I.R. de., Fava,D.C., & Bakos, D.S. (2014). Automonitoramento e Resolução de Problemas. In W.V. Melo, *Estratégias Psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva* (1ª ed., pp. 83-114). Sinopsys.

Oliveira, D.L.G. (2018). A contribuição da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do estresse [Monografia, Faculdade Frassinetti do Recife, Recife].

Patterson, L., & Eisenberg, S. (1988). *O processo de aconselhamento* (1st ed.). Martins Fontes.

Scorsolini-Comin, F. (2014). Aconselhamento psicológico e psicoterapia: aproximações e distanciamentos. *Contextos Clínicos*, 7(1), 02-14. https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2014.71.01

Senado Federal do Brasil (2022). Higiene do sono: saiba o que é e como ela pode melhorar a sua vida. Brasília, Brasil. https://www12.senado.leg.br/institucional/sis/noticias-comum/higiene-do-sono-saiba-o-que-e-e-como-ela-pode-melhorar-a-sua-vida

Silva, K. de S., Sampaio, A. A. S., & Miguel, A. de Q. C. (2022). Manejo de Contingência Aplicado ao Transtorno por Uso de Álcool: Revisão Sistemática. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, *38*. https://doi.org/10.1590/0102.3772e38215.pt

Smith, A. J., Pincus, D., & Ricca, B.P. (2023). Targeting social connection in the context of Trauma: Functional outcomes and mechanisms of change. *Journal of Contextual Behavioral Science, 28*, 300-309. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.04.008.

Sternberg, R.J. (2008). *Psicologia Cognitiva* (R.C. Costa, Trad., 4ª ed.) Artmed.

Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença: intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, *1*(18), 3–14. Recuperado de https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/5876

Waltman, S. H., III, C., McFarr, L. M., & Moore, B. A. (2023). *Questionamento Socrático para Terapeutas*. Artmed Editora.

World Health Organization [WHO]. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). Retirado de https://icd.who.int/

Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2018). *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental* (2ª ed). Artmed Editora.

Zwielewski, G., & Sant'Ana, V. (2016). Detalhes de protocolo de luto e a terapia cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *12*(1), 27-34. hhttps://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872016000100005

Zuckerman, A., & Mitchell, G. L. (2004). Psychology interns' perspectives on the forced termination of psychotherapy. *The Clinical Supervisor*, *23*(1), 55–70. https://doi.org/10.1300/J001v23n01_04

APÊNDICES

APÊNDICE 1: O QUE ANOTAR NO PRONTUÁRIO?

O prontuário é um recurso técnico que tem como função principal registrar todas as informações dos pacientes que recebem o serviço de atendimento psicológico. Ele oferece inúmeros benefícios, onde podemos destacar alguns citados por Schutz e Oliveira (2020):

1. Fornece subsídio de manutenção da saúde do(a) paciente;
2. Favorece o compartilhamento de informações entre diferentes profissionais;
3. É um documento de base legal para ações dos profissionais da saúde e dos(as) pacientes;
4. É uma fonte de pesquisa clínica, onde constam dados para estudos epidemiológicos e para avaliação da qualidade do cuidado.

A Resolução 01/2009 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) institui que todo atendimento psicológico deve ter seu registro documental. Ele é obrigatório, tem o objetivo de contemplar de forma sucinta o trabalho prestado, a descrição e a evolução da atividade e os procedimentos técnico-científicos adotados. Além disso, deve ser mantido atualizado e organizado pelo terapeuta, seguindo o que orienta (Barletta et al., 2012) contendo:

1. Avaliação da demanda e definição de objetivos do trabalho;
2. Registro de Encaminhamento ou Encerramento;
3. Cópias de outros documentos produzidos pelo terapeuta que devem ser arquivados com seu registro com data de emissão, finalidade e destino.

Destaca-se ainda que a Resolução CFP 01/2009 prevê que os atendimentos realizados por estudantes de graduação devem contemplar a identificação tanto da/do estudante quanto da/do supervisor. O supervisor deve acompanhar e solicitar que sejam registradas as atividades e acontecimentos no serviço prestado. Na subseção a seguir, disponibilizamos o modelo de prontuário multiprofissional que será utilizado no Escuta SUSP.

Modelo de Prontuário Multiprofissional

O seguinte prontuário é fundamentado na Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) N.° 001/2009 que dispõe da obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos; na Resolução CFP N° 5/2010, que altera a Resolução CFP n° 001/2009, publicada no dia 1 de abril de 2009, pág. 90, Seção I do DOU; e na resolução do Conselho Regional de Psicologia do Paraná N.° 005/2007, que institui as normas para preenchimento de prontuários pelos psicólogos dos serviços de saúde.

Antes de realizar o preenchimento, é importante se atentar principalmente às orientações da Resolução N.° 001/2009 (CFP). Especialmente, conforme o Art° 5: "II. Fica garantido ao usuário ou representante legal o acesso integral às informações registradas, pelo psicólogo, em seu prontuário". Além disso, de acordo com o Art° 6 da mesma resolução: "Quando em Serviço multiprofissional, o registro deve ser realizado em prontuário único". Portanto, no preenchimento do prontuário: "devem ser registradas apenas as informações necessárias ao cumprimento dos objetivos do trabalho". No mais, as descrições devem ser claras e objetivas. Evite palavras impróprias para documentos oficiais. Atenção: Não inclua neste prontuário: documentos oriundos da aplicação de instrumentos de avaliação psicológica (ex.: testes aplicados, folhas de resposta, crivos de correção; conforme Resolução CFP n° 5/2010), transcrições literais de sessões, impressões sobre o atendimento, planejamento de futuras sessões.

Além disso, conforme o Art° 2 da Resolução CFP n° 001/2009 e da Resolução CFP N° 5/2010: "V. Cópias de outros documentos produzidos pelo psicólogo para o usuário/instituição do serviço de psicologia prestado deverão ser arquivadas, além do registro da data de emissão, finalidade e destinatário".

Na plataforma de atendimento do Escuta SUSP, você vai encontrar para cada sessão de atendimento, um espaço dedicado a fazer as anotações que vão compor o prontuário final do paciente. Nesse espaço, na plataforma intitulado de ANOTAÇÕES, você deverá inserir as seguintes informações:

Descrição da demanda ou objetivo(s) do paciente (Descrição suscinta, clara e objetiva da demanda ou objetivo(s) trazidos pelo(a) próprio(a) paciente e/ou observados pelo terapeuta e confirmado em sessão com o(a) paciente e supervisão)**:**

Registro da evolução do trabalho (Inclui considerações técnicas do terapeuta, sob sua ótica específica, sobre os resultados alcançados, permitindo o conhecimento e acompanhamento do paciente. Descreve os procedimentos técnico-científicos adotados Atenção: Não corresponde a uma descrição literal das sessões, mas sim a uma análise crítica e contextualizada do progresso terapêutico):
Registro de Encaminhamento dado naquela sessão: (anotar se alguma tarefa foi passada ao paciente, se lhe foi deixada alguma atividade para reflexão que deverá ser trazida na próxima sessão; se for a sessão final, anotar elementos que justifiquem o encaminhamento dado ao paciente, tais como alta, serviço II ou outro).

Referências

Barletta, J. B., Paixão, A. L. R., Feitosa, E. P. S., de Oliveira, K. S., & Santos, L. A. (2012). O prontuário psicológico como recurso para pesquisa e atuação: repensando a formação da competência profissional. Revista Psicologia e Saúde, 4(2), 135-142. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200006&lng=pt&tlng=pt.

Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2009). Resolução CFP n° 001/2009, de 30 de março de 2009. (2009). Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Brasília, Brasil. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf
» https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2010). Resolução CFP n° 005/ 20210, de 05 de março de 2010. Altera a resolução CFP n° 001/2009, publicada no dia 1 de abril de 2009, pág. 90, Seção I do DOU. Recuperado de https://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolucaocfp0052010.pdf

Schutz, D.M., & de Oliveira, D.S. (2020). PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: UMA VISÃO HISTÓRICA INTERDISCIPLINAR. *Revista Universo Psi*, *1*(2), 17-32

APÊNDICE 2: AO QUE A/O SUPERVISOR DEVE ESTAR ATENTO

Nesse apêndice serão pontuadas algumas questões relevantes que merecem a atenção dos supervisores no acompanhamento dos terapeutas graduandos. Para esse trabalho além dessa listagem, recomenda-se a leitura dos materiais citados no tópico 9, que fornecem um aprofundamento das questões presentes nesse protocolo.

1. Observar os terapeutas graduandos em sua atuação e falas, conferindo como eles estão interpretando os princípios que regem este serviço, sempre ressaltando o que está posto pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2012).
2. Acompanhar qual nível de conhecimento dos terapeutas graduandos sobre os instrumentos reconhecidos pelo SATEPSI. Assim como a questão ética ao aplicar estes.
3. Acompanhar sobre o domínio da postura e do roteiro de anamnese.
4. Assegurar o entendimento da diferença entre a fase de avaliação, o aconselhamento e os demais serviços, psicoterapia e prevenção ao suicídio
5. Assegurar o entendimento da proposta de aconselhamento deste protocolo, de seus objetivos, da estrutura sugerida e da indispensabilidade de sua adaptação e conforme o caso.
6. Assegurar a posse dos recursos necessários para a realização do aconselhamento conforme proposto neste protocolo, sobretudo no que diz respeito à manutenção de uma postura acolhedora, à concessão de uma escuta qualificada, ao sustento de um empirismo colaborativo, a competências de questionamento socrático, psicoeducação e implementação da respiração diafragmática e ao conhecimento dos conteúdos psicoeducativos.
7. Aos critérios de encaminhamento aos demais serviços, reconhecendo a presença de sintomas relevantes, como depressivos, comportamentos autodestrutivos e ideação suicida.
8. À familiaridade com a plataforma Escuta SUSP.
9. À importância do registro do prontuário.

Referências

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2012). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, Brasil. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf

APÊNDICE 3: Cartilha Orientativa para Terapeutas – Diretrizes para a identificação e manejo de comportamento suicida em Profissionais da Segurança Pública

Termo de Execução Descentralizada (TED)
Ministério da Justiça e Segurança Pública
Secretaria Nacional de Segurança Pública

Cartilha Orientativa para Terapeutas
Diretrizes para a identificação e manejo de comportamento suicida em Profissionais da Segurança Pública

1. Apresentação

Esta cartilha orientativa foi elaborada para oferecer a você, terapeuta, diretrizes claras e práticas para otimizar a identificação, o manejo e o encaminhamento de pacientes com comportamento suicida. Sabemos que essa é uma demanda delicada, que pode surgir tanto nas sessões de avaliações quanto ao longo dos processos de aconselhamento e psicoterapia com os(as) profissionais da segurança pública. Dada a complexidade e necessidade de resposta rápida em casos de comportamento suicida, é fundamental que você esteja preparada(o) para oferecer o suporte necessário.

Nosso objetivo é que este material forneça orientações que fortaleçam sua atuação e promovam um atendimento acolhedor, seguro e eficaz. Por meio desta leitura, você terá a oportunidade de aprender o que é o comportamento suicida, como avaliá-lo e identificá-lo, além de entender como realizar o manejo inicial e o encaminhamento adequado desses(as) pacientes.

Sabemos que abordar o comportamento suicida é um processo emocionalmente desafiador, tanto para o(a) paciente quanto para a(o) terapeuta. Falar sobre comportamentos suicidas pode ser extremamente difícil para o(a) paciente, que muitas vezes enfrenta sentimentos de vergonha, medo ou desesperança. Da mesma forma, ouvir e lidar com esse tipo de relato pode ser angustiante para a(o) terapeuta. Por isso, é essencial que ambos se sintam acolhidos e apoiados durante esse processo. Esta cartilha oferece não apenas estratégias para facilitar essa comunicação, mas também ferramentas que visam cuidar da(o) terapeuta, reconhecendo os desafios emocionais que essa tarefa envolve.

2. O que é o comportamento suicida?

Para que você saiba identificar o comportamento suicida em seus pacientes, é essencial que antes entenda sua definição:

O **comportamento suicida** refere-se a um espectro que inclui **pensamentos** e **atos** relacionados a **ideias, planejamento ou ações** que possuem como **objetivo final o fim da própria vida.** Esse comportamento varia em intensidade, começando com ideias e planos, até culminar em atos que visam concretizar esse desejo.

Em uma extremidade, estão os pensamentos de morte, também conhecidos como ideação suicida. Esses pensamentos podem ser passivos

— como o desejo de que algo fatal ocorra, sem uma ação direta do(a) paciente — ou mais ativos, envolvendo algum grau de planejamento para a própria morte. Quando o planejamento começa a ser colocado em prática, falamos de tentativa de suicídio. Na outra extremidade desse espectro, temos o suicídio consumado.

É importante ressaltar que o comportamento suicida é multifatorial e complexo, portanto, deve-se evitar atribui a uma única causa. Entre os profissionais de segurança pública, podemos destacar alguns fatores de riscos que os tornam vulneráveis, como: estresse crônico, exposições frequentes a situações traumáticas, ambientes laborais rígidos, abuso de substâncias líticas e ilícitas, dificuldades relacionais ou problemas familiares, histórico de saúde mental, entre outros. Além disso, vale lembrar que são profissionais que constantemente estão em contato com um possível método letal: as armas. É muito importante que você, terapeuta, fique atenta(o) a esses fatores.

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2024, a taxa de suicídio entre policiais civil e militares aumentou em 26,2% em 2023 em relação ao ano anterior. O número de policiais que vieram à óbito por suicídio foi até mesmo maior do que por confrontos. Como podemos ver, os profissionais de segurança pública constituem um grande grupo de risco para o comportamento suicida, tendo índices até mesmo maiores que a população em geral. Portanto, é necessário que você terapeuta fique atento a alguns sinais, além dos fatores de risco, como: mudança ou piora repentina no quadro de humor; sentimentos de desesperança ou falta de sentido; aumento ou abuso de drogas (lícitas e ilícitas); afastamento social ou isolamento. Falar sobre morte ou desejo de morrer ou se machucar também pode ser um alerta.

Além de fatores de riscos, existem também os protetivos – que podem variar de acordo com o indivíduo. Entre os profissionais de segurança pública, alguns possíveis fatores de proteção incluem: apoio social familiar, apoio do(a/s) parceiro(a/s) de trabalho, apoio organizacional e o senso de propósito. A identificação desses fatores também é muito importante para o manejo de casos com comportamento suicida, podendo promover senso de pertencimento, esperança e sentido.

Agora que você já sabe o que é o comportamento suicida e sua complexidade, no tópico a seguir, iremos te fornecer informações mais detalhadas de como você poderá identificar se o seu ou a sua paciente podem estar apresentando-o.

3. Como podemos identificar o comportamento suicida?

É esperado que você, terapeuta, realize a entrevista de anamnese com o(a) seu ou sua paciente. Nela você encontrará itens específicos para avaliação do comportamento suicida, que devem ser aplicadas no processo avaliativo e, novamente, após as sessões de aconselhamento (caso haja). Você avaliará a presença de pensamentos suicidas (ideação suicida), através das cincos seguintes perguntas da *escala Frequency of Suicidal Ideation Inventory* (FSII-Br; Teodoro et al., 2022):

1) Durante o último mês, quantas vezes você pensou em se machucar?
2) Durante o último mês quantas vezes você acreditou que não valia a pena viver?
3) Durante o último mês quantas vezes você pensou o que teria acontecido se tivesse acabado com sua vida?
4) Durante o último mês quantas vezes você pensou em cometer suicídio?
5) Durante o último mês quantas vezes você pensou em desistir?

Note que essa avaliação é feita em relação ao último mês, ressalte isso durante as perguntas. Sabemos que fazer essas perguntas pode ser desafiador, assim como respondê-las. Portanto, é importante que busque sempre ser acolhedor(a) e respeitoso(a) ao realizá-las. Você pode encontrar mais orientações de como realizar a entrevista de anamnese, que abrange essas perguntas, no “Protocolo 4: Serviço I- Avaliação on-line para Profissionais de Segurança Pública”.

Caso a resposta seja positiva para algumas dessas perguntas, independente se é no início do processo ou após as sessões de aconselhamento, deve ser considerada como um sinal de alerta para o terapeuta. Neste caso, é importante que você comunique imediatamente a/ao seu/sua supervisor(a) após finalizar a sessão. Entendemos que escutar uma resposta positiva pode ser muito desconfortável e gerar ansiedade, mas se lembre que você não precisará e tão pouco deverá manejar isso sozinho(a), busque o seu/sua supervisor(a), ele(a) está preparado(a) para te ajudar.

Após a identificação da ideação suicida, você deverá seguir a anamnese focando nas outras perguntas sobre comportamento suicida (planejamento, tentativas passadas, entre outras) disponíveis na entrevista. A gravidade do caso dependerá:

1) Da existência de ideações suicidas frequentes e intensas;
2) Da presença de planejamento;
3) Da presença de planejamento detalhado, com o paciente sabendo qual método, local e quando poderá fazer a tentativa;
4) Da presença de tentativas passadas;

> **Aos terapeutas do Serviço I do Escuta SUPS: É obrigatório que caso identifique a presença de comportamentos suicidas que você comunique a/ao seu/sua supervisor(a) imediatamente e discuta com ele(a).** As decisões deverão ser feitas em conjunto a ele(a) e a gravidade determinará qual encaminhamento deverá ser realizado. Todos os casos que apresentarem ideação suicida com planejamento devem ser comunicados para os pontos focais, que auxiliarão a busca de atendimento presencial.

Como dissemos anteriormente, sabemos que pode ser difícil para você, terapeuta, ao perceber que seu ou sua paciente apresenta comportamento suicida. Não se preocupe, para te ajudar a saber como manejar durante a sessão, escrevemos também o próximo tópico com algumas orientações.

4. Como manejar o(a) paciente com comportamento suicida?

Você pode estar se perguntando "O que eu faço durante a sessão com o(a) meu(minha) paciente caso ele(a) apresente respostas que indicam comportamento suicida?". A seguir, vamos dar orientações de como deve ser o seu manejo inicial, terapeuta, após a identificação do comportamento suicida. Você precisará:

a) Ouvir atentamente o paciente sem julgar – Como ressaltamos em todo o Protocolo 5, é imprescindível que você busque sempre ser acolhedor(a) durante todo o processo. O(a) paciente pode com comportamento suicida pode apresentar sentimento de culpa, vergonha e desesperança e ele está confiando em você ao falar sobre isso, assim, busque o ouvir atentamente e o acolha sem julgamentos;
b) Avaliar a gravidade e intensidade das ideações suicidas – Para isso, você pode utilizar as perguntas indicadas na entrevista de anamnese.

No entanto, busque também ser acolhedor durante, pode ser difícil a(o) paciente respondê-las e falar sobre isso.

c) Psicoeducar o paciente sobre o comportamento suicida – O comportamento suicida pode vir carregados de estigmas, culpas e desesperança. A psicoeducação pode contribuir tanto com o acolhimento quanto oferecer perspectivas e conhecimentos que podem ajudar a(o) paciente nessa situação. A seguir, daremos orientações mais detalhadas de como pode realizá-la.

d) Avaliar a abertura do paciente para compartilhar uma sessão com a pessoa de referência (somente em caso de ideação com planejamento ou com tentativa passada).

4.1 Psicoeducação sobre o comportamento suicida

Ao longo do "Protocolo 5: Serviço I – Aconselhamento Psicológico on-line para Profissionais de Segurança Pública – Baseado em TCC", apresentamos a importância da Psicoeducação no atendimento a profissionais da segurança pública. Neste tópico, vamos abordar mais especificamente direcionado a pacientes com comportamento suicida.

Em especial nestes casos, a Psicoeducação possui como objetivo **aumentar o conhecimento do paciente sobre o comportamento suicida, potencializar a busca por ajuda e eliminar a presença de estigmas e preconceitos**, e sua utilização é extremamente recomendada**.** A(o) terapeuta deve, junto ao(à) paciente:

a) Identificar quais são os fatores de risco e de proteção;

b) Identificar quais são os gatilhos que podem estar associados com a presença de pensamentos de morte e o que pode ser feito para eliminá-los;

c) Orientar sobre a retirada de métodos letais de casa;

d) Conversar sobre a dor psicológica e sua relação com a ideação suicida, além da dificuldade em observar outras possibilidades de resolução de problemas;

e) Identificar quem faz parte da sua rede de apoio e que poderá ser contactado em caso de necessidade;

f) Realçar a importância de os pacientes procurarem apoio em centros de saúde ou através do Centro de Valorização da Vida (188; https://cvv.org.br/);

g) Solicitar para ser informado sobre o retorno ou manutenção dos pensamentos suicidas;
h) Avaliar a necessidade de marcar uma sessão extra para a mesma semana;
i) Revisar quem é a pessoa de referência informada no cadastro.

É importante que você, terapeuta, durante toda a Psicoeducação busque ser acolhedora(o) e empática(o) sobre o sofrimento de seu ou sua paciente. Para PSP que, frequentemente, são colocados em papéis de heróis e podem ter muitos preconceitos em relação às temáticas de saúde mental, falar sobre suicídio pode ser ainda mais doloroso. Busque esclarecer e incentivá-lo(a) sobre a importância da ajuda, trabalhe possíveis estigmas e preconceitos e potencialize os fatores protetivos. Explique sobre a complexidade e multicausalidade do comportamento suicida e o suicídio é um processo de sofrimento em que não há culpados ou vítimas - fique atento: os(as) pacientes com comportamento suicida podem apresentar sentimento de culpa e vergonha, essas explicações podem ajudá-los(as). A desesperança também pode ser presente, apresente que o tratamento é uma possibilidade de ajudá-lo a lidar com o seu sofrimento e a desenvolver estratégias de enfrentamento. Complemente explicando sobre a transitoriedade do sofrimento, ainda que neste momento ele possa estar parecendo insuportável. Em suma, incentive ele(a) a buscar ajuda e apresente possibilidades de mudanças

5. Aspectos éticos e legais

O Código de Ética do Psicólogo dispõe como um dever o respeito ao sigilo do(a) paciente, com proteção as informações compartilhadas em sessões. No entanto, em casos de identificação de comportamento suicida no(a) paciente, é permitido a quebra desse sigilo. Isso porque é considerado que ele(a) pode estar correndo um risco eminente (Conselho Federal de Psicologia, 2012; Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal, 2020).

> **Terapeutas do Serviço I:** Ressaltamos novamente a obrigatoriedade de que você comunique imediatamente a quem está te supervisionando assim que finalizar a sessão em que houve a identificação. Juntos vocês irão decidir como e de que forma serão tomadas as medidas necessárias, inclusive a quebra do sigilo – por exemplo, ao comunicar com a rede de apoio do(a) paciente.

6. Mensagem aos terapeutas

Sabemos que o manejo de pacientes com comportamento suicida pode ser um dos momentos mais desafiadores e ansiogênicos para você, terapeuta. É natural que surjam sentimentos de insegurança, ansiedade e até medo de não conseguir fazer o suficiente. Lidar com essa responsabilidade pode ser emocionalmente exaustivo, e é importante que você saiba que esses sentimentos são válidos e compreensíveis.

Lembre-se de que você não está sozinha(o) nesse processo. A supervisão é essencial para comunicar suas preocupações e dificuldades. É muito importante e necessário para que você receba o suporte necessário, seja para tomar decisões complexas ou simplesmente para processar o impacto emocional de suas experiências.

Reconhecer a importância e os limites da sua atuação como terapeuta é essencial. Embora você tenha um papel fundamental no acolhimento e manejo inicial, existem momentos em que será necessário encaminhar o paciente para os outros serviços. Isso reforça seu compromisso com o cuidado integral do(a) paciente.

Por fim, cuidar do outro também exige que você cuide de si, terapeuta. Caso sinta que precisa, busque a psicoterapia também, pois ela pode ser uma poderosa aliada para te ajudar no seu autocuidado, fornecendo um espaço seguro para processar suas próprias emoções e experiências. Da mesma forma, o diálogo contínuo com seus colegas e supervisor(a) é essencial para compartilhar desafios e buscar apoio. Acolher o outro só é possível quando estamos conectados com o nosso próprio bem-estar.

7. Indicações de leitura

Botega, N. J. (2023). *Crise suicida: avaliação e manejo* (2ª ed). Artmed.

Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria de Segurança Pública. (2016). O comportamento suicida entre profissionais de segurança pública e prevenção no Brasil. In A. C. C. Pareschi, C. L. Engel, G. C. Baptista, & A. J. de Neves (Orgs.), *Pensando a segurança pública: Direitos humanos, grupos vulneráveis e segurança pública* (Vol. 6, pp. 151-202). Brasília, Brasil.

Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2013). O Suicídio e os Desafios para a Psicologia. Brasília, Brasil. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf

Conselho Federal de Psicologia [CFP], Conselho Regional de Psicologia de São Paulo [CRP-SP], Ouvidoria da Polícia do Estado de São Paulo (2019). Uma análise crítica sobre Suicídio Policial. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/09/suicidio-policial_aprovacao_mariano.pdf

8. Referências

Botega, N. J. (2023). Crise suicida: avaliação e manejo (2ª ed). Artmed**.**

Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria de Segurança Pública. (2016). O comportamento suicida entre profissionais de segurança pública e prevenção no Brasil. In A. C. C. Pareschi, C. L. Engel, G. C. Baptista, & A. J. de Neves (Orgs.), Pensando a segurança pública: Direitos humanos, grupos vulneráveis e segurança pública (Vol. 6, pp. 151-202). Brasília, Brasil.

Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria de Segurança Pública. (2022). Saúde na Segurança Pública: Indicadores e Diretrizes para Intervenções no Âmbito do Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais da Segurança Pública - Pró Vida. Brasília, Brasil. https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/7366/3/sa%C3%BAde%20na%20seguran%C3%A7a%20p%C3%BAblica.pdf

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2012). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, Brasil. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf

Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2013). O Suicídio e os Desafios para a Psicologia. Brasília, Brasil. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf

Conselho Federal de Psicologia [CFP], Conselho Regional de Psicologia de São Paulo [CRP-SP], Ouvidoria da Polícia do Estado de São Paulo (2019). Uma

análise crítica sobre Suicídio Policial. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/09/suicidio-policial_aprovacao_mariano.pdf

Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal [CRP-DF]. (2020). Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação. Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF. Brasília, Brasil.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2024). 18° Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). PLoS medicine, 13(3), e1001968. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968

Stanley, I.H., Hom, M.A., & Joiner, T.E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. Clinical psychology review, 44, 25–44. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.002

Teodoro, M., de Souza, R. S. B., Martins, C. D. C., Sediyama, C. Y. N., Alvares-Teodoro, J., Chang, O. D., & Chang, E. C. (2022). Validity of the Frequency of Suicidal Ideation Inventory in Brazilian adults. Death studies, 46(8), 1840-1844. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1824201

Wenzel, A., Brown, G. K., Beck, A.T. (2010). Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas. Artmed.

World Health Organization [WHO]. (2014). Mental health: preventing suicide: a global imperative. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1

APÊNDICE 4: Cartilha Orientativa para Terapeutas – Diretrizes para o reconhecimento de casos de assédio moral ou sexual entre Profissionais da Segurança Pública

Termo de Execução Descentralizada (TED)
Ministério da Justiça e Segurança Pública
Secretaria Nacional de Segurança Pública

Cartilha Orientativa para Terapeutas
Diretrizes para o reconhecimento de casos de assédio moral ou sexual entre Profissionais da Segurança Pública

1. Apresentação

Esta cartilha orientativa foi elaborada para oferecer a você, terapeuta informações que a(o) capacitem para o reconhecimento de casos que envolvam assédio moral e/ou sexual no contexto laboral dos pacientes profissionais de segurança pública (PSP). Essa é uma experiência que pode ocorrer com qualquer trabalhador, mas que pode ser ainda mais frequente dentre PSP, devido ao forte caráter hierárquico e, muitas vezes, rígido inerentes ao contexto laboral ao qual estão sujeitos. Portanto, é fundamental que você esteja preparada(o) para caracterizar essa experiência como assédio moral e/ou sexual, a depender do caso.

Nosso objetivo é fornecer orientações que fortaleçam sua atuação e promovam um atendimento acolhedor, seguro e assertivo para esses casos. Por meio desta leitura, você terá a oportunidade de aprender o que é assédio moral e o que é assédio sexual, particularidades do assédio no contexto laboral dos PSP, como é possível identificar se o(a) paciente é vítima de assédio, como fazer o acolhimento inicial de pacientes vítimas de assédio e aspectos éticos e legais em casos de assédio.

Devido ao contexto desses profissionais, pode ser desafiador para o(a) paciente conseguir falar abertamente caso seja vítima de assédio, bem como pode ser difícil identificar-se como tal. Isso porque, entre tantas outras condições de saúde mental, ser vítima de assédio pode ser interpretado por PSP como sinal de fraqueza. Esta cartilha irá fornecer informações e orientações para ajudar você, terapeuta, a identificar e manejar esses casos.

2. Assédio moral e sexual no contexto laboral

2.1 Assédio Moral

2.1.1 Conceituação

O assédio moral consiste

> na repetição deliberada de gestos, palavras (orais ou escritas) e/ou comportamentos de natureza psicológica, os quais expõem o(a) servidor(a), o(a) empregado(a) ou o(a) estagiário(a) (ou grupo de servidores(as) e empregados(as) a situações humilhantes e constrangedoras, capazes de lhes causar ofensa à personalidade, à

> dignidade ou à integridade psíquica ou física, com o objetivo de excluí-los(as) das suas funções ou de deteriorar o ambiente de trabalho. (Senado Federal, Diretoria-Geral, 2011, p. 6)

Por essas características, pode ser considerado um fator de degradação do ambiente profissional. A conduta, para configurar-se como assédio moral, precisa ser continuada, repetida, sistemática e intencional (Brasil, Ministério Público, n. d.; Senado Federal, Diretoria-Geral, 2011) O assédio moral pode ocorrer em qualquer direção hierárquica na organização, ou seja, pode ser vertical, horizontal, ascendente ou misto, como definido mais à frente. Além disso, tem-se que a prática de assédio moral ocorre frequentemente em local de trabalho, mas pode ocorrer em outros ambientes, desde que sua prática se vincule às relações de poder desenvolvidas em esfera profissional (Senado Federal, Diretoria-Geral, 2011).

2.1.2 Exemplos de condutas que se configuram assédio moral

O assédio moral pode se dar por palavras, comportamentos, atos, gestos ou qualquer atitude que prejudique a dignidade ou integridade psíquica ou física da vítima (Brasil, Controladoria Geral da União, n. d.). A título de exemplo, segue uma lista de algumas condutas que, se praticadas de maneira continuada, repetida e sistemática podem se configurar como assédio moral (Brasil, Ministério Público, n. d.; Senado Federal, Diretoria-Geral, 2011). É importante esclarecer que os exemplos listados têm fins ilustrativos e que é preciso analisar as particularidades de cada caso.

- Solicitar à vítima que realize o trabalho de terceiros
- Não atribuir funções à vítima, isto é, deixá-la sem demanda alguma no trabalho, propositalmente e sem justificativa
- Solicitar à vítima que realize funções incompatíveis com seu cargo
- Pressionar a vítima a não exercer seus direitos
- Criticar a vida privada, preferências pessoais ou convicções da vítima
- Segregar e/ou isolar a vítima no ambiente de trabalho e/ou em confraternizações entre colegas
- Mudar ou ameaçar mudar a escala de trabalho, o setor, a unidade de atuação ou outros aspectos laborais de maneira infundada
- Insinuar ou explicitamente dizer que a vítima é incompetente, preguiçosa, “sensível demais” ou que busca obter vantagens/privilégios quando usufrui de seus direitos

- Mostrar-se resistente ou negar que a vítima usufrua de seus direitos
- Ridicularizar a vítima
- Invalidar ou ignorar denúncias ou reclamações
- Contestar sistematicamente as opiniões ou falas em geral da vítima
- Privar a vítima do acesso a seus instrumentos de trabalho
- Omitir ou distorcer informações úteis e/ou necessárias à realização do trabalho

2.1.3 Diferença de assédio moral e atos de gestão

A depender da conduta, a mesma atitude – por exemplo, transferência do(a) trabalhador(a) - pode fazer parte de uma situação de assédio moral, caso ocorra com a intenção de excluir ou prejudicar o(a) trabalhador(a), ou pode ser um ato de gestão administrativa, caso ocorra no interesse da Administração ou da empresa (Senado Federal, Diretoria-Geral, 2011). Acerca disso, ao buscar identificar a ocorrência de assédio moral, importa manter em mente principalmente o seguinte aspecto do assédio moral: a intencionalidade, ou seja, é preciso considerar a presença ou não de finalidade discriminatória nas condutas.

Nesse sentido, atos de gestão administrativa realizados de acordo com o interesse da Administração ou da empresa e outras situações típicas de ambientes de trabalho como críticas construtivas, monitoramento e avaliações do trabalho de acordo com as diretrizes da Administração ou da empresa, desde que realizadas em particular e não tenham componente vexatório, e mesmo conflitos esporádicos não se caracterizam como assédio moral (Senado Federal, Diretoria-Geral, 2011).

2.1.4 Possíveis classificações para o assédio moral

Como mencionado, o assédio moral não precisa necessariamente ser realizado por um superior hierárquico, qualquer trabalhador(a) que faça parte do ambiente laboral pode ser agente do assédio moral. Essas distinções funcionam como critério das seguintes classificações (Senado Federal, Diretoria-Geral, 2011):

Vertical: Quando o assediador está em posição hierárquica ou funcional distinta da pessoa ou grupo assediado. Pode ser descendente, quando o assediador é superior hierárquico, ou ascendente, quando o assediador é subordinado.

Horizontal: Quando o assediador está na mesma posição hierárquica ou funcional da pessoa ou grupo assediado.

Misto: Quando o assédio se dá de maneira vertical e horizontal, isto é, quando a vítima é assediada cumulativamente por superiores hierárquicos (vertical descendente) e/ou subordinados (vertical ascendente) e por colegas de trabalho com quem não mantém relação de subordinação (horizontal).

2.1.5 Caso para ilustrar assédio moral

Uma situação de assédio moral pode ser assim demonstrada: uma policial recém-ingressa na corporação é constantemente alvo de humilhações por parte de um superior hierárquico, que faz comentários depreciativos sobre sua capacidade profissional na frente de colegas. Ele a crítica de forma exagerada e coloca-a para realizar tarefas consideradas "inferiores" ou humilhantes, enquanto seus colegas de mesmo nível hierárquico realizam tarefas operacionais. Além disso, o superior ignora suas sugestões durante reuniões e faz piadas sobre seu gênero, insinuando que mulheres não são capazes de lidar com o "trabalho pesado" de segurança pública. Esse comportamento repetitivo visa desmoralizá-la, criando um ambiente de trabalho tóxico e dificultando sua evolução profissional. O assédio moral, nesse caso, ocorre de forma sistemática, com o objetivo de isolar ou desestabilizar emocionalmente a policial, comprometendo sua autoestima e sua confiança no trabalho. Sendo assim, trata-se de assédio moral vertical descendente.

2.2 Assédio Sexual

2.2.1 Conceituação

De acordo com o Ministério Público do Trabalho, em parceria com a Organização Internacional do Trabalho, em cartilha sobre assédio sexual, este consiste na "conduta de natureza sexual, manifestada fisicamente, por palavras, gestos ou outros meios, propostas ou impostas a pessoas contra sua vontade, causando-lhe constrangimento e violando a sua liberdade sexual" (2017, p. 9).

Para que seja assédio sexual, não deve haver consentimento por parte daquele que recebe as investidas, mas, nesse sentido, em consonância com Leiria, destacamos que o mero silêncio da vítima não deve ser considerado sinal de consentimento ou aceitação da conduta e não pode levar à descaracterização do assédio (2019). Ainda, para caracterizar assédio sexual, a conduta não precisa ser reiterada, mas basta um único ato, a depender de sua natureza, da forma pela qual foi praticado, de sua intensidade e seus efeitos (Atividade Policial, 2020).

2.2.2 Exemplos de condutas que se configuram assédio sexual

O assédio sexual pode dar-se de diversas formas, como através das seguintes condutas, repetidas ou não (Atividade Policial, 2020; Senado Federal, Diretoria-Geral, 2011):

- Insinuação explícita ou velada de conotação sexual
- Piadas ou expressões de conteúdo sexual
- Contato físico não consentido
- Convites indevidos
- Exibicionismo
- Gestos ou palavras, escritas ou faladas, de conotação sexual
- Chantagem, ameaças ou promessas de tratamento diferenciado visando aceitação de condutas sexuais
- Pressão para contato sexual ou para encontrar-se fora do ambiente de trabalho
- Abordagem da temática sexual em geral
- Propostas indecentes e intimidadoras
- Olhares constrangedores

2.2.3 Possíveis classificações para o assédio sexual e casos para ilustrar

O assédio sexual no ambiente de trabalho também pode ser classificado de acordo com a direção hierárquica em que ocorre, ou seja, pode ser vertical descendente ou ascendente, horizontal ou misto. Além disso, pode ser classificado em assédio por chantagem ou assédio por intimidação (ou ambiental) (Brasil, Ministério Público do Trabalho/Organização Internacional do Trabalho, 2017).

Assédio sexual por chantagem: quando o assediador exige uma conduta sexual em troca de benefícios ou para que a vítima evite prejuízos na relação de trabalho. Para exemplificar, podemos pensar na seguinte situação: Um policial veterano em uma posição de liderança oferece a uma colega novata, que está em período probatório, a chance de ser promovida ou receber melhores condições de trabalho (como transferência para um local mais desejado ou possibilidade de adesão a uma escala de trabalho mais bem distribuída) em troca de favores sexuais. Ele deixa claro que, caso ela recuse, ele poderá prejudicar a carreira dela, não recomendando sua permanência no cargo ou dificultando sua aprovação no período de avaliação. Aqui, há uma relação

explícita entre favores sexuais e a promessa de vantagem ou a ameaça de uma consequência negativa.

Assédio sexual por intimidação ou ambiental: quando uma pessoa ou um grupo comete provocações sexuais inoportunas no ambiente de trabalho, de modo a prejudicar a atuação da vítima ou a criar uma situação ofensiva, de intimidação ou humilhação. O assédio sexual por intimidação revela relações de poder que não necessariamente estão de acordo com a hierarquia e é, por vezes, confundido com assédio moral. Para ilustrar, podemos imaginar o seguinte: um policial faz comentários sexuais inapropriados sobre a aparência de uma policial, de maneira repetitiva, sugerindo encontros fora do trabalho ou fazendo piadas de cunho sexual. Mesmo que ela não reaja positivamente, ele continua com essas falas, às vezes em público, às vezes em privado, criando um ambiente constrangedor e opressivo. A policial se sente constantemente intimidada e desconfortável, mas teme represálias caso denuncie o comportamento, tendo em vista que é ciente de situações parecidas em que a vítima foi prejudicada. Nesse caso, o assediador não condiciona benefícios ou punições em sua conduta, mas cria um ambiente hostil por meio de uma série de comportamentos inadequados.

3. Assédio no contexto laboral dos Profissionais de Segurança Pública

Segundo a Atividade Policial (2020), sobre assédio sexual, mas no que estendemos para o assédio moral:

> A ocorrência do assédio sexual praticado nas instituições de Segurança Pública e nas Forças Armadas não se limita ao ambiente físico (delegacias, quartéis, repartições públicas). É suficiente que haja qualquer conexão decorrente do trabalho. Nesse sentido, o deslocamento para o trabalho com um colega de profissão; a realização de festas e eventos sociais relacionados ao trabalho; contatos por mensagem de celular, cujo número foi obtido nos registros da administração pública ou em razão do trabalho, salvo autorização explícita ou implícita da mulher para o envio de mensagens particulares; a realização de uma diligência externa, de uma viagem ou atividade profissional na rua, são circunstâncias que possuem conexão com o trabalho, razão pela qual o assédio sexual praticado nesses casos estará relacionado ao ambiente de trabalho (p. 17-18).

Ainda de acordo com esta fonte, o assédio sexual em ambientes de trabalho ocorre sobretudo naqueles considerados tipicamente masculinos, como as instituições de Segurança Pública e as Forças Armadas.

O contexto laboral dos PSP é marcado por particularidades que expõem esses indivíduos a vulnerabilidades significativas à saúde mental. Essa exposição a vulnerabilidades pode ser de duas ordens: da natureza do trabalho e dos processos organizacionais. Os assédios moral e/ou sexual relacionam-se à última. Nesse sentido, constatamos que este é um problema estrutural, não individual.

Dentre os aspectos organizacionais, destaca-se, para os fins desta cartilha, o abuso de poder. A cultura organizacional à qual os PSP estão submetidos, caracterizada por uma hierarquia rígida e uma atmosfera de pressão constante pode levar à invisibilização de violências como assédio moral e/ou sexual, que, muitas vezes, são normalizadas dentro das instituições ou percebidas como parte inerente da "cultura" da instituição.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia, em documento de referências técnicas para a atuação de psicólogos e psicólogas na política de segurança pública:

> Uma análise dos efeitos que tal condição laboral tem produzido nos trabalhadores aponta que tendem a naturalizar os cenários/situações, tornando a experiência, mesmo de casos graves e extremos, em vivências que, por serem frequentes e intensas em suas exposições, corriqueiras nas rotinas de suas atividades profissionais, passam a ser consideradas triviais, deixando de produzir nos profissionais estranhamento (2020, p. 102).

Diante dessa realidade, é fundamental ajudar os PSP a caracterizarem suas vivências de assédio moral e/ou sexual sob essa classificação e a validarem as suas experiências dolorosas diante deste tipo de violência.

Outro aspecto organizacional crítico é a discriminação possivelmente entranhada na cultura das organizações, vinculada aos seus valores fundamentais, sendo frequentemente ligados à masculinidade hegemônica. A masculinidade hegemônica pode exercer um papel central na formação das dinâmicas de poder no contexto dos PSP. A sua forte presença nessas instituições não apenas define normas de comportamento e elege quem seria mais apto para exercer as funções, mas também molda percepções

sobre quem deve ter sua dignidade preservada. Assim, esse contexto pode acabar por legitimar a violência em relação aos grupos de pessoas que não se encaixam nesses ideais e, por outro lado, por privilegiar e/ou tornar impunível as pessoas que representam esses ideais.

Tendo isso em vista, é relevante destacar a possibilidade de que a vítima relute em denunciar o assédio pelo receio de ser prejudicada e, ainda, de que o assediador não seja punido. Esse receio é legítimo frente a contextos marcados pelo abuso de poder e a discriminação de grupos específicos. Pessoas pertencentes a esses grupos têm pouca ou nenhuma garantia de proteção à sua integridade ou de que a justiça será feita. Esse cenário nos leva a refletir sobre os atravessamentos que impactam a experiência do assédio, como o de gênero.

Segundo o Programa Pró-Equidade de Gênero e Raça, da Diretoria-Geral do Senado Federal, sobre assédio moral, mas que estendemos ao assédio sexual:

> O assédio moral não é um problema meramente individual. Ele reproduz no ambiente de trabalho práticas enraizadas num contexto social, econômico, organizacional e cultural mais vasto de desigualdades sociais, inclusive as relacionadas ao gênero e à raça. Como consequência, produz efeitos negativos que ultrapassam a esfera do(a) trabalhador(a) para atingir o ente público, a empresa e a comunidade (2011, p. 5).

3.1. Atravessamento de gênero

Um aspecto crítico a ser considerado quando falamos em assédio moral e sexual é o atravessamento de gênero. Além de estarem sujeitas a segregação vertical e horizontal (Santos & Filho, 2020), as mulheres frequentemente relatam experiências de assédio sexual e moral de maneira desproporcional em comparação aos homens (Atividade Policial, 2020; Senado Federal, Diretoria-Geral, 2011). Isso evidencia o caráter estrutural, e não individual, da ocorrência de assédio.

Como já introduzido, a cultura organizacional, marcada pela masculinidade, já prejudica certos grupos, mesmo nos cenários em que o assédio não está presente. O ambiente pode ser discriminativo e adoecedor de uma maneira mais geral, tendo em vista a constância com que as mulheres precisam provar-se e as dificuldades específicas que enfrentam na entrada, permanência e progressão de suas carreiras.

Em um recorte da Polícia Militar, Ribeiro (2018), identifica que as principais barreiras à plena integração da mulher são: (1) a hostilidade dos trabalhadores do sexo masculino no momento de atribuição de responsabilidades operacionais ao sexo feminino, o que contribui para que as mulheres fiquem mais centralizadas em serviços administrativos; (2) a discriminação veiculada em piadas machistas, que depreciam padrões de comportamento feminino; (3) a troca de favores amplamente aceita como legítima, o que inferioriza a mulher; e (4) o assédio sexual por parte dos superiores hierárquicos.

Além disso, as mulheres configuram-se como as principais vítimas de assédio (Atividade Policial, 2020; Senado Federal, Diretoria-Geral, 2011). Nesse sentido, o assédio sofrido pode inclusive ser de dupla ordem, ou seja, pode ter aspectos de assédio moral e de assédio sexual ao mesmo tempo. É importante manter em mente a multiplicidade de camadas envolvidas nessa vivência. Ainda, ao falarmos de atravessamentos, importa resgatar o conceito de interseccionalidade, que se refere ao acúmulo de atravessamentos ao qual uma mesma pessoa ou grupo pode estar sujeito, o que aumenta a vulnerabilidade.

Diante desse cenário, mulheres têm se movimentado para fornecer apoio e suporte entre si e para combater violências de diferentes níveis às quais estão sujeitas. Essas iniciativas podem dar-se em diversos formatos, como associações, sindicatos, grupos de apoio e redes de networking, programas de treinamento e sensibilização, parcerias com organizações de direitos humanos, comissões e conselhos internos. Ressalta-se a importância de que, nas situações de assédio moral e/ou sexual, sejam tomadas ações coletivas, uma vez que assim a vítima pode não só ter mais forças e informações para conseguir garantir justiça e segurança, como também ajudar outras pessoas que podem estar vivenciando o mesmo nesse ambiente.

Em um ambiente em que a hierarquia pode potencializar ainda mais as diferenças de gênero, por vezes é difícil que as mulheres consigam ter suas reclamações e denúncias atendidas se agindo isoladamente, aumentando sua vulnerabilidade. Além disso, por vezes a(s) vítima(s) em um primeiro momento podem não compreender que estão vivenciando uma situação de assédio moral e/ou sexual, portanto, esses coletivos e programas também têm um papel crucial em levar essas informações e orientações.

A título de exemplo, uma entidade já bem consolidada é a Associação Integrada de Mulheres da Segurança Pública de Sergipe, a Asimusep-SE (asimusepse.com.br), que reúne mulheres do Sistema de Segurança Pública do Estado de Sergipe com o objetivo comum de defesa de seus direitos nas

instituições e de combate quaisquer violências que possam ocorrer em âmbitos públicos ou privados. Além disso, contam com monitoras mulheres que ajudam no levantamento e informação a respeito da ocorrência dos assédios. Portanto, caso identificado que a sua ou o seu paciente possam estar sendo vítimas de algum tipo de assédio, é recomendado que o ajude a procurar esses coletivos.

4. Como podemos identificar que o(a) paciente é vítima de assédio?

Identificar que o(a) paciente é vítima de assédio pode não ser fácil, ainda mais considerando que o(a) próprio(a) paciente pode não reconhecer isso. Caso ele(a) aborde esse assunto, busque ser acolhedor(a) - na seção a seguir, iremos aprofundar como você poderá fazer isso. No entanto, ao suspeitar que o(a) paciente está vivenciando uma situação de assédio moral e/ou sexual, você poderá realizar algumas perguntas para aprofundar, como, por exemplo:

1. Como você se sente no seu ambiente de trabalho?
2. Como você se sente sobre sua relação com seus colegas e/ou superiores? Como costumam ser suas interações com eles?
3. Há algo que poderia melhorar no seu ambiente de trabalho para que você se sinta mais seguro(a) ou acolhido(a)?
4. Já houve algum episódio em que sentiu que foi tratado(a) de forma injusta, com desrespeito ou que trouxe algum desconforto?
5. Já sentiu que alguma interação foi além do aceitável, seja verbal, gestual ou física?
6. Já houve algum episódio em que sentiu que foi pressionado a trabalhar mais do que seria a sua função ou em função “inferior”?
7. Houve alguma situação em que você se sentiu coagido(a), ameaçado(a) ou perseguido(a) de alguma forma, seja por colegas ou superiores?

Caso as respostas sejam positivas ou o(a) próprio(a) paciente já tenha relatado assédio sem precisar destas perguntas, é importante verificar se ele(a) já tentou ou está tentando realizar alguma ação em relação à situação, há quanto tempo isso ocorre e se ele(a) tem algum tipo de rede de apoio/suporte para ajudá-lo(a). ***Como apresentamos anteriormente, experiências isoladas não se configuram como assédio, sendo preciso que sejam frequentes, sistemáticas e constantes, portanto, você também precisará avaliar com***

o seu ou a sua paciente se o caso dele(a) pode se enquadrar. Lembre-se de sempre comunicar ao(à) seu(sua) supervisor(a) ao identificar que isso está ocorrendo, ele(a) irá te ajudar a manejar este caso e verificar as orientações que poderão ser feitas.

5. Como oferecer o acolhimento inicial ao paciente vítima de assédio?

Como dissemos anteriormente, há muitos estigmas que podem atrapalhar o(a) PSP a reconhecer e/ou falar sobre estar vivenciando assédio, seja moral ou sexual. Sendo assim, é muito importante que você, terapeuta, busque ouvir o(a) paciente atentamente e que tenha cuidado para não reforçar esses estigmas. Para um bom acolhimento inicial, você precisará:

a) Ouvir atentamente o paciente, sem julgamentos e validando o sofrimento que ele(a) pode apresentar. Ressalte a importância de ele(a) estar te comunicando, lembre-o(a) o sigilo e garanta que todas as decisões serão sempre feitas em conjunto;
b) Investigar e aprofundar sobre a situação de assédio moral e/ou sexual. Para isso, você poderá utilizar as perguntas sugeridas na seção anterior ou da condução sugerida pelo seu(sua) supervisor(a);
c) Investigar se o(a) paciente já tentou ou está tomando alguma ação em relação a isso;
d) Investigar se o(a) paciente possui rede de apoio ou suporte;
e) Psicoeducar o paciente sobre o tipo de assédio que ele(a) pode ou está vivenciando;
f) Caso pertinente, avaliar a abertura para possível denúncia.

Esses são passos fundamentais para que você realize um bom acolhimento inicial. No entanto, é importante que comunique ao seu(sua) supervisor(a) antes de futuros encaminhamentos. Além disso, caso necessário, você e o(a) supervisor(a) poderão acrescentar passos que entendem serem importantes, considerando as particularidades do caso. Por exemplo, pode ser importante auxiliar o(a) paciente a procurar organizações nas quais ele(a) pode buscar apoio específico, como pontuado na Seção 3.1.

Vale destacar que, dependendo da gravidade do assédio, o(a) paciente pode apresentar sintomas relacionados ao trauma e ao estresse. Nestes casos, avalie também com o(a) supervisor(a) outros possíveis prosseguimentos.

5.1 Psicoeducação sobre assédio moral e/ou sexual

A Psicoeducação sobre assédio irá variar de acordo com o tipo de assédio vivenciado pelo(a) paciente, mas a ideia geral é aumentar o conhecimento do(a) paciente acerca do tema, ajudá-lo(a) a eliminar estigmas e, caso se aplique, incentivá-lo(a) a buscar ajuda. Dessa forma, durante a Psicoeducação busque:

a) Explicar o que configura assédio moral e/ou sexual – abordar conceitos, exemplos e, se pertinente, legislação;
b) Identificar e desconstruir estigmas e preconceitos;
c) Orientar sobre o que é importante antes de realizar uma denúncia (caso ele(a) não tenha iniciado esse processo);
d) Incentivar a busca por rede de apoio – seja através de colegas de trabalho, sindicatos, movimentos ou organizações.

Como já orientamos anteriormente, é importante que você busque ser acolhedor e empático durante toda a Psicoeducação e enquanto o seu ou a sua paciente estiver falando sobre o seu sofrimento. Vale lembrar que, por vezes, ter que realizar uma denúncia ou admitir incomodo com comportamentos de assédio ou desrespeito neste contexto pode levar a estigmas como “não aguento a pressão” ou “sou fraco(a)”, é importante trabalhar de forma a desmitificar esses possíveis pensamentos e a culpa. Em suma, acolha, esclareça e valide o sofrimento do seu ou sua paciente que esteja passando por uma situação de assédio. Após a sua supervisão e entender melhor o contexto dele(a), se possível, busque ajudá-lo a buscar meios para lidar com isso.

6. Aspectos éticos e legais

6.1 Como denunciar o assédio moral e/ou sexual

De acordo com a Controladoria Geral da União (Brasil, Controladoria Geral da União, n.d.), para ser realizada a denúncia de assédio moral ou sexual é importante que o denunciante tente obter comprovação do assédio em si – isso pode ser feito através de mensagens, vídeos, gravações etc. – pois essas provas podem contribuir e facilitar a apuração da conduta irregular. Caso o assédio ocorra na presença de outras pessoas, é importante registrar

datas e as pessoas presentes, para que possam ser ouvidas no âmbito da apuração.

Vale ressaltar que para configurar assédio moral é necessário que a conduta seja reiterada e prolongada no tempo, com a intenção de desestabilizar emocionalmente a vítima. Casos de episódios isolados podem até caracterizar dano moral, mas não necessariamente configuram assédio moral. No caso do assédio sexual, apesar de ser caracterizado por uma ação reiterada, também pode ser considerado como um ato único. É importante que, para se caracterizar assédio sexual, haja o comportamento de não aceitação da proposta de índole sexual.

Em casos de funcionários de instituições públicas, as denúncias podem ser enviadas para o FalaBR (acesse em: https://falabr.cgu.gov.br/web/home) - essas podem ser encaminhadas aos órgãos e entidades do Poder Executivo federal, bem como aos órgãos dos Executivos estaduais e municipais que adotam o FalaBR como ferramenta de ouvidoria. Saiba mais em: https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2024/12/cgu-lanca-versao-atualizada-do-guia-lilas-contra-assedios-e-discriminacao-no-governo/22nov24-vfinal_cgu-guialilas2024.pdf

No entanto, antes mesmo deste encaminhamento, é crucial que você avalie e busque com o seu ou a sua paciente como essas denúncias são comumente realizadas em seu município ou ambiente laboral. Tanto a forma quanto o meio de se realizar a denúncia podem variar de acordo com o município - por exemplo, alguns podem possuir ouvidoria própria ou o assédio também pode se configurar infração disciplinar. Além disso, é importante também verificar se há presença de sindicatos, movimentos ou organizações que podem o(a) auxiliar.

Vale lembrar que antes de qualquer encaminhamento é obrigatório que você, terapeuta, comunique ao seu(sua) supervisor(a). Todas as decisões e direcionamentos deverão ser tomadas em conjuntos com ele(a). Na seção 6.2 a seguir, iremos apresentar aspectos legislativos importantes a se saber antes de se encaminhar para uma denúncia.

6.2 Legislação pertinente

A nível federal, de acordo com a Controladoria Geral da União (n.d.) e a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990), o assédio moral ou sexual não está expressamente previsto como ilícito disciplinar, podendo

ser caracterizado em outros tipos de normativos. Em específico, o assédio sexual, a partir da Lei nº 10.224, de 15 de maio de 2001 (Brasil, 2001), pode ser configurado como crime. Artigo 2016 – A do Código Penal:

> Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função. Pena – detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos.

Para sanar a lacuna legislativa presente na lei citada acima sobre o assédio sexual, no que se refere ao enquadramento de determinadas condutas, foi criada posteriormente a Lei n. 13.718, de 24 de setembro de 2018, a qual:

> Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais).

A partir desta lei, é considerado importunação sexual segundo o Artigo 215-A:

> Praticar contra alguém e sem a sua anuência ato libidinoso com o objetivo de satisfazer a própria lascívia ou a de terceiro: Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, se o ato não constitui crime mais grave.

Além disso, essa lei também abrange os casos em que há divulgação de cena de estupro ou de cena de estupro de vulnerável, de cena de sexo ou de pornografia. Segundo o Artigo 2018-C:

> Oferecer, trocar, disponibilizar, transmitir, vender ou expor à venda, distribuir, publicar ou divulgar, por qualquer meio - inclusive por meio de comunicação de massa ou sistema de informática ou telemática -, fotografia, vídeo ou outro registro audiovisual que contenha cena de estupro ou de estupro de vulnerável ou que faça apologia ou induza a

> sua prática, ou, sem o consentimento da vítima, cena de sexo, nudez ou pornografia. Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, se o fato não constitui crime mais grave.

Vale ressaltar que a pena prevista independe do consentimento da vítima ou do fato de ela ter mantido relações sexuais anteriormente ao crime. Além disso, a pena pode aumentar de um a dois terços se o crime for praticado por "agente que mantém ou tenha mantido relação íntima de afeto com a vítima ou com o fim de vingança ou humilhação" (Brasil, 2018).

Além disso, no âmbito da administração pública, em especial, há também a Lei nº 14.540, de 3 de abril de 2023, que:

> Institui o Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio Sexual e demais Crimes contra a Dignidade Sexual e à Violência Sexual no âmbito da administração pública, direta e indireta, federal, estadual, distrital e municipal.

Para ajudar a clarificar a diferença entre as leis de assédio sexual e de importunação sexual, Aquino e Foureaux (2020) em relatório de pesquisa sobre assédio sexual nas instituições de Segurança Pública e nas Forças Armadas, apresentam diferenciações importantes sobre o que é entendido por ato libidinoso e por constrangimento:

> Por ato libidinoso, entende-se qualquer ato de conotação sexual ou atentatório ao pudor, que vise satisfazer o apetite sexual do agente, como a exibição do órgão genital para alguém. O verbo constranger, previsto no art. 216-A, é mais amplo, pois permite a incidência de várias hipóteses além do ato libidinoso. Este, por si só, implica em constrangimento para a vítima, mas nem todo constrangimento implica em ato libidinoso (p.21).

Além disso, apresentam um exemplo claro que pode ocorrer no contexto da Segurança Pública e que pode elucidar ainda melhor essa diferenciação:

> O superior que chama a vítima para ir ao motel, sob pena de transferi-la do local de serviço pratica o crime de assédio sexual, mas caso o agente que tivesse realizado o convite, sob pena de prejudicá-la no serviço não fosse um superior, não haveria o crime de assédio sexual nem de

importunação sexual. Poderia haver constrangimento ilegal (art. 146 do CP) ou ameaça (art. 147 do CP) (p.21).

Em relação ao assédio moral, ainda não existe uma legislação específica para os servidores e empregados do serviço público em nível federal (Brasil, Comitê Permanente pela Promoção da Igualdade de Gênero e Raça do Senado Federal, n.d.). Até o presente momento, pode ser configurado em alguns casos como infração ao direito da dignidade humana ou a honra ou como dano moral, de acordo com a Constituição Federal (Brasil, 1988; Brasil, 2016).

Como citado anteriormente, entretanto, vale ressaltar que podem existir legislações específicas de acordo com leis estaduais ou municipais em relação ao assédio moral e/ou sexual. Podendo ser considerado até mesmo infração disciplinar. Por exemplo, a legislação municipal de São Paulo, possui o Decreto nº 57.444, de 11 de novembro de 2016, que regulamenta a Lei nº 16.488 de 13 de julho de 2016, que dispõe sobre a prevenção e o combate ao assédio sexual na Administração Pública Municipal Direta, Autárquica e Fundacional e que pode possuir uma série de penalidades disciplinares, sem prejuízo de sua responsabilidade nas esferas civil e criminal. O Governo Estadual de Pernambuco, da mesma forma, possui legislação específica para casos de assédio e discriminação e, também, a Secretaria de Defesa Social, que dispõe de procedimentos específicos para serem seguidos em caso de assédio sexual (saiba mais em: https://www.sds.pe.gov.br/images/media/1665454426_195%20BGSDS%20DE%2011OUT2022.pdf). No estado de Minas Gerais, há o Decreto nº 47.528, de 12/11/2018, que regulamenta, no âmbito do Poder Executivo, a Lei Complementar nº 116, de 11 de janeiro de 2011, que dispõe sobre a prevenção e a punição do assédio moral na administração pública estadual. Além disso, há possibilidade de que o crime seja considerado militar, uma vez que se enquadre em crimes propriamente ou impropriamente militares, no Código Penal e legislação extravagante (crimes militares por extensão) e, também, se enquadre nas hipóteses previstas pelo Art. 9º do Código Penal Militar (Aquino & Foureaux, 2020; Brasil, 1969; 2017).

Portanto, é muito importante que seja avaliado essas especificações antes de qualquer medida ser tomada ou encaminhamentos serem recomendados. Vale lembrar que antes de qualquer recomendação ao seu ou sua paciente, é importante que seja antes acordado com o seu(sua) supervisor(a). Além disso, em todos os casos, pode ser crucial que haja provas do assédio realizado para que possa dar prosseguimento a denúncia.

7. Indicação de materiais

Aquino, M., & Foureaux, R. (2020). Assédio sexual nas instituições de Segurança Pública e nas Forças Armadas. https://atividadepolicial.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Assedio-Sexual-nas-Instituicoes-de-Seguranca-Publica-e-nas-Forca-Armadas-Revista_da_pesquisa.pdf

Aquino, M., & Foureaux, R. (2020). *Campanha Nacional das 10 Medidas contra o Assédio Sexual* [Vídeo]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=zlrbp3CqoQs

Brasil. Comitê Permanente pela Promoção da Igualdade de Gênero e Raça do Senado Federal. (n. d.). Assédio Moral e Sexual no Trabalho. Brasília, Brasil. https://www12.senado.leg.br/institucional/procuradoria/proc-publicacoes/cartilha-assedio-moral-e-sexual-no-trabalho

Brasil. Ministério da Educação, Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (n.d.). Cartilha de prevenção e enfrentamento aos assédios moral e sexual: Orientação da CAPES para prevenção e tratamento de assédios moral e sexual. Brasília, Brasil. https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2024/12/cgu-lanca-versao-atualizada-do-guia-lilas-contra-assedios-e-discriminacao-no-governo/22nov24-vfinal_cgu-guialilas2024.pdf

Brasil. Ministério da Justiça e da Cidadania Pública, Secretária Nacional de Segurança Pública. (2016). Hierarquia, aspectos da cultura organizacional e implicações na qualidade de vida: um estudo nas polícias militares brasileiras. Brasília, Brasil. https://ippesbrasil.com.br/wp-content/uploads/2020/09/hierarquia-8.pdf

8. Referências

Aquino, M., & Foureaux, R. (2020). Assédio sexual nas instituições de Segurança Pública e nas Forças Armadas. https://atividadepolicial.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Assedio-Sexual-nas-Instituicoes-de-Seguranca-Publica-e-nas-Forca-Armadas-Revista_da_pesquisa.pdf

Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, Brasil. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. Associação Nacional dos Servidores do Ministério Público, Federação Nacional dos Servidores do Ministérios Públicos Estaduais (n. d.). Cartilha de prevenção e enfrentamento ao Assédio Moral e Sexual. Brasília, Brasil. https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Cartilha-de%3Dprevencao-e-enfrentamento-ao-assedio.pdf

Brasil. Comitê Permanente pela Promoção da Igualdade de Gênero e Raça do Senado Federal. (n. d.). Assédio Moral e Sexual no Trabalho. Brasília, Brasil. https://www12.senado.leg.br/institucional/procuradoria/proc-publicacoes/cartilha-assedio-moral-e-sexual-no-trabalho

Brasil. Controladoria Geral da União. (n.d.). Assédio Moral e Sexual. Brasília, Brasil. https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2024/12/cgu-lanca-versao-atualizada-do-guia-lilas-contra-assedios-e-discriminacao-no-governo/22nov24-vfinal_cgu-guialilas2024.pdf

Brasil. Conselho Nacional do Ministério do Trabalho (2016). Assédio moral e sexual: previna-se. Brasil, Brasília. https://www.cnmp.mp.br/portal/publicacoes/245-cartilhas-e-manuais/9982-assedio-moral-e-sexual-previna-se

Brasil. DECRETO-LEI N° 1.001, DE 21 DE OUTUBRO DE 1969 (1969). Código Penal Militar. Brasília, Brasil. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del1001.htm

Brasil. Lei n° 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (1990). Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília, Brasil. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm

Brasil. Lei n° 13.491, de 13 de outubro de 2017 (2017). Altera o Decreto-Lei n° 1001, de 21 de outubro de 1969 - Código Penal Militar. Brasília, Brasil. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13491.htm

Brasil. Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018 (2018). Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Brasília, Brasil. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13718.htm

Brasil. Lei nº 14.540, de 3 de abril de 2023 (2023). Institui o Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio Sexual e demais Crimes contra a Dignidade Sexual e à Violência Sexual no âmbito da administração pública, direta e indireta, federal, estadual, distrital e municipal. Brasília, Brasil. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14540.htm

Brasil. Ministério Público do Trabalho. (n. d.). Cartilha: Assédio Moral no Trabalho: Perguntas e Respostas. Brasília, Brasil.

Brasil. Ministério Público do Trabalho/Organização Internacional do Trabalho. (2017). Cartilha: Assédio sexual no trabalho: perguntas e respostas. Brasília, Brasil.

Conselho Federal de Psicologia. (2020). Referencias técnicas para atuação de psicólogas(os) na política de segurança pública. *1. ed*. Brasília, Brasil.

Governo Estadual de Minas Gerais. Decreto nº 47.528, de 12 de novembro de 2018 (2018). Regulamenta, no âmbito do Poder Executivo, a Lei Complementar nº 116, de 11 de janeiro de 2011, que dispõe sobre a prevenção e a punição do assédio moral na administração pública estadual. https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/DEC/47528/2018/#:~:text=Regulamenta%2C%20no%20%C3%A2mbito%20do%20Poder,moral%20na%20administra%C3%A7%C3%A3o%20p%C3%BAblica%20estadual.

Governo Estadual de Minas Gerais. Lei Complementar nº 116, de 11 de janeiro de 2011 (2011). Dispõe sobre a prevenção e a punição do

assédio moral na administração pública estadual. https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/LCP/116/2011/#:~:text=DISP%C3%95E%20SOBRE%20A%20PREVEN%C3%87%C3%83O%20E,MORAL%20NA%20ADMINISTRA%C3%87%C3%83O%20P%C3%9ABLICA%20ESTADUAL.

Governo Estadual de Pernambuco, Secretaria de Defesa Social. (2022). Boletim Geral da Secretaria de Defesa Social. https://www.sds.pe.gov.br/images/media/1665454426_195%20BGSDS%20DE%2011OUT2022.pdf

Prefeitura de São Paulo. Decreto nº 57.444, de 11 de novembro de 2016 (2016). Regulamenta a Lei nº 16.488, de 13 de julho de 2016, que dispõe sobre a prevenção e o combate ao assédio sexual na Administração Pública Municipal Direta, Autárquica e Fundacional. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-57444-de-11-de-novembro-de-2016

Prefeitura de São Paulo. Lei nº 16.488, de 13 de julho de 2016 (2016). Dispõe sobre a prevenção e o combate ao assédio sexual na Administração Pública Municipal Direta, Autárquica e Fundacional. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-16488-de-13-de-julho-de-2016

Ribeiro, L. (2018). Polícia Militar é lugar de mulher?. Revista Estudos Feministas, 26(1), e43413. https://doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143413

Senado Federal, Diretoria-Geral, Programa Pró-Equidade de Gênero e Raça. (2011). *Cartilha assédio moral e sexual*. Senado Federal.

APÊNDICE 5: Cartilha Orientativa para Terapeutas – Desastres Ambientais: atuação dos profissionais e impacto psicológico

Termo de Execução Descentralizada (TED)
Ministério da Justiça e Segurança Pública
Secretaria Nacional de Segurança Pública

Cartilha Orientativa para Terapeutas
Desastres Ambientais: atuação dos profissionais
e impacto psicológico

1. Apresentação

Esta cartilha orientativa sobre Desastres Ambientais foi elaborada para oferecer a você, terapeuta, a contextualização do que se espera que aconteça em uma situação de desastre ambiental, oferecendo diretrizes mais precisas e práticas para otimizaro atendimento ao paciente.

O objetivo deste material é fornecer orientações práticas sobre a atuação dos profissionais de segurança pública nos desastres ambientais, assim como o impacto emocional desses eventos para esses profissionais. Esse conteúdo pode auxiliar você, terapeuta, a identificar e compreender melhor possíveis conteúdos e queixas que podem aparecer durante as sessões. Podendo auxiliar assim, no desenvolvimento de estratégias de coping desses profissionais, ajudando-os a lidar com o trauma e a se recuperarem emocionalmente após eventos críticos.

2. Conceituação de Desastres

Os desastres ambientais são eventos de grande magnitude causados por fenômenos naturais ou por ações humanas, que geram danos significativos ao meio ambiente, à vida humana e à infraestrutura. Podem ocorrer de forma súbita ou gradual, causando profundos impactos econômicos, sociais e ecológicos. Esses desastres são classificados em duas categorias principais: **desastres naturais** e **antropogênicos (causados pelo homem)** (Alvino-Borba, 2020; Freitas, 2023).

Desastres Naturais: São fenômenos naturais sem intervenção direta humana, como terremotos, tsunamis, furacões, ciclones, tufões, inundações, secas, deslizamentos de terra, erupções vulcânicas, ondas de calor e tempestades de granizo (Alvino-Borba, 2020).

Desastres Antropogênicos: Resultam da atividade humana, como poluição, desmatamento, queimadas, derramamento de petróleo, acidentes nucleares e colapso de barragens (Freitas, 2023).

Desastres Mistos: Combinam fatores naturais e humanos, frequentemente associados à urbanização descontrolada e práticas agrícolas inadequadas.

3. Realidade do Brasil

O Brasil é um país vasto e geograficamente diverso, o que o torna suscetível a uma variedade de desastres ambientais. Os desastres mais comuns no Brasil incluem deslizamentos de terra, inundações, secas, queimadas e, cada vez mais, incidentes relacionados a atividades humanas, como rompimentos de barragens (Alvino-Borba et al., 2020; Carvalho, 2020; Freitas et al., 2023). Esses eventos podem ser classificados como naturais, antrópicos ou mistos, dependendo de suas causas e características.

1. **Inundações e Enchentes**: São os desastres naturais mais frequentes no Brasil, ocorrendo principalmente nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste. As inundações são causadas por chuvas intensas que superam a capacidade de drenagem dos rios e do solo, levando ao transbordamento de rios e córregos. Esses eventos são comuns durante a estação chuvosa, especialmente em áreas urbanas onde a impermeabilização do solo agrava o problema.
2. **Deslizamentos de Terra**: Ocorrendo com maior frequência em regiões montanhosas, como a Serra do Mar e a Serra da Mantiqueira, os deslizamentos de terra são desencadeados por chuvas fortes que saturam o solo, tornando-o instável. Áreas de ocupação irregular, onde a vegetação foi removida e construções foram feitas em encostas, são particularmente vulneráveis a esse tipo de desastre.
3. **Secas**: A seca é um desastre ambiental recorrente no Nordeste brasileiro, mas também afeta outras regiões, como o Centro-Oeste. Caracteriza-se pela falta prolongada de chuvas, que resulta em escassez de água para consumo humano, agricultura e pecuária. No semiárido nordestino, as secas têm impactos sociais e econômicos profundos, exacerbando a pobreza e a migração forçada.
4. **Queimadas e Desmatamento**: A Amazônia e o Cerrado são as regiões mais afetadas por queimadas, muitas das quais são de origem antrópica, resultantes de práticas agrícolas, expansão da pecuária e desmatamento ilegal. Esses incêndios florestais não apenas destroem vastas áreas de vegetação, mas também liberam grandes quantidades de gases de efeito estufa, contribuindo para as mudanças climáticas globais.
5. **Rompimentos de Barragens**: Os rompimentos de barragens, como os desastres de Mariana (2015) e Brumadinho (2019), são exemplos

trágicos de desastres antrópicos no Brasil. Esses eventos, causados por falhas de engenharia, negligência na manutenção e falta de fiscalização, resultam em perdas humanas, destruição ambiental e poluição de rios.

6. **Erosão Costeira**: Este tipo de desastre é observado em várias partes da costa brasileira, onde a combinação de fenômenos naturais, como a ação das ondas e marés, com intervenções humanas, como a construção de infraestrutura costeira, resulta em perdas de terras e danos a propriedades

4. Profissionais de Segurança Pública

4.1 Quem são?

No Brasil, em situações de desastres ambientais uma série de profissionais de segurança pública e socorristas são mobilizados. Aqui estão os principais grupos envolvidos:

1. Corpo de Bombeiros Militares, Polícia Militar, Polícia Civil e Polícia Penitenciária – eles atuam em seu próprio estado ou são convocados pela Força Nacional. Cada uma dessas organizações irá atuar em sua área de atuação se voltando no atendimento às vítimas, controle da situação e mitigação dos danos.
2. Defesa Civil - Atua na prevenção, preparação, resposta e recuperação em casos de desastres naturais e tecnológicos, coordenam ações de assistência humanitária, abrigamento de desabrigados e logística de materiais e suprimentos necessários.
3. As Forças Armadas (Exército, Marinha e Aeronáutica) são acionadas para auxiliar na logística, transporte de suprimentos e equipes, construção de pontes temporárias, retirada de escombros e transporte de vítimas. A Marinha, por exemplo, é fundamental em áreas ribeirinhas, enquanto a Aeronáutica pode auxiliar no transporte aéreo de socorristas e materiais para áreas de difícil acesso.
4. Socorristas: Formados por agentes de saúde, equipes médicas, psicólogos e assistentes sociais. Eles entram em ação para tratar os feridos, monitorar surtos de doenças e cuidar das necessidades de saúde da população afetada. Além disso, algumas organizações,

como a Cruz Vermelha Brasileira e Médicos Sem Fronteiras, atuam de forma complementar aos órgãos governamentais.

4.2 Atuação

A Segurança Pública, incluindo Polícia Militar, Bombeiros e Defesa Civil, desempenha um papel fundamental na resposta a desastres ambientais no Brasil. Esses profissionais atuam nas primeiras linhas de defesa para proteger a população e manter a ordem em emergências. As principais responsabilidades incluem:

- **Evacuação e Isolamento de Áreas de Risco**: Garantem a retirada segura de pessoas em áreas perigosas.
- **Manutenção da Ordem Pública**: Previnem tumultos e crimes, protegendo propriedades.
- **Resgate e Salvamento**: Atuam em situações extremas, como deslizamentos e enchentes.
- **Prevenção e Combate a Incêndios Florestais**: Participam ativamente nas operações de contenção.
- **Coordenação de Respostas**: Trabalham em conjunto com equipes de resgate para garantir uma resposta integrada e eficaz.

Os protocolos de ação dos socorristas em desastres ambientais no Brasil seguem diretrizes nacionais e internacionais que visam a proteção de vidas, mitigação de danos e assistência humanitária. Pensando nos servidores de segurança pública, aqui estão alguns dos protocolos vigentes:

1. Avaliação da Situação da gravidade do desastre;
2. Resgate e Salvamento das vítimas;
3. Instalação de Abrigos Temporários e Logística Humanitária.

A integração entre as forças de segurança pública e outras instituições é fundamental para a mitigação dos impactos dos desastres ambientais. O treinamento conjunto, o planejamento estratégico e a comunicação eficiente são essenciais para garantir que as respostas sejam rápidas e coordenadas. A segurança pública também desempenha um papel vital na educação da população sobre os riscos de desastres, promovendo campanhas de conscientização que ajudam a preparar as comunidades para responder de forma adequada em caso de emergência (Ribeiro, 2019; Barros, 2019; Santos, 2021).

4.3 Condições de Trabalho

Os desastres ambientais impõem condições adversas para os profissionais de segurança pública. Esses trabalhadores enfrentam exaustão pelo calor, insolação, picadas de insetos, exposição a águas contaminadas e até radiação (Pennington et al., 2018). Além disso, estão sujeitos a lesões traumáticas durante operações de busca e resgate, como lacerações, queimaduras e fraturas (Santos, 2021).

Os rompimentos de barragens, como em Mariana, expõem os profissionais a ambientes excepcionalmente hostis, forçando-os a abandonar práticas burocráticas para responder de maneira dinâmica e rápida às exigências do desastre (Barros, 2019). Esse novo cenário trouxe sentimentos de orgulho e maior compromisso com a corporação, mas também resultou em impactos negativos, como jornadas de trabalho exaustivas, prejudicando a saúde física e mental dos profissionais (Ribeiro et al., 2019).

4.4 Impactos Psicológicos

A exposição a desastres ambientais aumenta o risco de transtornos psicológicos entre os profissionais de segurança pública, como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). A prevalência do TEPT pode variar de 0% a 34%, sendo o transtorno mais comum entre trabalhadores humanitários (Pennington et al., 2018; Ein et al., 2023).

O DSM-V-R (2023) destaca uma relação direta entre a exposição a experiências traumáticas e o desenvolvimento de psicopatologias. Sintomas como flashbacks, pensamentos intrusivos e reatividade fisiológica são comuns. O estresse crônico, exacerbado por condições adversas de trabalho, pode levar à Síndrome de Burnout (Barros, 2019). A adoção de estratégias de enfrentamento inadequadas, como evitamento, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de TEPT (Loo et al., 2016).

5. Fases do Desastre Ambiental e Saúde Mental dos PSP

Considerando que o desastre ambiental tende a desestabilizar o sujeito, foi criada uma linha do tempo para identificar reações (comportamentos) esperadas das vítimas frente a situação. Dividindo-se em: Fase Imediata (Aguda), Fase Pós- Imediata (Assimilação) e Fase Crônica (Pós Pontecial Trauma).

- **Fase Aguda (Imediata)** – Fase em que ainda estão acontecendo os resgastes, nos quais os socorristas auxiliam. Trata-se das primeiras 24h até as 72H. Pessoas devem ter reações normais fisiológicas motoras e cognitivas de: taquicardia, sudorese, hiperatividade, aflição, agressividade e agitação desordenada. Sentimentos de fuga, pânico, crise emocional e incapacidade de reagir e paralisia.
- **Fase de Assimilação (Pós Imediata)** – Fase de reviver os acontecimentos do desastre. Acontece do 1° mês até o 3° mês. As vítimas tendem a se lembrar recorrentemente do evento causando reações ansiosas, paralisias, sintomas de dissociação e comportamentos de evitamento. Nesse momento, os socorristas devem auxiliar visando o foco em demandas de curto a médio prazo, como por exemplo, conferir se a pessoa tem acesso à água, se a pessoa tem abrigo.
- **Fase de Cronificação (Pós Potencial Trauma)** – Geralmente, após o primeiro mês, é percebida uma amplificação, seja em intensidade ou em frequência, de todos os problemas psicossociais que já aconteciam no território antes do desastre. Assim, os sintomas de estresse pós-traumático, depressão e de ansiedade já vivenciados pelos socorristas podem ser intensificados durante esse período. Dessa maneira, ao entrar em contato com o paciente que atuou em uma situação de desastre, é importante se ter em mente a possibilidade aparecerem sentimentos de desamparo e desesperança em relação a questões existenciais sobre sua vida e sobre a humanidade, de forma geral. Pode ser mais difícil, nesta fase, ter acesso a muitas informações sobre o que aconteceu durante o desastre, uma vez que eles possuem a tendência de evitar relembrar e reviver esses momentos (esquiva experiencial como mecanismo de proteção).

6. Estratégias de coping

O uso de estratégias de enfrentamento evitativas temsido identificado como um fator significativo na probabilidade de desenvolvimento de TEPT entre socorristas. A presença simultânea de eventos traumáticos, ansiedade de e depressão parece ter um efeito sinérgico, exacerbando a vulnerabilidade

ao TEPT especialmente quando combinadas com comportamentos de enfrentamento baseados em emoções (Loo et al.,2016).

Por outro lado, o suporte social, seja da família ou entre colegas, desempenha um papel crucial na mitigação dos impactos psicológicos. Montar acampamentos em zonas afastadas dos desastres permite momentos de alívio psicológico, ajudando os profissionais a gerenciarem o estresse (Furtado, 2023).

Em conclusão, a atuação dos profissionais de segurança pública em desastres ambientais é essencial, mas demanda cuidados específicos para preservar sua saúde física e mental. A prevenção de riscos e a oferta de apoio psicológico adequado são fundamentais para garantir a resiliência desses profissionais, que enfrentam desafios diários em prol da segurança da população.

7. Sessões com os Profissionais de Segurança Pública

A vivência dos profissionais de segurança pública em desastres, causa impactos psicológicos, que nas sessões podem ser percebidos como um misto de sensações e sentimentos. Eles podem trazer como demandas aspectos como:

- Orgulho pelo trabalho
- Sensação do dever enquanto profissional
- Ansiedade
- Confusão
- A responsabilidade de ajudar
- Dilemas sobre como intervir
- Questões de dignidade humana
- Dificuldade de reconhecer e expressar emoções
- Fadiga

Apesar dos esforços para aplicar conhecimento e recursos, muitos relatam que os programas existentes são insuficientes para lidar com os traumas que enfrentam. A falta de confiança, a confusão de papéis e a sensação de desamparo são comuns, assim como o estresse crônico e a exaustão, agravados pela repetida atuação em cenários de desastre, sem descanso ou suporte psicológico adequado.

Devemos enfatizar a importância de cuidar do bem-estar pessoal para que os profissionais possam cuidar adequadamente de outras pessoas em situações de crise. É essencial que os prestadores de ajuda estejam informados sobre a natureza da crise e sobre as responsabilidades de outros órgãos envolvidos para que suas ações se alinhem e complementem.

Diante das questões que podem ser trabalhadas em sessão, é importante ajudar o paciente a relembrar quais os limites e os principais objetivos da sua função, principalmente visando o que citamos anteriormente sobre atuação em desastres. A partir disso, é possível trabalhar o que se espera dele e qual impacto (positivo ou negativo) da sua atuação naquele contexto.

A postura citada acima poderá auxiliar o paciente frente a uma necessidade de controle sobre a situação, visto que experienciar a situação de um desastre ambiental pode ser um evento desorganizador. Mantê-lo centrado e organizado em sua função profissional com estratégias mais diretivas sobre como realizar a sua função naquela situação tende a ter mais benéfico.

Terapeuta, fique atento(a):

> Trabalhar com vítimas de desastres ambientais ainda em sofrimento pode ser emocionalmente desafiador para um PSP, gerando sentimento de culpa, tristeza e frustração, muitas vezes relacionados à percepção de que não se fez o suficiente. Além disso, tanto os traumas físicos quanto os psicológicos podem impactar a funcionalidade de uma pessoa de maneira semelhante.

Visando a redução do estresse, comumente observada em PSP que experenciam situações de desastres ambientais, utilizaremos as instruções fornecidas pela OMS, listadas abaixo:

- Pensar nas estratégias utilizadas no passado que ajudaram a ultrapassar problemas no passado e a fortalecer-se;
- Reservar tempo para comer, descansar e relaxar, mesmo que por períodos curtos;
- Manter uma carga de horário e de trabalho razoáveis, distribuindo – caso seja possível – o trabalho entre colegas. Na crise deve-se trabalhar por escalas e com períodos regulares de descanso;
- No caso de se sentir incompetente ou frustrado por não conseguir ajudar todas as pessoas em todos os seus problemas deve lembrar-

se que isso não é da sua responsabilidade. Deve focar-se em ajudar as pessoas a ajudarem se a si mesmas;

- Reduzir o consumo de álcool, cafeína, nicotina e não tomar medicamentos sem prescrição médica.
- Verificar os estados dos colegas e permitir que estes o ajudem, cultivando um clima de entre ajuda.
- Conversar com familiares e amigos que confie para apoiá-lo. Necessitar prestar ajuda a terceiros é uma característica humana. As pessoas integradas em órgãos que prestam socorros têm geralmente gosto em fazê-lo, sentindo prazer e tendo um sentimento de propósito.

8. Alerta no uso de medicações

O uso de medicamentos ansiolíticos e relaxantes musculares, como benzodiazepínicos, é extremamente não recomendado em situações de desastres ambientais. Isso se deve a sua atuação no sistema nervoso central, reduzindo a velocidade de produção de resposta voluntária do organismo.

Em outras palavras, a velocidade do processamento de informação e consequentemente de resposta, frente a uma situação de perigo, por exemplo, será reduzida, podendo aumentar a chance de acometimento de erros de planejamento e de execuções, o que podem ocasionar em maiores fatalidades. Logo, essa informação deve ser compartilhada com os pacientes de maneira enfática e deve-se estimular o uso de outras estratégias para reduzir tensão muscular e sintomas ansiosos em demasia, como as citadas acima pela OMS.

9. Acesse também:

Vídeos do Ministério da Saúde (Brasil) acerca de desastres e emergências ambientais, série intitulada de ‘’Emergências em Foco’’:

- **Episódio 1: Saúde mental e atenção psicossocial em desastres**
- **Episódio 2: Reações esperadas**
- **Episódio 3: O luto em desastres**
- **Episódio 4: Violência em desastres**
- **Episódio 5: Manejo Clínico de Saúde mental**

10. Referências

Alvino-Borba A., et al. (2020). Desastres naturais no Brasil e no mundo: uma análise holística com ênfase nos impactos dos eventos hidrológicos e meteorológicos. *Braz. J. of Develop.*, *6* (9), 73718-73740, sep. 2020. DOI:10.34117/bjdv6n9-724

Assunção J. A. M. (2022). A Formação Em Primeiros Socorros Psicológicos Nos Agentes De Proteção Civil [Dissertação de Mestrado, ISEC Lisboa].

Barros, D. N. (2019). Síndrome de Burnout e Comprometimento com a organização: um estudo com bombeiros militares de Minas Gerais participantes do rompimento da barragem da Mina do Córrego do Feijão. [Dissertação de Mestrado, Centro Universitário Uni horizontes].

Choi Y.J. (2019). Psychological First-Aid Experiences of Disaster Health Care Workers: A Qualitative Analysis. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. https://doi.org/10.1017/dmp.2019.87

Dieltjens T., Moonens I., Praet K. V., Buck E. de, Vandekerckhove P. (2014). A Systematic Literature Search on Psychological First Aid: Lack of Evidence to Develop Guidelines. *PLoS ONE, 9*(12): e114714. doi:10.1371/journal.pone.0114714

Figueiredo, D. D. C. (2021). Responsabilidade ambiental do corpo de bombeiros militar de Santa Catarina nos desastres. *Ignis: Revista Técnico Científica do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, 6*(1). https://ignis.emnuvens.com.br/revistaignis/article/view/123>.

Flores, B. C., & Najberg, E. (2021). A necessidade de olhar para os profissionais de segurança que atendem a desastres / The need to look at security professionals who respond to disasters. Brazilian *Journal of Development,* 7(9), 88680–88691. https://doi.org/10.34117/bjdv7n9-162

Furtado, L. M. da P. (2023) Riscos Psicossociais em Bombeiros Sapadores: Em equipas de Busca e Resgate em estruturas colapsadas [Dissertação de Mestrado, ISEC Lisboa].

Loo G. T., et al. (2016). Coping Behavior and Risk of Post-Traumatic Stress Disorder Among Federal Disaster Responders. *Disaster Med Public Health Preparedness.*, *10*, 108-117. https://doi.org/10.1017/dmp.2015.141

Wang L., Norman I., Xiao T., Li Y., Leamy M., (2021). Psychological First Aid Training: A Scoping Review of Its Application, Outcomes and Implementation. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *18,* 4594. https://doi.org/10.3390/ijerph18094594



PROTOCOLO 5

Caderno Técnico 2

Serviço I

Aconselhamento Psicológico on-line – Abordagem Fenomenológico-Existencial

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO 5

Coordenação geral do projeto

Prof. Dr. Maycoln L. Martins Teodoro (UFMG)

Docentes

Prof. Dr. Paulo Eduardo R. A. Evangelista (UFMG)

Darlindo Ferreira Lima (UFPE)

FICHA TÉCNICA

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Justiça e Segurança Pública
Wellington César Lima e Silva

Secretário Nacional de Segurança Pública
Francisco Lucas Costa Veloso

Reitora da UFMG
Sandra Regina Goulart Almeida

Diretor Executivo da FUNDEP
Prof. Jaime Arturo Ramírez

Diretor do Sistema Único de Segurança Pública
João Alberto Nogueira Júnior

Coordenadora-Geral de Valorização Profissional
Juliana Ribeiro

Coordenador de Promoção e Proteção de Direitos
Gustavo de Souza Rocha

Coordenadora de Saúde e Qualidade de Vida
Janaina Marcondes de Moura

Coordenação Técnica do Projeto/SENASP
Rubia Minuzzi Tschiedel

Coordenação do TED/UFMG
Maycoln Leôni Martins Teodoro

Equipe de Pesquisa
Docentes
Cristiane Faiad de Moura (UnB)
Darlindo Ferreira Lima (UFPE)
Helian Nunes de Oliveira (UFMG)
Juliana Alvares Teodoro (UFMG)
Katie Moraes de Almondes (UFRN)
Luciana Almeida Santos (UFMG)
Luciene O. Rocha Lopes (UFMG)
Marcela Mansur-Alves (UFMG)
Paulo Eduardo R A Evangelista (UFMG)
Sérgio Eduardo S Oliveira (UnB)
Yone de Almeida Nascimento (UFMG)
Zenith Nara Costa Delabrida (UFS)

Pesquisadores
Ana Clara Oliveira de Aguiar
Ana Gabriela Nunes da Silva Melo
Ana Letícia Senobio dos Santos
Ana Ludmila Santos Plauska
Brena Thaísa Q. Melo
Carolina Sousa Azulay
Francisco Guilherme Lima Macedo
Gustavo Salgueiro Rocha
Isaak Felipe de Araújo Sales
Isabela Ferreira Coelho
Isabella Ferreira Pinheiro
Júlia Eduarda V de Almeida
Júlia Salles Menezes
Lara Letícia Pinto Barbosa
Lara Luíza Cerávolo Rabelo
Lídia Figueiredo dos Santos
Lívia Calijorne Rolim
Lucas Jardim de Sena Pereira
Marcos Arthur R A Macedo
Mateus Guimarães Nobre
Matheus Felipe G Camargo
Mônica M. Oliveira Melo
Patrícia de Cássia C Campos
Pedro Henrique Francisco de Assis
Rafael Ferreira Simões
Renan Rodrigues da Silva Saraiva
Tayanne de Araujo Lobão
Thecia Karen Murta Miranda
Zaida Clara Teixeira Lopes

Equipe TI
Breno Max Horta Melo
Danielle Resende de Pádua
Paulo Rodrigues Gomes

Equipe Técnica da SENASP
Cirla Busato
Cristiano Abirached Junqueira Lopes
João Paulo de Medeiros
Iranilto Sales de Almeida
Laura Lucia Maximo
Thiago Machado de Araújo

Analista de projetos da FUNDEP
Fernanda Gonçalves de Araujo

Organização e Projeto Gráfico
Janaína Marcondes de Moura

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP Aconselhamento Psicológico

EUA Estados Unidos da América

PHS Política de Humanização em Saúde

PSP Profissionais da Segurança Pública

SUSP Sistema Único de Segurança Pública

TEPT Transtorno do Estresse Pós-Traumático

USP Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 228

2. POSTURA GERAL DE ACOLHIMENTO NO SERVIÇO 230

3. O ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO: O QUE SERIA ESTE PROCESSO? 234
   Uma breve concepção de existência 238
   Aconselhamento Psicológico e Plantão Psicológico 241
   Escuta SUSP e Plantão Psicológico 246

4. AS FASES DO ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO 248
   Descoberta Inicial 251
   Exploração em Profundidade 252
   O uso dos instrumentos de avaliação na fase de exploração 255
   Des-fecho 256

5. DES-FECHO E DESLIGAMENTO DO ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO 259
   Desligamento do Serviço 1 seguido de encaminhamento para outro serviço 259
   Alta do Serviço 1 260

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 262

7. REFERÊNCIAS 264

1. INTRODUÇÃO

Este protocolo foi elaborado com o objetivo de oferecer informações sobre o funcionamento e as diretrizes de atuação de psicólogos e estagiários em Psicologia na condução das atividades associadas ao Serviço 1, Aconselhamento Psicológico (AP), da plataforma informatizada de atendimento e promoção de saúde mental para Profissionais da Segurança Pública (PSP) do Brasil. As informações aqui sistematizadas estão respaldadas tanto na literatura técnico-científica da área quanto no conhecimento prático de profissionais psicólogas e psicólogos que vêm atuando na promoção e prevenção de saúde mental em diferentes categorias de PSP.

A Psicologia fenomenológico-existencial é o embasamento teórico e filosófico da proposta de atendimento aqui descrita. Desse marco teórico, destacam-se os seguintes pressupostos, que serão destrinchados ao longo deste protocolo:

- Toda existência é livre e indeterminada (Heidegger, 2012). Existir significa poder destinar-se. Pode desenvolver-se como ator, diretor e espectador da própria vida (Binswanger, 1958). O AP contribui para abertura de novos futuros possíveis;
- A existência é ser-no-mundo (Heidegger, 2012), ou seja, suas possibilidades de interpretação e ação são compartilhadas por sua cultura e subculturas;
- O sofrimento psicológico se apresenta como restrição na liberdade para realizar potencialidades humanas;
- O sofrimento conduz ao isolamento da pessoa. A experiência da solidão amplia o sofrimento.
- O cerne do processo de AP diz respeito à relação que se estabelece entre psicólogo e PSP (cliente), por qual aquele se coloca junto deste para explorar sua situação de vida atual.
- Estar junto ao cliente reconhecendo-o como existência é por si só uma intervenção psicológica eficaz;
- O AP realiza acolhimento. Acolher significa refúgio, abrigar, juntar, receber. Desta forma aponta para uma atitude de incluir, um modo de se relacionar com algo ou alguém que busca um estar-com, com foco na aproximação e relação;

Neste protocolo, estão contidas diretrizes gerais para o trabalho no Serviço 1 da Plataforma Escuta SUSP. Ele é uma das fontes de informação sobre o atendimento em aconselhamento psicológico fenomenológico-existencial, mas não a única. Treinamentos e supervisões são necessários para ampliar a informação e possibilitar a discussão e o aprofundamento dos atendimentos realizados.

> Lembre-se: o psicólogo não está sozinho nesta empreitada.

2. POSTURA GERAL DE ACOLHIMENTO NO SERVIÇO

A etimologia da palavra acolher vem do latim *acolligere* que indica recolher, receber, retirar (Priberam, 2025), no sentido coloquial dar ou receber refúgio, abrigar, juntar, receber. Desta forma aponta para um ato ou atitude de incluir, um modo de se relacionar com algo ou alguém que busca um estar-com, com foco na aproximação e relação.

Inicialmente, faz-se necessário situarmos o acolhimento a partir de seu reconhecimento enquanto elemento fundamental na construção das políticas públicas em saúde. O acolhimento é preconizado como uma diretriz da Política de Humanização em Saúde (PHS) do Ministério da Saúde (Brasil, 2013). Este se configura como uma diretriz fundamental a ser observada em todos os níveis das ações realizadas. Acolher nesse sentido remete ao reconhecimento daquilo que o usuário traz como legítimo em termos de necessidade singular em sua vida. Reciprocamente, o acolhimento deve se fazer presente em toda dimensão que sustenta a relação entre a equipe de cuidado e a população, por meio do fomento à construção de um relacionamento de confiança, compromisso e vínculo entre toda equipe responsável pelo cuidado e aqueles que demandam algo.

No âmbito da psicologia, Almeida (2009), ao se referir ao Plantão Psicológico como uma prática do Aconselhamento Psicológico, chama a atenção para o acolhimento como algo importante a ser considerado.

O Plantão Psicológico apresenta-se como o espaço de acolhimento para o sujeito que se abre a seu destinar-se; é o acolhimento de uma demanda não clara que indica um caminho a ser seguido. É o acolhimento de um grito que não sabe para onde ir. O Plantão é a escuta silenciosa dos possíveis rumos de uma existência, que claudica em sua trajetória terrena (Almeida, 2009, p. 30)

No mesmo sentido, Schmidt (2004, p. 174) indica que acolher "refere-se a uma peculiar atenção para experiência do cliente no momento em que procura ajuda...". O acolhimento concebido desta forma vai se afastando da ideia de um mero instrumento técnico disponível no arsenal da psicologia a ser utilizado para se chegar a um determinado fim na árdua tarefa de modificar a realidade que se apresenta como problema a ser resolvido.

A ser pensada a partir de um referencial fenomenológico-existencial, a ideia de acolhimento não pode ser concebida fora da sua relação no mundo, dito de outra forma, seja em que situação se apresente se dará a partir de uma articulação como ação daquele que já se encontra imerso na situação na qual se debruça. Desta forma, não faz sentido reforçar a perspectiva moderna na qual o acolhimento ficou conhecido como atitude de empatia ou na tentativa de se colocar no lugar do outro. Não há relação sujeito-objeto, mas sim co-originalidade cuidador-aquele que demanda cuidado.

Assim, parece mais apropriado compreender o acolhimento como movimento de abertura, um oferecer abrigo a um indivíduo, grupo ou comunidade na qual se relaciona pela hospedagem para o estrangeiro por inteiro. Acolher como modo de estar junto ao mundo com outro desta forma parece algo mais radical, na medida em que lida sobretudo com a tonalidade afetiva (Kahlmeyer-Mertens et al., 2020) daquele que busca por cuidado e do conselheiro.

A partir desta perspectiva, acolher diz mais do que uma técnica psicológica, ou escuta flutuante, *rapport* etc.; mas, sim, um movimento existencial de deixar-se abrir, pôr-se com o outro em relação não utilitarista. Tal atitude possibilita o movimento de abertura também daquele que é acolhido, pois facilita que se veja aberto ao encontro com a experiência de ser outro de si em situação.

Acolher como um modo de ser enquanto hospedagem implica em reconhecer que na relação com aquela que chega como estrangeiro há regras, limites, mas não como uma pré-seleção, como um 'pré-conceito' que normatiza e enquadra o outro previamente. Isso, pois hospedar é ter que assentar em determinado espaço/tempo o que chega por inteiro, bem como ser por inteiro nesse acontecimento.

O que se coloca em questão nesta perspectiva de compreensão do acolhimento é reconhecer que por si só já ele já é como intervenção, não se caracterizando como uma etapa prévia ou momento de avaliação de algum aspecto daquele que está em busca por alívio de seu sofrimento, para posterior intervenção. Ou seja, acolhimento não se reduz apenas a um ato, uma dimensão factual restritiva ao que é realizado, embora isso seja muito importante; indica, sobretudo, abrir-se e estar atento a esse movimento de conexão com o outro, reconhecer-se como acontecência do cuidado, pois se dá no absoluto de cada instante (Lima & Ribeiro, 2018).

Ao se pensar o acolhimento como abertura e intervenção, isso já abre possibilidades de um modo de lidar e recolher o mal-estar do outro por si próprio.

Inevitavelmente imerso nesta dinâmica, aquele que se apresenta como tomado pelo sofrimento abre-se à compreensão mais própria de si e se movimenta para outras posições existenciais. Há uma espécie de movimento pendular nessa sua situação existencial, uma espécie de transitar ininterrupto entre sua dimensão ôntica e ontológica, um movimento de estar aberto entre o que e como se está em situação mundana. Assim, o acolhimento se organiza sob a égide do movimento de hospitalidade, dá-se como acontecimento que pode ser compreendido ao mesmo tempo em sua dimensão assistencial e pedagógica.

Quanto à dimensão assistencial ou interventiva, o acontecimento do acolhimento não pode ser compreendido exclusivamente como um evento inédito ou inesperado, tal como um raio que surge sem aviso prévio. No cotidiano mediano em que a maior parte do tempo todos nos achamos sugados, é que se dão os encontros; e, por mais banal que sejam, podem ser extremamente potentes a depender do como ambos (conselheiro e cliente) se abrem e se hospedam no estar do acolhimento mútuo.

Desta forma, pensar o acolhimento a partir de um olhar fenomenológico-existencial implica em rediscutir a preocupação em planejar previamente ou tentar prever todas as intervenções e estruturar as interpretações, visto que esta postura reifica uma perspectiva técnica moderna em que se procura controlar e prever algo numa relação sujeito-objeto.

A valorização da hospedagem acolhedora do encontro em situações cotidianas indica a potencialidade destas como fonte de emergência possível de algo, sobretudo a experiência das palavras e seus dizeres, ou mesmo nem ser necessário se fazer palavras, pois o dizer pode se dar sob a forma de gestos, um olhar, até mesmo o silêncio... é aí que algo pode 'despretensiosamente' acontecer.

Por outro lado e ao mesmo tempo, a dimensão da prática clínica se apresenta principalmente para os psicólogos na medida em que ao acolher se percorre a formatividade – dar forma – ao que se está aprendendo como um cuidar daquilo e daquele que demanda por cuidado. O psicólogo vai se dando conta que, sendo um conselheiro, é através do seu trabalho, que não produz um efeito previamente determinado, que vai se dando forma a uma ação clínica (Barreto, 2006; Barreto, Leite e Silva, 2015). A ação clínica é um modo de habitar o encontro com o que vai se se apresentando ali, a cada passo, em cada deparar-se com o desconhecido do percurso.

No acolhimento como ponto de convergência, a interdependência e coexistência das dimensões assistenciais e pedagógicas estão ligadas à

possibilidade de nos aproximarmos da complexidade da condição do humano em seu próprio existir. Morin (2000) lembra que

> A compreensão humana nos chega quando sentimos e concebemos os humanos como sujeitos; ela nos torna abertos a seus sofrimentos e suas alegrias. Permite-nos reconhecer no outro os mecanismos egocêntricos de autojustificação, que estão em nós, bem como as retroações positivas (no sentido cibernético do termo) que fazem degenerar em conflitos inexplicáveis as menores querelas. É a partir da compreensão que se pode lutar contra o ódio e a exclusão (Morin, 2000, p. 51).

Portanto, o acolhimento propicia a emergência de modos de existir que privilegiam a compreensão como espaço de troca. Desta feita, há uma possibilidade de um recuo para lugar de segurança, lugar que não seja apenas ameaça, para que dali algo novo possa emergir. Esse algo novo que se desvela como outro novo implica em diferentes posicionamentos frente à sua própria vida. A partir e com base em sua apropriação da compreensão de como vive e de suas possibilidades de habitação em outros espaços, o ciente pode ser repatriado em um mundo que quase sempre se apresenta como inospitalidade (Critelli, 1996), desterro. Esta experiência propicia um poder em diversas situações conseguir parar e olhar, durar junto ao que pede sentido.

O que se está a enfatizar na dimensão do acolhimento como fundamento do encontro a partir do olhar fenomenológico é considerar que falar para alguém que está disposto a escutar sua experiência é por si só uma situação propiciadora de organização e desvelamento de sentido. Nesse âmbito compartilhado podem se revelar outros aspectos ainda não claros do que se está experienciando. Isto, por sua vez, vai indicando possibilidades outras de ação no mundo.

Considerando a contemporaneidade e seu atravessamento pela técnica moderna e seus artefatos tecnológicos (Heidegger, 2007), o acolhimento pode se dar de diversas formas, inclusive virtual. O acolhimento não existe apenas a partir de quatro paredes de consultórios, instituições, mas, sobretudo, em situação. Um acolhimento vivo no mundo tal qual se mostra é estar em um modo de ser que se dá como abertura, já interventivo, ou seja, como algo que já é impactado sob a luz da conexão que emerge naquele instante, podendo se estar próximo ou distante geograficamente.

3. O ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO: O QUE SERIA ESTE PROCESSO?

> "O Aconselhamento Psicológico é, então, concebido como o campo de invenção das práticas que, na singularidade das situações, propiciem o a expressão do vivido de indivíduos e grupos e sua elaboração compreensiva" (Schmidt, 2009, p. 17).

A formulação acima apresenta o compromisso do serviço de Aconselhamento Psicológico com a singularidade da vivência de cada pessoa que o procura, considerando os aspectos compartilhados dos mundos que ela habita – neste caso, o mundo da segurança pública –, aliado à inventividade do psicólogo que a atende para desvelar compreensivamente o sentido da demanda psicológica, potencializando sua lida com a situação vivida a partir das possibilidades de que já dispõe. Tal formulação é desdobramento da história do Aconselhamento Psicológico no Brasil e da criação do serviço de Plantão Psicológico da Universidade de São Paulo (USP), que buscou corresponder mais justamente à grande diversidade de demandas que chegava, caminhando, assim, para o oferecimento de "acolhida terapêutica" (Schmidt, 2009, p. 17) centrada no encontro entre cliente e conselheiro. Dito de outro modo, o Aconselhamento Psicológico fundamentado na fenomenologia existencial exige do psicólogo-conselheiro abertura para o inesperado e para a singularidade humana, além de plasticidade para construir com o cliente uma interlocução que propicie a compreensão da situação vivida e possibilidades de enfrentamento.

Historicamente, o campo do Aconselhamento Psicológico foi criado num contexto de tensão com a psicoterapia (principalmente a psicanálise) e com aconselhamentos 'leigos', realizados por padres, assistentes sociais, educadores etc. A regulamentação da profissão de psicólogo no Brasil com a Lei 4.119, de 27 de agosto de 1962 (Brasil, 1962), reservou a este profissional a "solução de problemas de ajustamento", criando a necessidade de uma definição clara dessa especialidade.

Inicialmente, nos anos 1970, a delimitação da especificidade do serviço baseou-se em uma abordagem psicodiagnóstica, com ênfase na psicometria, para separar os clientes potenciais do aconselhamento psicológico daqueles que necessitavam de psicoterapia. A linha divisória era – e, em grande medida, permanece até hoje – a gravidade do problema psicológico apresentado. Num estudo de caráter fundador dessa divisão, Scheefer (1977) recolheu da literatura norte-americana indicações para que se utilize "o termo aconselhamento em entrevistas mais superficiais, enquanto a psicoterapia se refere a um contato mais duradouro e intensivo, objetivando uma reorganização mais profunda da personalidade" (p. 15). Ou seja, psicopatologias seriam da alçada da psicoterapia, enquanto pessoas que não apresentavam sofrimento mental seriam direcionadas ao Aconselhamento Psicológico.

Carl Rogers (1902 – 1987) é o psicólogo norte-americano que questiona essa divisão. Suas pesquisas clínicas revelaram que processos de aconselhamento psicológico são tão transformadores quanto psicoterapias e que o elemento fundamental para a ocorrência de transformações não é a técnica e, sim, atitudes pessoais do psicólogo (Rogers, 1973; Schmidt, 2009). Na década de 1940, ele desenvolve o modelo que veio a ser abordagem não-diretiva. Na de 1950, utiliza pesquisas para definir as atitudes necessárias e suficientes por parte do psicólogo para promover transformação psicológica no cliente.

A abordagem não-diretiva surge em oposição à abordagem até então hegemônica no aconselhamento psicológico, que recebe o adjetivo de diretiva. No método diretivo, "O orientador age como dirigente. Seleciona os tópicos que serão discutidos, define os problemas, descobre as causas e sugere soluções e planos de ação" (Scheefer, 1977, p. 22). Faz isso apoiando-se fortemente em instrumentos diagnósticos.

Carl Rogers desenvolve a abordagem não-diretiva no atendimento psicológico, modificando a atitude do conselheiro que assumia o lugar de saber e poder sobre o cliente em direção a uma escuta interessada que cria um clima emocional propício à autoexploração e autodirecionamento por parte do cliente. O profissional que assim se conduz em relação ao cliente é nomeado *facilitador*. Sua atitude pode ser definida pela tríade: compreensão empática, aceitação incondicional e congruência (Rogers, 1992).

A compreensão empática é a atitude de captar "com precisão os sentimentos e significados pessoais que o cliente está vivendo e comunica essa compreensão ao cliente" (1983, p. 39), vivenciando a situação como se

estivesse no lugar do cliente. Ou seja, cabe ao psicólogo cuidar para não olhar 'de fora' a situação narrada pelo policial em atendimento, como se a estivesse avaliando, e, sim, tentar aproximar-se ao máximo de como está sendo para o cliente estar passando pela situação que ele narra.

A aceitação incondicional é uma atitude de verdadeiro interesse pelo que o cliente está pensando e sentido. Mais que isso, é o cuidado de não julgar seus comportamentos e sentimentos, não seguir uma régua de valores morais que os caracterizariam como certos ou errados, saudáveis ou patológicos.

Esta atitude é em especial importante no atendimento a profissionais de segurança pública, pois, na nossa contemporaneidade, há muitos imperativos de como se deve pensar, sentir, organizar sua agenda, cuidar da saúde física e mental etc., além de que a Segurança Pública também fornece imperativos sobre como cada pessoa na corporação deve ser. Por conta disso, pode ocorrer de pessoas procurarem o serviço já considerando seus comportamentos patológicos e pedindo ajuda para modificá-los. Antes de aderir a essa interpretação, cabe a quem estiver atendendo assumir uma atitude de aceitação condicional que propicie a exploração cognitiva e afetiva da situação e busque os valores pessoais do cliente, que podem ser divergentes do que é socialmente esperado. Essa divergência pode, segundo a Abordagem Centrada na Pessoa, levar a pessoa a não confiar em seus sentimentos, suas percepções e sua experiência, dificultando que se reconheça presente em sua própria vida e assuma responsabilidade por suas próprias decisões, delegando-as.

A terceira atitude facilitadora é a congruência, por qual se indica que terapeuta precisa ser verdadeiro com seu cliente, atento ao reconhecimento de seus próprios pensamentos e sentimentos provenientes do encontro psicológico. A premissa é de que o processo de Aconselhamento Psicológico visa propiciar uma aproximação do cliente de sua própria e real experiência, que o permita apropriar-se de como está podendo ser neste momento e como pode ser a partir seus próprios recursos, para além de como entende que deveria ser. Para isso, o psicólogo não pode encenar uma atuação profissional.

Por exemplo, um cliente pode procurar o serviço objetivando cuidar melhor de sua saúde física, conseguir criar uma rotina de exercícios físicos. Ao invés de propor uma agenda ou usar um método persuasivo ou exortativo que o levem a se comprometer com essa mudança de comportamento (Scheefer, 1977), cabe ao psicólogo ampliar a situação para explorar o sentido dessa demanda e as condições reais atuais de vida da pessoa. Pode ser que apareça que a pessoa já esteja se sentindo sobrecarregada com demandas

profissionais e familiares e tenha encontrado na ideia de cuidar melhor da saúde um artifício para melhorar sua saúde mental, mas, nesse contexto, seria mais importante avaliar os atuais comprometimentos e o sentido que têm na vida do cliente, a fim de que possa considerar um novo ajustamento, do que forçar mais um compromisso.

Em suma, o aconselhamento não-diretivo visa propiciar um espaço-tempo de atenção à própria vida e consideração cuidadosa acompanhada. Nesse contexto,

> A consciência, em vez de ser a sentinela de um amontoado de impulsos perigosos e imprevisíveis dos quais só poucos poderão ver a luz do dia, torna-se no habitante bem instalado de uma rica e variada sociedade de impulsos, de sentimentos e de concepções que se manifestam como autogovernando-se satisfatoriamente quando não estão guardados com medo ou de um modo autoritário (Rogers, 1973, p. 180).

As atitudes descritas por Rogers tornaram-se, posteriormente, sinônimo de um atendimento ético e respeitoso. No Aconselhamento Psicológico fenomenológico-existencial, espera-se que você tenha esse cuidado de não julgar o cliente, nem o avaliar à luz de como pensa que ele deveria ser e que preste atenção aos seus sentimentos e pensamentos ao longo do processo, pois eles são indicativos importantes da qualidade dos encontros que estão acontecendo. Espera-se, também, que faça um esforço implicativo de compreensão do lugar dele, na situação e no contexto dele, e que manifeste dialogicamente sua compreensão da experiência vivida pelo cliente que o motivou a procurar atendimento psicológico.

Segundo Schmidt (1999; 2009), as proposições de Carl Rogers geram uma modificação no sentido do Aconselhamento Psicológico. O foco do atendimento deixa de ser o 'problema' e passa a ser a 'pessoa', os instrumentos de avaliação cedem lugar à relação cliente-conselheiro e o objetivo deixa de ser um resultado planejado a favor do próprio desvelo do processo. Scheefer (1977) resume as principais características do Aconselhamento Psicológico não-diretivo como:

1. "não é mero fornecimento de conselho";
2. "não visa apenas a solução de um problema imediato, mas operar modificações no indivíduo que o habilitem a tomar decisões no futuro, bem como a resolver o problema atual";

3. “se relaciona mais com atitudes do que com ações – ações são resultado de mudanças de atitude”;
4. “lida mais com conteúdo emocional do que com o intelectual”;
5. “envolve uma relação. A reflexão que se faz na sala do orientador parece mais produtiva” (Sheefer, 1977, p. 62).

Este modelo de Aconselhamento Psicológico encontra inicialmente nas teorizações psicológicas de Carl Rogers subsídios para se fundamentar e encontram, no Brasil, a partir dos anos 1990, importante diálogo com a fenomenologia existencial (Moreira, 2010). Esta perspectiva de origem filosófica e caráter antropológico fornece uma conceituação de existência enquanto ser-no-mundo, isto é, pessoa cujo modo de ser está intimamente relacionado com os contextos sócio-históricos em que habita (‘mundo’) e cuja essência é indeterminada, isto é, está entregue à responsabilidade por fazer-se ao longo de sua vida. Em suma, concebe o humano como um ser livre para construir sua história, ainda que possa abdicar a cada vez dessa liberdade essencial.

Uma breve concepção de existência

A psicologia fenomenológico-existencial recorre à noção de Dasein para indicar o ser da existência humana. Nesta perspectiva, existir precisa ser pensado como verbo, como ‘acontecente’. Seu caráter essencial é a indeterminação. O humano se diferencia dos demais entes por dois fatores principais: 1) seu ser está sempre em jogo, e 2) ele se relaciona com o ser (Heidegger, 2012). O primeiro aspecto significa que sua existência é sempre passível de mudança; ele pode modificar suas relações e transformar sua própria identidade. O segundo aspecto indica que, enquanto existe, interpreta o ser das coisas, dos outros e de si mesmo, conferindo-lhes significados.

Dito de outro modo, a existência não nasce pronta, mas precisa constantemente se realizar. Ela é formada por possibilidades históricas que se atualizam a cada momento, compondo uma trama biográfica de tessitura de sentido (Critelli, 2012). Cada um pode se lançar em possibilidades novas, seja de forma intencional ou impulsionado pelas circunstâncias. No entanto, a existência nunca se completa plenamente, pois não há como esgotar todas as possibilidades.

A todo o momento, a existência se confronta com escolhas, que implicam ao mesmo tempo em renúncias. Cada escolha significa renunciar a outras

possibilidades. Algumas dessas possibilidades podem parecer negativas no momento, mas, ao longo da vida, podem revelar-se positivas. O julgamento sobre o que é "bom" ou "ruim" depende da situação e pode mudar com o tempo. Assim, algo que antes foi visto como uma perda pode mais tarde ser compreendido como uma oportunidade.

A fenomenologia existencial utiliza o conceito de "cuidado" para descrever a existência humana. Cuidar significa estar sempre voltado para o futuro, planejando e se preocupando com a própria existência. O Dasein é responsável por sua própria realização até o último momento de sua vida, quando finalmente não será mais.

Por exemplo, a entrada na carreira de segurança pública pode ser a realização de um sonho nutrido desde criança, uma escolha "natural" por ter pais policiais, uma mera oportunidade de salário fixo, a decisão de ser aprovado em algum concurso público etc. Esses projetos (futuro) são constantemente confrontados pelas vivências cotidiana (presente), podendo gerar decepções, frustrações, arrependimentos. Não é incomum que sinta desconforto ao ingressar na carreira. Mas esses sentimentos nem sempre são reconhecidos pelo profissional de Segurança Pública, pois conflitam com a realização do sonho e/ou podem colocar em xeque sua identidade e sua história.

Na abordagem existencial, a morte é a única possibilidade que encerra a existência, e cada um deve se relacionar com essa inevitabilidade. Como profissionais da Segurança Pública, esse tema pode estar presente de modo muito concreto no cotidiano, seja correndo risco de morte, seja por perder colegas em ações policiais ou por autoextermínio e por testemunhar a de civis (Souza et al., 2012). Isto é, estes profissionais convivem com a morte, sendo tocados por esse fator existencial, mas não podendo se deixar fragilizar por ele. A naturalização da morte é um modo de tentar neutralizar os impactos psicológico-existenciais de perceber que pode perder sua vida, o que encobre esse fenômeno, dificultando para que o profissional, quando cliente, identifique essa fonte de sofrimento psicológico.

O ser humano é essencialmente um ser-no-mundo, ou seja, ele existe sempre em relação com um contexto. O mundo não é apenas um espaço físico, mas um campo de significados compartilhados. Refere-se a um contexto familiar no qual os entes se encontram relacionados. O ser-no-mundo é sempre envolvido em uma ocupação, e os objetos são encontrados já carregados de sentido (Heidegger, 2012). Por isso, na prática psicológica clínica, conhecer alguém é conhecer seu mundo.

Para conhecer o mundo de um cliente, é necessário que ele o descreva com riqueza de detalhes possível, revelando com que lida e como se sente nessas relações. Precisa descrever os outros com quem convive – e será importante enfatizar o sigilo terapêutico, para que sinta livre para contar como são seus colegas e seus superiores. Precisa descrever sua vida fora do trabalho e quem participa dela.

Sendo a vida uma tarefa a se realizar (cuidado), a dimensão da temporalidade humana deve ser levada em consideração. Ela não pode ser reduzida a uma linha contínua do passado ao futuro, pois a existência se projeta prioritariamente no porvir. O futuro orienta as ações, conferindo significado ao presente e ao passado. Uma mesma circunstância pode ser vista como desafio ou oportunidade, dependendo da perspectiva do indivíduo, e essa percepção pode mudar com o tempo.

Assim, o *sentido* tem um papel central para a existência, e, por isso, a psicologia fenomenológico-existencial não busca explicações causais, mas compreende o modo como se dão as ações. Cada gesto humano visa um propósito, um para quê, refletindo a busca por realização. Mesmo os comportamentos compulsivos ou as dependências cumprem algo, ainda que o sentido em que culmina a ação se perca na repetição.

A título de ilustração disto, considere o sentido que Messas (2015) atribui para o uso de álcool. Trata-se de uma tentativa de modificação do estado de consciência, fundado na liberdade existencial. A alteração produzida pela embriaguez (pensada na fenomenologia como alteração na temporalidade da consciência) permite que o indivíduo se liberte temporariamente das imposições de sua própria história e destino, oferecendo, momentaneamente, uma sensação de alívio. De maneira análoga, considera-se a falta de sentido existencial do trabalho nos sofrimentos de esgotamento (*burnout*) (Längle, 2003).

Dessa forma, a abordagem fenomenológico-existencial em psicologia preocupa-se mais com os significados e finalidades (sentidos) dos comportamentos do que com as causas. Aquilo que se manifesta como sintoma é visto como uma forma de responder ao mundo, expressando um sentido subjacente. A relação psicológica e o diálogo que se dá consistem em possibilidades de revelar esses sentidos ocultos e ampliar a liberdade do cliente para novas possibilidades de ação.

Na prática, o psicólogo precisa convidar, a partir da relação que mantém com o cliente, a explorar o que ele está realizando com seu comportamento.

Perguntas como “a fim de que” faz ou fez isso ou aquilo contribuem para fazer aparecerem os objetivos esperados. De modo geral, quando se pergunta “a fim de que?” ou “para quê?”, as pessoas respondem “por quê”, sugerindo uma causa (passado) para sua ação. O psicólogo precisa cuidar para não confundir as causas com as motivações e favorecer o esclarecimento da diferença entre eles nos atendimentos. A compreensão acerca do que se está buscando ou tentando realizar na própria vida pode abrir para outros comportamentos que visam o mesmo fim.

Sendo a existência abertura para o futuro, o sentido da vida é uma questão constante, ainda que poucas vezes tratada abertamente. Quando a vida perde sentido, as ações tornam-se vazias e repetitivas, manifestando-se esse estado como sentimentos de desânimo e frustração ou com comportamentos diagnosticáveis como depressivos. Porém, mais importante do que identificar os sintomas que identificam uma depressão é a exploração dos seus modos de estar-no-mundo que implicam na perda de sentido e quais vividos a orbitam. Será perda de sentido de vida? Terá a morte de alguém conhecido afetado este cliente? Situações profissionais estão tirando o ânimo pelo trabalho, que aparece exclusivamente sob o viés da dureza do cotidiano? Essas são algumas perguntas que podem orientar o raciocínio clínico no processo de investigação da demanda psicológica e da situação existencial que motivou a procura por atendimento. Conforme aponta Evangelista (2016a), a escuta psicológica fenomenológico-existencial tem diante de si uma existência em sofrimento, não um quadro clínico. Os diagnósticos são abstrações que exigem a desconsideração de aspectos singulares vividos.

Aconselhamento Psicológico e Plantão Psicológico

Um conceito melhor para indicar a postura clínica do conselheiro psicológico é *atitude fenomenológica*. Ela se refere à suspensão de *a prioris*, de pré-juízos. Na prática, exige uma atitude investigativa, curiosa, que não se deixa sossegar pela primeira resposta encontrada. Ou seja, o esforço do conselheiro é por convidar o cliente a ser descritivo de sua experiência, ao invés de tentar encaixá-la em padrões gerais conhecidos previamente.

É provável que alguns clientes cheguem ao serviço apresentando diagnósticos psicológicos. Esses diagnósticos podem ter sido formulados por um psiquiatra, e aí é necessário convidar o cliente a descrever quando e

como foi feito esse diagnóstico e como ele (cliente) o recebeu e reagiu. Outros podem apresentar diagnósticos elaborados por clínicos gerais. E aparecerão aqueles que fizeram um autodiagnóstico pela internet ou por inteligência artificial, comportamento cada vez mais comum, mas propício a erros e a gerar incertezas e ansiedades (Vasconcellos-Silva e Castiel, 2009).

É importante lembrar que Aconselhamento Psicológico não é Psicodiagnóstico. São intervenções psicológicas diferentes, que utilizam métodos diferentes e produzem resultados diferentes. Por isso, caso um cliente procure o serviço na expectativa de receber um diagnóstico, é importante esclarecer que essa não é a finalidade do serviço, mas, sim, buscar uma compreensão conjunta do porquê e para quê desse pedido. Caso apareça no processo que há uma necessidade do diagnóstico, ou se o cliente se recusar a entrar no processo de Aconselhamento Psicológico por estar firme e rígido com seu pedido, cabe informar que o Escuta SUSP não realiza psicodiagnóstico e referir o cliente a esse serviço.

Outra modalização da *atitude fenomenológica* é de não tomar por já sabido como é a experiência de ser policial, por mais informado que se esteja sobre o mundo do policial. Isto é, seu conhecimento prévio não dispensa de indagar, por exemplo, "como é para você trabalhar no presídio?" ou "como é a sua relação com seu superior direto?". Dada a singularidade humana, precisa-se abrir espaço para que o modo específico de cada cliente lidar com sua viva apareça no atendimento. Como lembram Pompeia e Sapienza (2011),

> É importante favorecer que ele [cliente] possa se aproximar de seu modo de ser em sua vida cotidiana, dos sentimentos que aí estão presentes; possa ampliar sua compreensão de como tem sido seu modo de cuidar de sua existência, isto é, de seus projetos de vida, de suas relações com os outros e com as coisas em geral (p. 136).

Cumpre-se, assim, o sentido do Aconselhamento Psicológico numa perspectiva fenomenológico-existencial. May (1982) formula-o assim: "o aconselhamento pessoal é qualquer compreensão profunda entre duas pessoas que resulte numa mudança de personalidade" (p. 103). Conforme já discutido, entende-se, neste contexto, que o Aconselhamento Psicológico tem potencial de transformação significativa na vida do cliente. Isso ocorre tanto pela compreensão conquistada no processo, quanto pela vivência relacional promovida pelo atendimento. Lembra Morato (2015) que a palavra clínica

deriva da palavra grega *kliné*, que significa inclinar-se. Nas palavras dessa autora,

> *klinein*, do grego, indicando o inclinar-se ou reclinar-se próprio da prática daquele que cuidava de quem estava ao leito (*kline*) dando voz a um sofrer. Relaciona-se, assim, a um modo de atenção cuidadosa, acompanhando o paciente (aquele que passa por uma experiência) na direção de bem estar/saúde" (p. 70).

O colocar-se atenciosamente com o cliente pode levá-lo a sentir-se cuidado, foco de consideração e mesmo de afeto. Isso pode contrastar com como se sente em sua vida atual ou há muito tempo. Sentir-se de um jeito diferente já é um fator terapêutico, pois, sendo a existência compreensivo-afinada, os sentimentos delimitam possibilidades de percepção e compreensão da situação vivenciada. Ao sentir-se de outro modo, podem se revelar outras perspectivas para a situação inicial.

Na fenomenologia existencial, diferenciam-se dois modos opostos de estar-com o outro: a preocupação substitutiva e a solicitude libertadora (Heidegger, 2012). Na literatura psicológica fenomenológica também se alude aos modos Eu-Tu e Eu-Isso, descritos por Martin Buber (2001). Na preocupação substitutiva (próxima do Eu-Isso), relaciona-se com o outro como algo, como um objeto, que tem uma serventia. Na relação psicológica, seria lidar com outro como alguém que apresenta um comportamento problemático e que precisa ser tratado ou curado. Subjacente a esse modo de lida está a objetificação do outro, que seria reparado pelo psicólogo, este colocado no lugar de sujeito da ação curativa. Heidegger (2012) indica que nesse modo de convivência "o outro pode se tornar dependente e dominado, mesmo que o domínio seja tácito e permaneça oculto para o dominado" (p. 353).

Segundo Heidegger (2012), a preocupação substitutiva é o modo predominante de lidar cotidiana de uns com outros. Assim, aparecerão pessoas cujo sofrimento psicológico está relacionado a se sentir tratado como um objeto que pode ser movido de lugar ou facilmente substituído. Podem aparecer queixas relativas a relacionamentos amorosos frustrantes ou a ter sido realocado de cidade. Precisa-se explorar a história do relacionamento, o modo de tratamento dos parceiros, as expectativas e ofertas. A objetificação de si e do outro pode estar presente como modos rígidos no relacionamento, duras exigências, pouca flexibilidade para lidar com as situações.

Fenômeno pouco incomum é a transferência do policial de um local de trabalho a outro por diversos motivos. Ainda que justificado pela normatização do trabalho, essas transferências podem ser vivenciadas pelo profissional realocado como desconsideração ou represália. Na prática, esses deslocamentos exigem a criação de novas rotinas cotidianas, distância da família e de amigos etc., todos fenômenos que têm impacto psicológico. Além disso, criam ou atualizam atritos entre os colegas de trabalho e os superiores, podendo levar a distanciamento e isolamento.

A relação de solicitude libertadora é aquela em que uma existência se coloca diante da outra como outra existência, reconhecendo sua liberdade e indeterminação ontológicas. Assim, o psicólogo inclina-se em direção ao outro para devolver-lhe sua existência situada, contribuindo para que obtenha "transparência" (Heidegger, 2012, p. 353) e se torne livre para assumir-se. É verdade que psicólogo e cliente ocupam lugares distintos na relação; este procura como sofrimento e aquele coloca-se à disposição para contribuir para o resgate de liberdade para enfrentamento da situação vivida. Mas, apesar dessa diferença de lugar, a relação entre existências é de igual para igual, ambos tendo que se haver com desafios que a vida traz.

Na prática, significa não assumir o lugar de autoridade ou de quem terá uma resposta ou uma solução para o problema apresentado, mas, sim, de quem se coloca a serviço e disponível para buscar uma compreensão mais ampla e profunda, apoiar no sofrimento, explorar as possibilidades de enfrentamento atuais e construir outras em conjunto. Isto é, o psicólogo não tem respostas ou técnicas prontas para fornecer, mas trabalha com o cliente para lapidar seus próprios recursos de enfrentamento a fim de que sejam mais eficazes, sempre considerando sua situação concreta de vida.

Nesse sentido, é possível apontar o Aconselhamento Psicológico como um espaço-tempo em que o cliente pode olhar para o que e como está vivendo e o que e como pode seguir adiante em sua vida. Dito de outro modo, pode avaliar de onde vem e para onde vai. Metaforicamente, é uma intervenção que pode ser como uma grande árvore que fornece sombra e descanso para um viajante, propiciando que reconsidere sua rota (Morato, 2015; 2022).

A metáfora da grande árvore ("plantão") é a que tem sido frequentemente usada para se referir ao sentido da intervenção psicológica em serviços de plantão psicológico. Conforme escreve Morato (2015),

Apresentam-se sendo a possibilidade de continuação de várias histórias, inclusive da própria cultura, quando, homem/homens, inquietamente

transitando pelos caminhos da vida, permitem-se deixar-se estar à sombra de uma planta grande que em sua direção inclina suas ramas, sugerindo uma ruptura em sua cotidiana errância a fim de pôr-se mais uma vez em destinação. Sentido esse que pode ter sido perdido ou esquecido ao longo dos tempos... (p. 217)

Historicamente, o Plantão Psicológico desenvolveu-se no Brasil como sistematização de serviço de Aconselhamento Psicológico, caracterizado por colocar-se à disposição do atendimento à clientela em horário previamente estabelecido, sem necessidade de agendamento prévio. Nas palavras de Mahfoud (1987), este atendimento psicológico coloca-se "disponível a acolher *a experiência* do cliente em determinada situação, ao invés de enfocar o *seu problema* [facilitando] uma visão mais clara de si mesmo e de sua perspectiva ante a problemática que vive e gera um pedido de ajuda" (p. 76).

Quando o cliente procura o serviço, não passa por uma triagem, pois é recebido pelo plantonista que busca compreender o sentido da procura e do sofrimento que a motivou. Por isso, diz-se que é um serviço com pouca burocracia (Mahfoud, 1987).

Encaminhamentos são feitos somente se essa demanda surgir no processo. Trabalha-se para que o atendimento, que pode vir a ser um único, propicie acolhimento e novas possibilidades de enfretamento da situação de sofrimento. Há, outrossim, instituições que ofertam Plantão Psicológico e agendam um ou mais retornos, configurando o serviço como um breve processo de Aconselhamento Psicológico com início, meio e fim (Furigo, 2006; Cury, 2012). Desse modo, não gera fila de espera para psicoterapia, como costuma ser comum em clínicas psicológicas, e tem o potencial de atender grande contingente de clientes (Scorsolini-Comin, 2015). Quanto à duração do atendimento, não há determinação prévia, pois respeita-se o movimento do cliente, mas é possível se parametrizar para fins de organização.

Sendo um serviço de portas-abertas, este atendimento psicológico torna-se o primeiro contato do usuário com o serviço de Psicologia e pode contribuir para a decisão de dar prosseguimento a outras modalidades de intervenção. Esse primeiro contato também favorece a permanência no serviço, contribuindo para diminuir as taxas de desistência dos outros serviços. Coloca-se na comunidade atendida como um ponto de referência para a clientela, que, sabendo de sua existência, pode procurá-lo quando considerar necessário. Como explica Mahfoud (1987, p. 82), são "Portas abertas

que podem significar facilitação para um novo pedido de ajuda ou facilitação para suportar a espera do início de um processo".

Contribui para a efetividade deste tipo de atendimento psicológico o ímpeto da procura. Evangelista (2016b) lembra que o tempo originário existencial é *kairós*, "termo grego que significa instante, momento decisivo, momento crítico" (p. 148) para uma decisão. Diante de um sofrimento que motiva a procura pelo serviço, o atendimento deve-se colocar imediatamente como situação propícia para seu desenvolvimento e elaboração. Por essa razão, o atendimento inicial é de suma importância.

Escuta SUSP e Plantão Psicológico

A maioria dos profissionais de segurança pública que procuram o atendimento psicológico do Escuta SUSP o fazem por conta própria. Somente uma pequena parcela é encaminhada por outro profissional de saúde. Ou seja, devemos considerar que a procura pelo serviço é realizada espontaneamente.

A estrutura do serviço 1 – Aconselhamento Psicológico – é de porta de entrada para outros serviços oferecidos. Isto é, os clientes não chegam triados. Esse fato propicia a chegada de uma ampla variedade de demandas, que pode ir desde o querer conhecer o serviço sem a presença de um sofrimento psicológico identificado até a presença de um sofrimento mental grave. Nesse sentido, espera-se do psicólogo prontidão para receber o cliente independentemente da queixa que ele apresentar. O trabalho inicial é buscar com ele uma compreensão mais ampla e aprofundada do sentido da procura por atendimento psicológico.

Precisa considerar que quem procura espontaneamente o faz à luz de seus referenciais sobre o que é sofrimento psicológico. Isto é, interpreta que seus sentimentos ou comportamentos indesejados são um 'problema psicológico' a ser tratado por um profissional desta área. Essa compreensão fundamenta-se em seu mundo cultural, o que torna necessário explorar com o profissional de segurança pública como e por que considera que seu sofrimento é 'psicológico'.

O processo de Aconselhamento Psicológico não tem um período definido previamente para ocorrer. Trabalha-se com a perspectiva de 5 sessões, mas deve-se deixar a resolução da demanda psicológica inicial determinar o processo. Ou seja, o que determina se o processo encerrará após 5 sessões,

mais ou menos é a relação psicólogo-cliente. Cabe, também, zelar para que o processo não se transforme ou confunda com uma psicoterapia.

Para isso, é importante conhecer a diferença entre pedido, queixa e demanda. Conforme explica Evangelista (2016b),

A queixa seria o 'por que veio'? A demanda aponta para o sentido, sendo atravessada pela indeterminação do Dasein. A demanda que motiva a procura pelo psicólogo vem encoberta pela queixa, devendo ser desvelada junto àquele que sofre. A demanda precisa ser produzida, isto é, conduzida adiante por uma situação que possibilite seu desvelamento, eliminando os entraves para a apropriação de si (p. 152).

Por exemplo, pode aparecer uma profissional de segurança pública que apresenta como causa da procura sintomas de insônia e ansiedade. Esses fenômenos são sua queixa; são ocorrências interpretadas por ela como diferentes do seu usual e que precisam de intervenção psicológica para serem tratadas, preferencialmente restabelecendo seu como do existir anterior. O psicólogo precisa explorar o contexto desses sintomas e da vida da profissional em geral. Disso, pode aparecer que tem tido insônia e comportamentos ansiosos desde que participou de uma ocorrência em que uma colega foi ferida. Do ponto de vista psicodiagnóstico, essa contextualização sugere que a ansiedade pode ser sintoma de TEPT, o que faz sentido considerando a literatura científica. Mas o sentido do atendimento é produzir a demanda psicológica, o que exige mais detalhes sobre a vida desta policial. O sentido desses sintomas (a demanda psicológica) fica mais claro quando se compreende que a policial é mãe, sente-se responsável por seus filhos, preocupa-se com quem cuidará de seus filhos se morrer, teme morrer etc. O Aconselhamento Psicológico é encontro oportuno para que essas preocupações possam aparecer mais claramente para a policial. Ao passo que 'ansiedade' e 'insônia' poderiam ser tratados com intervenções psicológicas focadas ou medicamentosas, quando estão relacionadas ao sentido de ser-mãe desta policial ganham outras conotações. Ainda que ela possa se beneficiar de intervenções focadas em redução de sintomas, poder considerar alternativas de atuação profissional pode impactar mais significativamente sua vida. A experiência de poder sentir e falar abertamente sobre seu medo sem ser julgada, sendo compreendida, é reconfortante e empoderador.

4. AS FASES DO ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO

O Aconselhamento Psicológico (AP) numa perspectiva fenomenológico-existencial acontece concomitantemente ao serviço de Avaliação Psicológica (APSI). Este serviço é a porta de entrada dos PSP no Escuta SUSP, sendo responsável pelo acolhimento e construção da demanda psicológica, para posterior encaminhamento, se necessário. A adesão aos serviços do Escuta SUSP é influenciada pela qualidade dos atendimentos iniciais (Ceitlin & Cordioli, 2008), então este primeiro contato com o cliente é muito importante.

O AP é caracterizado como um atendimento breve em Psicologia. Organiza-se como um processo com começo, meio e fim, no qual se explora o sentido da procura por atendimento psicológico (queixa/demanda psicológica) e busca-se conjuntamente recursos pessoais de enfrentamento da situação (desfecho). Para May (1982, p. 103), "o aconselhamento pessoal é qualquer compreensão profunda entre duas pessoas que resulte numa mudança de personalidade", proposição que será complementada por Schmidt (1999, p. 99) ao caracterizá-lo como "afeito a práticas democráticas, atento às singularidades e pluralidades psico-socioculturais da clientela e firmemente dirigido pelo desejo de aprender nas situações concretas". Mais do que transformar o cliente, o sentido é contribuir para sua liberdade de autotransformação.

O objetivo do Aconselhamento Psicológico numa abordagem fenomenológico-existencial é "clarear, refletir sobre e compreender a vida" (van Deurzen, 2002, p. 18) neste momento em que ela está acontecendo, considerando suas intenções e como tem cuidado de sua existência. Para isso, contribui com o "desenvolvimento e consolidação de um modo pessoal de enfrentar os desafios da vida" (p. 18), utilizando recursos como a exploração das possibilidades atuais, a construção de uma nova compreensão da situação, o relacionamento co-humano empático (May, 1982).

O tempo de duração do processo deve ser construído singularmente. Alguns processos podem se encerrar em três sessões, enquanto outros podem durar dez ou mais. Recomenda-se que os processos não se prolonguem mais que isso. Sempre poderão surgir novas questões a serem trabalhadas, mas

o Aconselhamento Psicológico é um processo com começo, meio e fim, devendo encerrar-se com o esclarecimento da demanda psicológica que motivou a procura e a possibilidade de ação que emergiu nos encontros. Pode, então, concluir-se o atendimento na plataforma – o que seria equivalente a uma 'alta' – ou seguir com encaminhamento para o serviço de Psicoterapia do Escuta SUSP.

As atitudes e comportamentos do psicólogo ao longo de todo o processo devem ir na direção de convidar o cliente à reflexão e a enunciar a verdade para você e ele(a) mesmo(a). Por isso, deve-se cuidar para não emitir juízos de valor e atentar para como o cliente lida com esta situação de avaliação e como se relaciona com você no decorrer. O psicólogo precisa de uma escuta qualificada para compreender e acolher as questões que o cliente aborda em sessão, assim como faz-se essencial que você acolha quaisquer que sejam as atitudes e orientações do cliente quanto a questões de ordem religiosa, social, sexual e moral. O comportamento do psicólogo para com o cliente deve seguir dentro dos padrões de uma relação profissional.

No que se refere ao processo de avaliação que acontece como parte das sessões previstas para o Serviço 1 de atendimento, é importante salientar que um conjunto básico de técnicas e instrumentos avaliativos já estão previstos para uso pelo profissional, ou seja, eles devem ser aplicados em todos os clientes do serviço.

Nesse contexto, vale a pena lembrar que a experiência dos encontros psicólogo-cliente é a principal baliza para a decisão de investigação por meio de instrumentos e a supervisão é o lugar para reflexão e discussão. Como diz May (1982), "todos os dados obtidos daí devem ser vistos como secundários e suplementares à entrevista pessoal" (p. 126). Os instrumentos recolhem informações sobre comportamentos, pensamentos e sentimentos. Sugere-se que sejam usados para ampliar a exploração das vivências do profissional de segurança pública. É no encontro co-humano no Aconselhamento Psicológico que o sentido desses comportamentos, pensamentos e sentimentos poderá ser esclarecido e articulado com uma história de vida em curso.

O Aconselhamento Psicológico é um campo de conhecimento e atuação que possui modalidades terapêuticas que costuma ter um caráter breve e objetivo. É importante que ao iniciar um processo como esse, alguns aspectos sejam explicados para o cliente, quais sejam: duração da sessão, tempo limite de espera, objetivo daquele processo, número de encontros e garantia do sigilo (Leal, 2010; Scorsolini-Comin, 2014).

Além disso, é essencial que seja discutida a preparação do ambiente para as sessões. É importante que psicólogo e cliente se escutem bem; para isso, deve-se evitar locais ruidosos e dar preferência para o uso de fones de ouvido. Recomende ao cliente que esteja num lugar privado, sem a presença de outras pessoas, a fim de que possa falar mais abertamente. No caso de o cliente sugerir que a presença de outrem não lhe incomoda, ainda assim é importante para o atendimento que ambos os participantes zelem pelo espaço de privacidade e sigilo.

Outro aspecto fundamental para o bom encontro no aconselhamento é a luminosidade. É muito importante que ambos possam se ver. Assim, deve-se zelar para que os rostos estejam bem iluminados e enquadrados na tela. Nos atendimentos on-line, já se perdem muitos elementos de comunicação não verbal por não se conseguir ver o corpo um do outro. Com boa iluminação, ao menos as expressões faciais apareceram e ajudarão a compor uma compreensão de que e de como o cliente está vivenciando o que ele relata.

Quanto aos objetivos para o Aconselhamento Psicológico e às formas através das quais busca-se alcançá-los, o referencial teórico e as características do próprio contexto de desenvolvimento do processo ajudarão a determiná-los. Na busca por compreender esses aspectos, podemos utilizar didaticamente algumas proposições de divisão do processo de aconselhamento em etapas. Patterson e Eisenberg (1988) dividiram o processo de aconselhamento em três fases: (1) Descoberta inicial; (2) Exploração em profundidade; e (3) Preparação para a ação. Na psicologia fenomenológico-existencial faz mais sentido nomear a fase de encerramento de (3) Des-fecho, conforme será discutido a seguir.

As etapas do processo de aconselhamento, contudo, não são rígidas, e seu desenvolvimento será influenciado pelas particularidades de cada dupla psicólogo-cliente. Por exemplo, pode-se pensar em dois clientes diferentes: um deles apresenta humor deprimido e problemas relacionados à autonomia e inatividade, podendo precisar que o psicólogo seja mais ativo; o outro mostra-se ativo desde o primeiro contato e tem clareza de sua demanda, conseguindo apresentá-la sem que o psicólogo precise investir em um direcionamento. Nesse exemplo, o desenrolar de cada uma das fases será influenciado pelas características supostas, conferindo a cada processo um desenvolvimento particular. De acordo com Patterson e Eisenberg (1988), depois das três etapas propostas, dá-se o término com ou sem encaminhamento.

Descoberta Inicial

Segundo van Deurzen (2002), a angústia existencial é o que motiva todo processo de intervenção psicológica. Por angústia existencial, refere-se a uma sensação de mal-estar em relação à vida, que pode ser mascarada pelo engajamento em atividades cotidianas sem reflexão, mas pode reaparecer a qualquer momento. Assim, a primeira fase do Aconselhamento Psicológico fenomenológico-existencial deve liberar a angústia encoberta, contribuir para que apareça mais claramente. Para isso, é preciso explorar a situação de vida atual do cliente, ampliando a investigação para além da queixa inicial apresentada. Esta, frequentemente, é o modo como o cliente conseguiu nomear, significar e explicar o mal-estar que está sentindo. Chega na forma de nomes de sintomas ou diagnósticos ou com explicações causais para o sofrimento. A exploração inicial situa esse sofrimento na vida do cliente, historicizando-o, relacionando-o com os outros com quem a existência acontece.

Para Patterson e Eisenberg (1988), a descoberta inicial corresponde à primeira etapa do processo de aconselhamento, que inclui o contato inicial entre psicólogo e cliente e o início do desenvolvimento da relação em que ocorrerá todo o processo. Sendo assim, é importante que a relação estabelecida tenha algumas qualidades. De início, é preciso que seja confiável e segura, a fim de contribuir para que o cliente traga o conteúdo que será relevante para o aconselhamento. O psicólogo deve, ainda, ajudar o cliente a apresentar a demanda e contextualizá-la.

Um dos objetivos dessa fase é justamente compreender a situação atual em que a pessoa atendida se encontra. Também, é preciso que seja estabelecida nesta etapa a perspectiva de que o aconselhamento é um espaço e tempo de trabalho tanto por parte do psicólogo como por parte do cliente (Costa et. al., 2022).

O psicólogo precisa lembrar que:

> Entrar em um relacionamento terapêutico é um desafio tão grande quanto entrar em qualquer relacionamento que se espera que seja significativo. Ao recorrer a um profissional, o cliente se expõe ainda mais ao solicitar ajuda para conduzir sua própria vida, admitindo assim uma falta de capacidade de administrar sozinho e entrando no relacionamento em uma posição de extrema vulnerabilidade. É provável que isso aumente consideravelmente seu estado de angústia (van Deurzen, 2002, p. 33).

Frente a isso, o psicólogo precisa estar sensível e compreensivo a essa situação, além de mostrar sua capacidade de acolher e lidar com ela. Faz isso explorando cuidadosamente a situação, dando retornos sobre as compreensões que vai formulando, indicando quando percebe que o cliente está ansioso e que podem seguir seu ritmo.

A apresentação do enquadre do processo também é importante na fase inicial. É quando se apresentam as questões relativas ao contrato, duração das sessões, do processo, faltas etc., dos objetivos do Aconselhamento Psicológico e do Escuta SUSP e de como serão buscados.

Podem surgir questões especialmente difíceis no que diz respeito ao estabelecimento do vínculo terapêutico entre psicólogo e profissional de segurança pública ou à confiabilidade no sigilo. Sendo assim, o psicólogo pode precisar se dedicar de maneira mais atenta e extensa a essa fase, tendo em vista que a etapa seguinte prescinde desta primeira. Por exemplo, se a queixa do cliente envolve seus superiores ou pares e não foi estabelecida uma relação de confiança e de segurança, a dupla não conseguirá se aprofundar na exploração da queixa, que é no que consiste a segunda etapa.

De maneira similar, se o profissional de segurança pública está apegado à ideia de que a procura por apoio psicológico é um sinal de fraqueza e o psicólogo não leva isso em consideração, pode ser que a exploração da queixa em profundidade não seja viável. Nessas situações, será importante cuidar de propiciar o surgimento de uma relação terapêutica antes de iniciar uma exploração mais detalhada do mundo do cliente. Zelando pelos atendimentos iniciais, contribuirá para a adesão do cliente ao AP e, caso necessário, ao demais serviços.

Dessa forma, é fundamental escutar atentamente e observar os sinais verbais e não verbais que o cliente transmite, precisando, para isso, estar verdadeiramente presente. Atente para a tonalidade afetiva dos atendimentos: como você se sente antes, durante e após as sessões com esta pessoa. Percebe-se ao longo do atendimento se e como a atmosfera vai mudando. Nesse sentido, também, é imprescindível manter uma postura acolhedora durante todo o processo.

Exploração em Profundidade

Na exploração em profundidade, uma vez estabelecida uma relação em que o cliente tem segurança para se expressar e tendo sido atribuída à relação

a noção de trabalho conjunto, serão objetivos do processo a clarificação dos problemas apresentados na etapa anterior, aprofundando-se a compreensão das necessidades e desejos do cliente, bem como o traçado de objetivos pessoais, reconhecendo-se a necessidade de mudança, o que pode ser realizado abarcando uma diversidade de domínios da vida.

Patterson e Eisenberg (1988, p. 31) destacam que essa fase pode ser difícil ou exaustiva na medida em que "o cliente deve enfrentar repetidamente a inadequação do seu comportamento habitual e começar a abandonar o familiar pelo não-familiar".

Para May (1982), nesta fase é necessário estabelecer uma boa relação terapêutica, na qual o cliente sinta que pode se abrir e confiar no terapeuta. É importante que se sinta apoiado, pois, ao explorar sua situação existencial, podem aparecer aspectos costumeiramente negados à compreensão, o que pode ser assustador. Como propõe Boss (1977), aproximar-se de facetas poucos conhecidas ou aceitas de si mesmo é adentrar o desconhecido. E tudo o que é desconhecido é sinistro, estranho e ameaçador. A existência pode temer sucumbir, perder controle de si ou de sua situação. Ou seja, precisa renunciar à proteção cotidiana, às explicações prontas e ao já conhecido. Exige, portanto, assumir mais autonomia em sua vida e a relação psicólogo-cliente pode oferecer o apoio necessário para isso.

Para convidar o cliente a explorar sua situação, o psicólogo precisa de descrições detalhadas das situações narradas. Não pode presumir nada; deve ser investigativo e curioso, pedir que conte quem e como são as pessoas com quem as vivencia. A ideia é que o cliente aproxime o psicólogo de sua vida para que possa ver, ouvir e sentir como ele. Tal estar-com atencioso pode ser uma experiência diferenciada na vida do cliente. Ao mesmo tempo, ao relatar seu vivido, o cliente pode se escutar e vivenciar de novo uma situação, o que possibilita que a acesse por outras perspectivas.

O entendimento da linguagem na fenomenologia existencial ajuda a compreender o sentido disto. Ao falar, a existência apresenta algo ao interlocutor sob uma perspectiva. Falando, retira da ocultação, desvela. Ao falar de algo, traz junto toda a situação na qual 'algo' ocorreu (Heidegger, 2012).

Assim, por exemplo, ao relatar detalhadamente que foi colocado numa escala ruim de trabalho, já traz junto, ainda que velado ao interlocutor, a relação com o responsável pelas escalas, sua história com ele e com os colegas de trabalho, suas expectativas (frustradas) para os próximos dias etc. Presente na situação também está, mas precisa ser posta em palavras,

os sentimentos advindos de receber a escala, como sentiu vontade de reagir, como efetivamente reagiu, como tem permanecido com a situação etc. Implícito também está como lida com a questão das escalas de trabalho no local em que o cliente trabalha, o que traz junto hierarquias, privilégios etc. Enfim, há muitos detalhes implícitos na vivência do cliente que precisam ser desvelados. Ao descrevê-los, está os colocando diante de si mesmo, acompanhado e apoiado pelo psicólogo, e pode perceber outros aspectos, sentimentos ou descobrir possibilidades de ação.

Nesse cuidado descritivo fenomenológico, o psicólogo se adentra mundos do cliente, compartilha sua experiência. Aprende seu idioma, o que May (1982) considera necessário para a criação de uma relação terapêutica. Aliás, ele sugere que a atitude profissional, formal, distancia o cliente.

> O ponto importante no aconselhamento é que o aconselhador deve ser um ser humano, antes de ser um orientador, um ministro ou qualquer coisa vocacional. E o tom de sua voz e todo o seu comportamento devem ser o de um ser humano, seu semelhante" (May, 1982, p. 110).

Nessa fase pode ocorrer o que May (1982) chama de "confissão": a colocação do que está realmente incomodando o cliente, o dizer de algo até então não claramente dito nem para si mesmo. Frequentemente, acontece com alta carga emocional. Além da catarse, que tem algum efeito terapêutico, a expressão daquilo que é costumeiramente não-dito, evitado, mas que permanece acossando cotidianamente, dá mais clareza para a situação atual que demandou o atendimento psicológico. Ou seja, é como se o cliente pudesse dizer algo como: "procurei ajuda, pois passei no concurso, mas descobri que não é isso que eu queria para minha vida"; ou "acreditava que este trabalho realizaria meu sonho de infância, mas é muito diferente (ou pior) do que eu imaginava"; ou "só me faltam alguns anos para aposentar e eu preciso aguentar até o final"; ou "sinto muito medo quando estou numa ocorrência na rua, mas não posso admitir para mim nem para ninguém". Portanto, trata-se de experiências que não cabem no cotidiano do profissional de segurança pública e que se manifestam como mal-estar generalizado ou como sintomas (ansiedade, insônia, desânimo, depressão).

É fundamental que o psicólogo seja acolhedor, no sentido de deixar aparecer o fenômeno. Não pode julgar o cliente, nem tentar corrigir seu comportamento e sentimento. Precisa receber com hospitalidade essa

experiência humana possível, contribuindo para que o cliente também possa apropriar-se dela como sua, para só então poder indagar-se como destiná-la.

Articula-se, assim, o sentido do Aconselhamento Psicológico definido por Spanoudis:

> Nos encontros para aconselhamento e orientação tentamos juntos clarear a totalidade dos significados e deixar compreensível como o outro se relaciona com tudo que encontra, como se comunica com o próximo, como está afinado (disposto) em relação a tudo que vivencia; enfim, procuramos juntos tornar clara a maneira como ele vive e compreende o sentido de tudo que encontra. Em outras palavras, a maneira como ele vive com os outros e compreende esse viver. Não cabe aqui o procedimento diretivo ou não diretivo, nem programação orientadora, nem avaliação de dados fornecidos, mas a tentativa humilde de juntos compreendermos os significados de como vivemos e clarearmos a maneira pela qual nos relacionamos e atuamos" (1997, p. 58)

O uso dos instrumentos de avaliação na fase de exploração

Os instrumentos de avaliação psicológica podem contribuir para a exploração, sobretudo se o psicólogo identificar que o cliente não consegue se expor com detalhes nos atendimentos. May (1982) indica que eles devem ser acessórios para a compreensão da existência do cliente; "devem ser vistos como secundários e suplementares à entrevista pessoal" (p. 126).

A anamnese é um instrumento que precisa ser preenchido no Serviço 1 do Escuta SUSP. Mas, ao invés de usá-lo como um roteiro de perguntas e respostas objetivas, utilize-o como tópicos de conversa. Considerando que a existência é histórica, a experiência atual tem relação com o vivido na infância e na adolescência. Ao perguntar, por exemplo, "Está ou esteve em tratamento psicológico?", o psicólogo aproveita ganha vislumbres de como foi e como se deu a relação terapêutica, como, onde e por que procurou, se foi efetiva etc. Poderá utilizar essas informações, transformadas agora em reflexões, para considerar o sentido do atual pedido de atendimento psicológico.

Ao indagar sobre a qualidade do sono, o psicólogo também pode explorar com quem dorme, que horas costuma ir dormir, o que faz antes de

dormir etc. Caso tenha dificuldade de pegar no nosso, o que fica fazendo ou pensando? Assim, ganha-se intimidade com o modo de habitar o cotidiano deste cliente. Ele também pode ir tecendo reflexões sobre seus hábitos e descobrindo novos sentidos. Pode, por exemplo, perceber que começou a beber com regularidade para ajudar a dormir e afastar lembranças de cenas de violência que testemunhou recentemente. Como é para este cliente descobrir-se vulnerável num mundo compartilhado que só deixa-ser a coragem? Outras perguntas sobre a identidade, valores e sentidos podem se desdobrar daqui, clareando o sentido do sofrimento psicológico e da procura pelo atendimento.

Esse modo de utiliza os instrumentos avaliativos tem sido desenvolvido por Fischer (1989), nos EUA, onde é chamado de psicodiagnóstico colaborativo, e, no Brasil, por Yehia (1996, 2009), chamado de psicodiagnóstico compreensivo-interventivo. Segundo Fischer (1989),

> O avaliador não lê as pontuações [dos testes] como declarações literais ou determinantes sobre a pessoa, nem descarta as pontuações como equivocadas, mas, em vez disso, o avaliador pergunta às pontuações como elas podem lançar luz sobre o desempenho do aluno em sala de aula - como elas indicam o mesmo fenômeno de maneira diferente (p. 165, tradução nossa).

Esse modo de utilizar instrumentos avaliativos contribui para a autocompreensão do cliente, contribuindo para a consideração de outros de lida em sua vida.

Des-fecho

A fase de enceramento do processo de Aconselhamento Psicológico é pensada como um “des-fecho”. Segundo Pompeia & Sapienza (2013, p. 39), “Como experiência humana, o desfecho é sempre fecho e des-fecho, sempre encerra e propõe, tira alguma coisa e coloca outra no lugar. E esta nova coisa é um jeito de ser diferente do anterior”. Isto é, a proposta do Aconselhamento Psicológico não é chegar a um resultado final, mas ter contribuído para uma melhor compreensão da situação vivenciada, propiciando novas possibilidades de enfrentamento. O fim do processo é também o início de viver sua vida compreendendo-a de um jeito novo.

É possível que nesse momento de des-fecho, o cliente tenha traçado um plano de ação baseado nos atendimentos. Outro desdobramento possível é o encaminhamento para o serviço de psicoterapia. Ou pode ser que seja o encerramento da ajuda psicológica neste momento de vida da pessoa.

A preparação para o des-fecho envolve o anúncio prévio de que acontecerá. No início do processo foi acordado que ele compreenderia um número finito de sessões. Tendo conquistado um esclarecimento da situação de sofrimento atual, é hora de preparar esse encerramento. Para isso, o psicólogo deve propor este assunto duas ou três sessões antes, a fim de acordar com o cliente quando será a última.

Nas sessões entre esse acordo e a última, é importante fazer uma retomada do processo. Para isso, revisitam-se as descobertas que foram feitas, sempre cuidando para seguir a compreensão do cliente. Ademais, enfatiza-se os empenhos dele para encontrar a nova perspectiva. Isto é, a responsabilidade pelas transformações advindas do Aconselhamento Psicológico é do cliente. O psicólogo-conselheiro foi ocasião de um encontro do cliente consigo mesmo; apoio e sombra para ele preparar o seguimento de sua jornada de vida.

Se for feito um encaminhamento para a psicoterapia, é importante preparar o cliente para o início desse processo. Isso envolve desmistificar receios que possa ter, oferecer alguns esclarecimentos de como funciona a psicoterapia e tranquilizá-lo quanto a iniciar o processo com outra pessoa. Não raro, os clientes são refratários ao encaminhamento por ter que começar de novo ou "contar tudo de novo". O começo no novo processo psicológico é um novo momento de vida, e isso pode ser dialogado com o cliente neste momento de despedida.

Caso surja uma nova questão na fase final do processo, recomenda-se que o psicólogo avalie a dimensão, a complexidade e o impacto da demanda, bem como as necessidades do cliente e o tempo que ambos ainda têm disponível. Isso deve ser feito tendo em mente a limitação de sessões que podem ser utilizadas nesse serviço e, principalmente, atentando-se para o que é o serviço de Aconselhamento Psicológico e para suas principais características, como abordadas nesta seção. Nesse sentido, a conduta irá variar muito a depender do caso. Sendo assim, o primeiro passo será uma avaliação acurada, pois apenas a partir da compreensão é que você poderá tomar uma decisão assertiva.

Cumpre destacar a flexibilidade das etapas propostas, assim como do quantitativo de sessões de aconselhamento que foi anteriormente sugerido.

Pode ser que sessões de aconselhamento adicionais, para além daquelas previstas, possam ser suficientes para auxiliar o cliente no processo de solução da demanda trazida, sem que o encaminhamento para a psicoterapia seja necessário em tais casos. Faz-se importante relembrar que a psicoterapia é indicada para casos de sofrimento mais intenso, para quadros clínicos mais crônicos e de mais difícil solução. Os critérios de encaminhamento para outros serviços do Escuta SUSP estão estabelecidos nos manuais.

Entretanto, pode ser que surja um pedido de seguir em acompanhamento psicológico (psicoterapia) após o encerramento do processo de Aconselhamento Psicológico, sem que o sofrimento psicológico apresentado pelo cliente cumpra os requisitos para encaminhamento. Nesse caso, explora-se com o cliente possibilidades de ele buscar atendimento em sua cidade ou on-line. A responsabilidade por esta decisão precisa ser do cliente, de modo que ele a efetue no momento que lhe for propício.

5. DES-FECHO E DESLIGAMENTO DO ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO

Este protocolo detalhou até agora o processo do Aconselhamento Psicológico na perspectiva fenomenológico-existencial. Esta seção visa explicar a condução do desligamento do cliente deste serviço.

O desligamento está previsto de duas formas: (1) pelo encaminhamento a outro serviço ou (2) pelo término do processo de Aconselhamento Psicológico. Cada uma dessas situações tem características que diferem e, portanto, deve-se utilizar posturas e estratégias de condução compatíveis, que serão detalhadas a seguir.

Existe, dentre as diferentes abordagens teórico-práticas, certa concordância de que a relação entre psicólogo e cliente é um elemento importante da experiência terapêutica (Gelso & An, 2024). Tendo isso em vista, e de acordo com o que foi abordado anteriormente, é fundamental que o psicólogo tenha se dedicado à construção de uma relação acolhedora, segura, de acolhimento e hospedagem. De maneira semelhante, é necessário ser cuidadoso e intencional ao finalizar a relação construída.

Desligamento do Serviço 1 seguido de encaminhamento para outro serviço

Existem especificidades nas vivências pessoais dos profissionais de segurança pública que podem afetar direta ou indiretamente na procura por, no aproveitamento e no engajamento em serviços de saúde mental como o aqui proposto. Assim, a atenção a essas experiências próprias dos PSP é algo que deve se fazer presente no processo de desligamento.

Pode ter sido difícil para o cliente admitir a necessidade de apoio psicológico e ter procurado o serviço. Por isso, é importante que o psicólogo reforce e validade esse comportamento e ajude o cliente a reconhecer e atribuir a si mesmo o mérito por ter tomado uma decisão como esta. Além disso, é importante contribuir para que ele perceba como se sentiu nas

sessões e ao tomar essa decisão, a avaliar se conseguiu confiar no psicólogo e na garantia de sigilo e a elaborar o que pensa sobre o início do processo.

De maneira semelhante, pode ser difícil para o cliente dar continuidade à sua decisão, uma vez que o encaminhamento se mostra como mais uma etapa a ser percorrida. Cabe ao psicólogo-conselheiro atuar no sentido de facilitar o engajamento no próximo serviço. Acerca disso, deve-se explorar e buscar reconhecer como ele se sente em relação ao encaminhamento e ao novo início proposto. Contribui para a adesão ao próximo serviço que o cliente tenha clareza dos motivos individuais pelos quais recorrer a serviços de saúde mental é importante para si mesmo. Para isso, o psicólogo deve convidar o cliente a formular a própria compreensão sobre esses motivos e a fortalecer suas ações no sentido de sustentar esse processo. Faz-se isso propiciando a exploração e aceitação dos sentimentos, como insegurança e medo, em detrimento desses motivos pessoais e a reduzir das resistências ao passo proposto.

Caso o cliente se mostre resistente ao início de um novo processo no próximo serviço e/ou apegado ao psicólogo atual, a retomada da história do processo de aconselhamento psicológico – principalmente da fase inicial, na qual a relação ainda estava por ser construída – pode ser um recurso interessante. Propiciará que o cliente relembre que a relação foi construída, que a confiança foi se estabelecendo paulatinamente, e que esses mesmos elementos poderão se fazer presentes com o próximo profissional.

Alta do Serviço 1

Para os casos em que o cliente realizou o processo de aconselhamento psicológico e irá receber alta, o objetivo principal é possibilitar a manutenção dos benefícios que foram viabilizados pelo acompanhamento.

O des-fecho do processo é um novo momento na vida do cliente. A fim de que ele carregue consigo o processo transformador que viveu e reconheça em si mesmo o potencial de cuidar-se e de buscar ajuda profissional quando necessário, a retomada da história do processo de Aconselhamento Psicológico é uma intervenção interessante. Por meio dela o cliente pode recordar como se sentia quando buscou o atendimento, que perspectivas tinha diante de si, quais desvelamentos e compreensões aconteceram ao longo do processo. É importante realçar a capacidade de se confrontar consigo mesmo do cliente e considerar sua situação no momento de despedida e como vislumbra

seu futuro próximo e distante. O crédito pelos ganhos percebidos precisa ser do cliente. O psicólogo foi espaço-tempo propício para esse confronto transformador consigo mesmo.

É importante destacar também que se trata de um des-fecho, isto é, fim de um ciclo e início de outro, e que a alta do processo não significa que adversidades cessarão em absoluto ou que experiências desagradáveis inerentes à vida poderão ser evitadas deliberadamente. Nesse sentido, o psicólogo pode ajudar o cliente a perceber isso e a identificar quais situações se configuram dentro da normalidade e quais situações exigem atenção profissional.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O termo Aconselhamento Psicológico pode levar a mal-entendidos. Afinal, a raiz dessa palavra pode levar ao entendimento de que esta intervenção psicológica fornecerá conselhos para mitigar as situações de sofrimento psicológico e/ou melhorar a saúde mental de quem procura o serviço. Mas conselho também significa uma reunião de pessoas (Schmidt, 2009), e é neste sentido que o termo é utilizado quando se refere ao Aconselhamento Psicológico, de tal modo que o que é propiciado no processo é o encontro – um espaço-tempo – a propício para o autocuidado buscado pelo profissional de segurança pública que procura o serviço.

Busca-se, nesse processo que não tem um número fixo previamente definido de sessões, aproximar o cliente de sua situação, isto é, do que está vivendo e como o compreende. O vivido pode, inicialmente, aparecer como sintomas considerados psicológicos, como ansiedade, estresse, depressão, mas eles indicam modos de responder a situações, com maior ou menor grau de liberdade e consciência.

Por isso, no Aconselhamento Psicológico, explora-se a situação vivida pelo cliente com o objetivo de desvelar o que está implícito e, inicialmente, inacessível. Esse desvelamento exige que o profissional de segurança pública – o cliente nesta relação – sinta-se acolhido em um contexto confiável para que possa se colocar em questão.

Cabe ao psicólogo zelar pela construção da relação, buscando compreender o vivido pelo cliente tal como ele o interpreta. Não pode tirar conclusões precipitadas, fazer inferências ou indicar caminhos de enfrentamento que não tenham brotado dos próprios encontros. Esse é o sentido do método fenomenológico que fundamenta teórica e filosoficamente este modo de realizar aconselhamento psicológico. Para além do respeito a esses preceitos teóricos, o que se dá no encontro é uma atitude de respeito que zela pela autonomia do cliente e propicia o resgate de sua agência e autoria de si mesmo.

Ainda que não seja possível delimitar claramente as fases do processo, o Aconselhamento Psicológico fenomenológico-existencial inicia-se com a descoberta inicial do sentido da procura. Neste momento, explora-se o que o cliente está vivendo e que compreensões tem sobre o que passa consigo. Tenta-se ampliar a história deste vivido, reconstruindo aspectos da história de vida que de algum modo podem estar relacionados com a situação atual.

O convite cuidadoso e respeitoso feito pelo psicólogo de adentrar na história vivida opera a passagem para a fase da exploração em profundidade. É nesta fase que o cliente pode se sentir abrigado, próximo, hospedado pelo psicólogo, que aparece na relação como um interlocutor privilegiado, um parceiro, neste 'conselho'. Fazendo perguntas e comentários que brotam do vivido pelo cliente e a ele retornam, contribui para a autoexploração que é capaz de iluminar aspectos do vivido que antes estavam ocultos.

Esse processo de descobrir outros ângulos é transformador para o cliente. Ainda que seja o sentido desta intervenção psicológica, não é possível formular previamente o que e como deve ser descoberto. Isto é, o psicólogo, qual companheiro de viagem, vai descobrindo junto ao cliente os atravessamentos históricos e situacionais de sua vivência e de seu sofrimento psicológico. E esse movimento de desvelamento contribui para que o sofrimento que disparou a procura pelo serviço se modifique. Mais do que o desvelamento, a relação cuidadosa propiciada pelo psicólogo convida outros modos de habitar a própria vida.

À medida que o sofrimento inicial ganha novos contornos e significados, seja diminuindo, seja sendo eliminado, caminha-se para o des-fecho do processo. Des-fechar significa fechar e abrir; encerra-se um momento e inaugura-se outro. Mas mais do que uma melhor compreensão de si mesmo, o que o Aconselhamento Psicológico propicia é o resgate de agência, de autonomia e da capacidade de autocuidado. No processo, o cliente pode ir descobrindo outros modos de enfrentar a situação de sofrimento e nela colocar-se. Pode descobrir outros serviços especializados que contribuirão para sua saúde e os meios de buscá-los.

A capacidade de autocuidado, que é uma condição humana básica, ontológica, mas que pode se ocultar em momentos de autocuidado, é o que o Aconselhamento Psicológico fenomenológico-existencial busca. Resgata-se, com ela, a liberdade para direcionar-se a outros futuros mais afins a quem a pessoa é e/ou almeja ser. Quando esse movimento se anuncia, está na hora de preparar o encerramento (des-fecho) do processo. Assim, o Escuta SUSP permanece na história do profissional de segurança pública como um porto seguro ao qual pode recorrer futuramente, se sentir necessidade novamente, e a intervenção psicológica como um momento em que duas pessoas se encontraram e conseguiram, pelo diálogo, recuperar a capacidade de enfrentar as dificuldades inerentes ao trabalho e à vida.

7. REFERÊNCIAS

Abello, C., Pacheco, M., & Sanhueza, G. E. (2023). Prison officers in Latin America: quality of life, working conditions and main difficulties. *Revista espanola de sanidad penitenciaria, 25*(1), 20–29. https://doi.org/10.18176/resp.00063

Acolher. *Dicionário on-line Priberam*, 06 mar. 2025. Disponível em www.dicionario.priberam.org/

Afonso, N., Galvão, A., Pinheiro, M., & Gomes, M. J. (2019). Felicidade, ansiedade, depressão e stress em bombeiros portugueses. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. https://doi.org/10.19131/rpesm.0245

Almeida, F. M. (2005). Ser clínico como educador: uma leitura fenomenológica existencial de algumas temáticas na prática de profissionais de saúde e educação. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo https://doi.org/10.11606/T.47.2005.tde-08082007-180214

American Psychiatric Association [APA]. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V-TR* (5ª ed). Artmed.

Araújo F. M., Nascimento V. M. S., Soares N. M. M., Oliveira D. P. M., Santos, C. K A. dos, Freitas A. V., de Araujo R. H. de O., & Silva, R. J. dos S. (2020). Nível de atividade física, percepção de qualidade de vida e saúde mental em policiais militares. *Motricidade, 16*, 113-123. http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.22332

Barletta, J. B., Paixão, A. L. R., Feitosa, E. P. S., Oliveira, K. S., Santos, L. A. (2012). O prontuário psicológico como recurso para pesquisa e atuação: repensando a formação da competência profissional. *Revista Psicologia e Saúde, 4*(2), 135-142. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200006&lng=pt&tlng=.

Barreto, C. L. B. T. (2006). *Ação clínica e os pressupostos fenomenológicos existenciais*. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Barreto, C. L. B. T.; Leite, D. F. C. C.; Silva, E. F. G. (2015). A Ação Clínica e a Era da Técnica Moderna: Uma Compreensão Fenomenológica Existencial da Prática Psicológica. *Perspectivas Em Psicologia*, *19*(1). Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/30361

Benzoni, P.E. (2023). *Controle do estresse em 8 encontros: guia para profissionais com protocolo cognitivo para aplicação*. Sinopsys.

Binswanger, L. (1958) The case of Ellen West. In: Angel, E.; Ellenberger, H.; May, R. (Orgs.). *Existence: A New Dimension in Psychiatry and Psychology* (pp. 237 - 364). Basic Books, Inc., Publishers.

Boss, M. (1977) Angústia*, culpa e libertação: ensaios de psicanálise existencial* (2ª ed.) Duas Cidades.

Brasil. (1962). Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=4119&ano=1962&ato=72eEzY61kMVRVT56e

Brasil. (2009). Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009. Institui a estruturação do Plano de Carreiras e Cargos de Reforma Agrária, e dá outras providências. Brasília, Brasil. Diário Oficial da União, seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde (2013) *HumanizaSUS - Política nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília;

Brasil. (2019). Emenda Constitucional nº 104, de 4 de dezembro de 2019. Altera o inciso XIV do caput do art. 21, o § 4º do art. 32 e o art. 144 da Constituição Federal, para criar as polícias penais federal, estaduais e distrital. Brasília, Brasil. Diário Oficial da União, seção 1.

Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria de Segurança Pública. (2022). Saúde na Segurança Pública: Indicadores e Diretrizes para Intervenções no Âmbito do Programa Nacional de Qualidade de

Vida para Profissionais da Segurança Pública - Pró Vida. Brasília, Brasil. Recuperado de https://bibliotecadigital.mj.gov.br/bitstream/1/7366/3/sa%c3%bade%20na%20seguran%c3%a7a%20p%c3%bablica.pdf

Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). (n.d.). Servidores. Brasília, Brasil. Recuperado de https://www.gov.br/senappen/pt-br/acesso-a-informacao/servidores

Brasil. Projeto Valoriza: Saúde em Foco. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), & Coordenação Nacional de Saúde da Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). (2023). Cenários da saúde física e mental dos servidores do sistema penitenciário brasileiro. Brasília, Brasil. Recuperado de https://www.gov.br/senappen/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas-para-servidores-da-execucao-penal/saude/cenarios-da-saude-fisica-e-mental/relatorio_etapa_quantitativa_07-06-24-atualizado.pdf

Buber, M. (2001). *Eu e tu* (8a. ed.). Centauro.

Carvalho, M.R., Malagris, L.E.N., & Rangé, B.P. (2019). *Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental.* Sinopsys.

Claus, Waldemar. (2015). El trabajo penitenciario como 'trabajo sucio': Justificaciones y normas ocupacionales. *Delito y sociedad, 24*(40), 115-138. Recuperado de: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2468-99632015000200006

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2005). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, Brasil. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf

Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2009). Resolução CFP n° 001/2009, de 30 de março de 2009. (2009). Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Brasília, Brasil. Recuperado de: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf

Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP-DF). (2020). Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação. Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF. Brasília, Brasil.

Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Título V – Da Defesa do Estado e das Instituições Democráticas. Capítulo III – Da Segurança Pública. Recuperado de https://portal.stf.jus.br/constituicao-supremo/artigo.asp?abrirBase=CF&abrirArtigo=144

Ceitlin, L. H. F., Cordioli, A. V. (2008) O início da psicoterapia. In: Cordioli, A. V. (2008). *Psicoterapias: Abordagens Atuais* (3ª ed., pp. 125-137). Porto Alegre: Artmed.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*, 614–625. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614

Costa, G. G., Simião, A.R. M., & Cruz, L. et al. (2022). *Técnica de entrevista e aconselhamento psicológico*. Grupo A.

Critelli, D. M. (1996). *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. EDUC / Brasiliense.

Critelli, D. M. (2012). *História Pessoal e Sentido da Vida – Historiobiografia*. EDUC.

Cury, V. (2012) Plantão psicológico em Clínica-Escola. In: Mahfoud, M. (Org.) *Plantão Psicológico: Novos Horizontes*. Companhia Ilimitada.

Deurzen, E. (2002) *Existential Counselling & Psychotherapy in Practice*. (2a ed.). SAGE Publications.

Evangelista, P. E. R. A. (2016a). Algumas reflexões acerca da psicoterapia daseinsanalítica com pacientes psiquiátricos. *Psicologia Revista, 25*(1), 59–75. Recuperado de https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/29611

Evangelista, P. E. R. A. (2016b). Temporalidade kairológica do Dasein e Plantão Psicológico In: Evangelista, P, Morato, H. T. P., Milanesi, P. V. (Orgs.). *Fenomenologia existencial e prática em psicologia: Alguns estudos* (p. 147 - 158). Via Verita.

Fernandes, R.C.P., Neto, A.M.S., Sena, G.M., Leal, A.S.,Carneiro, C.A.P., & Costa, F.P.M.d. (2002). Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. *Cad. Saúde Pública, 18*(3):807-816.

Fischer, C. (1989) Personality and assessment. In: Valle, R. S., Halling, S. (Eds.) *Existential-phenomenological perspectives in psychology: Exploring the breadth of human experience: with a special section on transpersonal psychology* (p. 157-178). Plenum Press.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública [FBSP] (2024). Raio-x das forças de segurança pública do Brasil. São Paulo. Recuperado de https://publicacoes.forumseguranca.org.br/server/api/core/bitstreams/5832a9eb-7eb6-4648-b4c0-1b91f0ab2ab4/content.

França, F. G. (2016). Hierarquia da invisibilidade: preconceito e homofobia na formação policial militar. *Revista Brasileira de Segurança Pública, 10*(2), 154-170. Disponível em: https://revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/700/244

Freitas, A. F., Remus, J. B., Luz, W. L., Lopes, F. M. (2022). Guia de preparação para alta em psicoterapia: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. 18(2), 195–204. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872022000200195

Furigo, R. C. P. (2006). Plantão Psicológico: Uma Contribuição da Clíinca Junguiana para a Atenção Psicológica na área da Saúde. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Gelso, C. J., & An, M. (2024). Fundamentos transteóricos: as três faces da relação terapêutica In Kristensen, A. D., Kristensen, C. H. (Orgs.) A relação terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais: prática clínica e aspectos transteóricos (pp. 14-26). Artmed.

Gomes, A. R., & Afonso, J. D. (2016). Occupational Stress and Coping among Portuguese Military Police Officers. *Avances en Psicología Latinoamericana, 34*(1), 47-65. http://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.04

Heidegger, M. (2007) A questão da técnica. scientiæ studia, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 375-98, 2007. Trad. Werle, M. A. http://www.scientiaestudia.org.br/revista/PDF/05_03_05.pdf

Heidegger, M. (2012). *Ser e Tempo* (F. Castilho, Trad.). Campinas, SP; Editora da Unicamp; Petrópolis, RJ: Vozes.

Hughes, E. (1958). *Men and Their Work*. Free Press.

Kahlmeyer-Mertens, R. S.; Santos, G. A. (2020). *Befindlichkeit* e *Stimmung*, das tonalidades afetivas na analítica existencial de Heidegger. *Ekstasis: Revista de Hermenêutica e Fenomenologia*, *9*(1), 179–194. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/Ekstasis/article/view/49403/34093

Längle, A. (2003). Burnout: Existential Meaning and Possibilities of Prevention. *European Psychotherapy*, *4*(1), 107-121. Disponível em: https://laengle.info/userfile/doc/Burnout---EP-03.pdf

Leahy, R.L., Tirch, D., & Napolitano, L.A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo- comportamental.* Artmed.

Leal, I. (2010). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio* (2ª ed). Placebo. Lima, A.I.O., Dimenstein, M., Figueiró, R., Leite, J., & Dantas, C. (2019). Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Uso de Álcool e Drogas entre Agentes Penitenciários. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 35, e3555. https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3555

Lima, D. F., Ribeiro, M. S. S. (2018). Plantão psicológico e Acontescência do cuidado: problematizando um não-lugar. *Estudos contemporâneos da Subjetividade,* 8(2). Disponível em: http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2845/1568

Lipp, M.E.N., Nunes, V.O., & Costa, K.N. (2019). Burnout em policiais militares. In A. V. Carvalho (Org.). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Síndrome de Burnout: Contextualização e Intervenções (*pp. 330-450). Sinopsys.

Leme, M.I.S. (2004). Resolução de Conflitos Interpessoais: Interações entre Cognição e Afetividade na Cultura. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 17*(3), 367-380.

Mahfoud, M. (1987). A vivência de um desafio: plantão psicológico. In: Rosenberg. R. L. (Org.). *Aconselhamento Psicologico Centrado Na Pessoa*. E.P.U.

Marinho, M. T., Souza, M. B. C. A., Santos, M. M. A., Cruz, M. A. de A., & Barroso, B. I. L. (2018). Fatores geradores de estresse em policiais militares: revisão sistemática. *Revista Família, Ciclos De Vida e Saúde no Contexto Social, 6*, 637–648. https://doi.org/10.18554/refacs.v6i0.3132

Maslach, C. (1993). Burnout: a multidimensional perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach e T. Marek (Orgs.), *Professional Burnout: Recent Developments in Teory and Research* (pp. 19-32). Taylor & Francis. https://doi.org/10.4324/9781315227979

Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.

May, R. (1982). *A Arte do Aconselhamento Psicológico* (4ª ed.). Vozes.

Messas, G. P. (2015). A existência fusional e o abuso de crack. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea, 4*(1), 124-140. https://doi.org/10.37067/rpfc.v4i1.1004

Minayo, M. C. S., Assis, S. G. de, & Oliveira, R. V. C. de. (2011). Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva, 16*(4):2199-2209. https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400019

Morato, H. T. P. (2015). *Por entre plantão psicológico e ação cartográfica clínica pelos "Caminhos de Floresta"*. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

Morato, H. T. P. (2022). Plantão Psicológico em uma Compreensão Fenomenológica Existencial. In: Melo, F. F., Alvarenga, G. (Orgs.). Psicologia Fenomenológica e Existencial: Fundamentos Filosóficos e Campos de Atuação (pp. 210-239). Manole.

Monteiro, J. K., Abs, D., Labres, I. D., Maus, D., Pioner, T. (2013). Bombeiros: psicopatologia e condições de trabalho. *Estudos de Psicologia (Campinas), 30*, (3). Recuperado de https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/view/8670.

Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos De Psicologia (campinas)*, *27*(4), 537–544. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011

Morin, E. (2000) *Os sete saberes necessários à educação do futuro* (2ª ed.). Cortez/UNESCO.

Oliveira, D.L.G. (2018). A contribuição da terapia cognitivo- comportamental no tratamento do estresse [Monografia, Faculdade Frassinetti do Recife, Recife].

Papalia, D.E., & Feldman, R.D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12ª ed). AMGH.

Patterson, L., & Eisenberg, S. (1988). *O processo de aconselhamento* (1ª ed.). Martins Fontes.

Pompeia, J. A.; Sapeinza, B. T. (2011). *Os dois nascimentos do homem: Escritos sobre terapia e educação na era da técnica.* Via Verita.

Pompeia, J. A.; Sapeinza, B. T. (2013). *Na Presença do Sentido: Uma aproximação fenomenológica a questões existenciais básicas* (2ª ed.). EDUC.

Rogers, C. (1973). *Psicoterapia e consulta psicológica*. Martins Fontes.

Rogers, C. (1983). *Um Jeito de Ser*. EPU.

Rogers, C. (1992). *Terapia Centrada no Cliente*. Martins Fontes.

Santos, F. B., Lourenção, L. G., Vieira, E., Neto, F. R. G. X., Oliveira, A. M. N., Oliveira, J. F., Borges, M. A., & Arroyo, T. R. (2021). Estresse ocupacional e engajamento no trabalho entre policiais militares. *Ciência & Saúde Coletiva, 26*(12). https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14782021

Scorsolini-Comin, F. (2014). Aconselhamento psicológico e psicoterapia: aproximações e distanciamentos. *Contextos Clínicos*, *7*(1), 02-14. https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2014.71.01

Scorsolini-Comin, F. (2015) Plantão psicológico e o cuidado na urgência: panorama de pesquisas e intervenções. *Psico-USF*, *20*(1), 163-173. https://doi.org/10.1590/1413-82712015200115

Scheefer, R. (1977). *Aconselhamento Psicológico* (6ª ed.). Atlas.

Schmidt, M. L. S. (1999). Aconselhamento Psicológico e Instituição: algumas considerações sobre o Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP. In: Morato, H. T. P. (Org.) *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa: novos desafios*. SP: Casa do Psicólogo.

Schmidt, M. L. S. (2004). Plantão psicológico, universidade pública e política de saúde mental. *Estudos De Psicologia (campinas)*, *21*(3), 173–192. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2004000300003

Schmidt, M. L. S. (2009). O nome, a taxonomia e o campo do Aconselhamento Psicológico. In: Morato, H. T. P.; Barreto, C. L. B. T.; Nunes, A. P. (Orgs.) *Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial* (p. 1-21). Guanabara-Koogan.

Schutz, D. M; Oliveira, D. S. (2020). Prontuário eletrônico: uma revisão histórica interdisciplinar. *Revista Universo Psi, 1*(2), p. 17-32, Disponível em: https://seer.faccat.br/index.php/psi/article/view/1292

Sousa, R. C., Barroso, S. M., & Ribeiro, A. C. S. (2022). Aspectos de saúde mental investigados em policiais: uma revisão integrativa. *Saúde Soc.*, *31*(2), https://doi.org/10.1590/S0104-12902022201008pt

Souza, E. R., Minayo, M. C. S., Silva, J. G., Pires, T. O. (2012). Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, *28*(7), 1297–1311. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700008

Spanoudis, S. (1997) A Tarefa do Aconselhamento e Orientação a partir da Daseinsanalyse. Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse, nos. 1, 2 e 4.

Stanley, I. H., Hom, M. A., Spencer-Thomas, S., & Joiner, T. E. (2017). Examining anxiety sensitivity as a mediator of the association between PTSD symptoms and suicide risk among women firefighters. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 94-102. http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.janxdis.2017.06.003

Tamayo, M.R. (2002). *Burnou: Relações com a afetividade negativa, o* coping *no trabalho e a percepção de suporte organizacional.* [Tese de Mestrado, Universidade de Brasília - UNB]. Repositório UNB. Recuperado de https://repositorio.unb.br/handle/10482/11449

Vasconcellos-Silva, P. R., Castiel L. D. (2009). As novas tecnologias de autocuidado e os riscos do autodiagnóstico pela Internet. *Rev Panam Salud Publica. 26*(2):172–5. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n2/172-175/pt

Vasconcelos, A. G., Lima, E. de P., Teoh, K., Nascimento, E. do, & MacLennan, S., Cox, T. (2021). Work-related factors in the etiology of symptoms of post-traumatic stress among first responders: the *Brazilian Firefighters Longitudinal Health Study* (FLoHS). *Cad. Saúde Pública. 37*(9). https://doi.org/10.1590/0102-311X00135920.

Wester, S. R., Arndt, D., Arndt, L., & Sedivy, S. K. (2010). Male Police Officers and Stigma Associated with Counseling: The Role of Anticipated Risks, Anticipated Benefits and Gender Role Conflict. *Psychology of Men & Masculinity, 11*(4), 286–302. https://doi.org/10.1037/a0019108

World Health Organization [WHO]. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). Retirado de https://icd.who.int/

Yehia, G. (1996). Reformulação do papel do psicólogo no psicodiagnóstico fenomenológico-existencial e sua repercussão sobre os pais. In: Ancona-Lopez, M. (Org.). *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. Cortez.

Yehia, G. H. (2009). Entre psicodiagnóstico e aconselhamento psicológico. In: Morato, H. T. P., Barreto, C., Nunes, A. (Orgs.). *Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial: uma introdução*. Guanabara Koogan.



PRÓ-VIDA
SEGURANÇA PÚBLICA

ESCUTA SUSP

UFRN
UFS
UFMG
SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO