Caderno Técnico

3

ESCUTA SUSP

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO

Atenção Psicoterapêutica

Serviço II

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

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO - Escuta Susp

Organização dos

Cadernos Técnicos

Volume 3 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 3

Atenção Psicológica (Serviço II)

Protocolo 6	**Serviço II – Psicoterapia on-line para os Profissionais de Segurança Pública**

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 psicoterapêutica (serviço II) / organização: Janaína Marcondes de Moura. -- Brasília : Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2026.
232 p. – (Caderno técnico ; 3)

Conteúdo: Protocolo 6: Serviço II- psicoterapia on-line para os profissionais de segurança pública / docente Katie Moraes de Almondes.

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 978-85-5506-138-7
ISBN físico 978-85-5506-134-9

1. Profissional de segurança pública, aspectos da saúde, Brasil - 2. Saúde mental, Brasil - 3. Psicoterapia on-line I. Almondes, Katie Moraes. II. Brasil. Secretaria Nacional de Segurança Pública. III. 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 3

Atenção Psicoterapêutica (Serviço II)

Este caderno trata do Serviço II do Escuta SUSP, destinado ao acompanhamento psicoterapêutico estruturado de Profissionais de Segurança Pública que demandam intervenções clínicas continuadas.

A atenção psicoterapêutica busca promover a elaboração de conteúdos emocionais, o fortalecimento de recursos psíquicos e a melhoria da qualidade de vida, por meio de práticas baseadas em evidências e alinhadas às especificidades do contexto do trabalho em segurança pública.

O protocolo apresentado orienta a condução técnica da psicoterapia on-line, observando critérios clínicos, limites terapêuticos, ética profissional, continuidade assistencial e articulação com os demais serviços da rede de cuidado.

Este nível de atenção representa uma dimensão essencial da política de valorização e proteção integral do profissional, contribuindo para a manutenção da saúde mental e para o fortalecimento institucional das corporações de segurança pública.

Caderno Técnico 3

ESCUTA SUSP
PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO

PROTOCOLO 6

Caderno Técnico 3

Serviço II

Psicoterapia on-line para os Profissionais de Segurança Pública

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO 6

Coordenação geral do projeto
Prof. Dr. Maycoln L. Martins Teodoro (UFMG)

Docente
Profa. Dra. Katie Moraes de Almondes (UFRN)

Discentes
Brena Thaísa Queiroz de Melo (UFRN)
Isaak Felipe de Araújo Sales (UFRN)
Mateus Guimarães Nobre Frisch (UFRN)
Patrícia de Cássia Carvalho Campos (UFMG)

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

ARCO	Modelo de intervenção focado em Antecedentes, Respostas e Consequências.
BH	Belo Horizonte
CAPS	Centro de atenção psicossocial
DSUSP	Diretoria do Sistema Único de Segurança Pública
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSPDS	Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social.
PRÓ-VIDA	Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública.
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFS	Universidade Federal de Sergipe.
UNB	Universidade de Brasília.
WHO	World Health Organization/ Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 13

2. INTRODUÇÃO 14

3. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 17

4. ESCUTA SUSP: PILARES DA INTERVENÇÃO 24

5. PROCESSO TERAPÊUTICO DE BASE COGNITIVO COMPORTAMENTAL 26

6. HABILIDADES E COMPETÊNCIAS TERAPÊUTICAS 30
   Material Complementar 35

7. PASSO A PASSO DA INTERVENÇÃO 36

8. MÓDULO I: VÍNCULO TERAPÊUTICO E CONSTRUÇÃO DA DEMANDA 38
   Material Complementar 43

9. MÓDULO II: DESVENDANDO HABILIDADES SOCIOEMOCIONAIS 44
   Material Complementar 50

10. MÓDULO III: VISÃO DE SI, DO OUTRO E DO MUNDO 51
    Material Complementar 59

11. MÓDULO IV: CONVIVENDO COM O ESTRESSE 60
    Material Complementar 66

12. MÓDULO V: PREVENÇÃO DE RECAÍDA E ENCERRAMENTO 67
    Material Complementar 74

13. MÓDULO: USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS 75
    Material Complementar 86

14. MÓDULO: IDEAÇÃO SUICIDA 87
    Material Complementar 97

15. MÓDULO: CRISES DE ANSIEDADE E EPISÓDIOS DEPRESSIVOS.....98
Material Complementar.....106

16. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....108

17. REFERÊNCIAS.....109

ANEXO 1: Modelo ARCo.....113
ANEXO 2: Registro de pensamentos disfuncionais.....114
ANEXO 3: Registro de pensamentos disfuncionais.....115
ANEXO 4: Registro de pensamentos disfuncionais.....116

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

No imaginário social, as organizações de segurança pública carregam consigo o "mito do herói": guardiãs da paz e da justiça social. Desse modo, é esperado que os profissionais dessas organizações alcancem resultados efetivos e bem-sucedidos em cada operação, investigação, ocorrência ou resgate, sem comprometer as garantias individuais e coletivas dos envolvidos. No entanto, por trás desse ideal de bravura e eficiência, existe uma realidade complexa e desafiadora que muitas vezes é negligenciada (Muniz, 1999).

A rotina dos profissionais da segurança pública expõe alta probabilidade de graves lesões, traumas e até mesmo mortes, que se encontram refletidas nas taxas de óbito por violência. Estudos indicam que essas taxas de mortalidade podem ser até 10 vezes maiores do que as da população em geral. Além disso, a rotina de situações estressantes e aversivas está diretamente ligada a índices elevados de problemas de saúde mental, como estresse pós-traumático, ansiedade, depressão e sintomas de *burnout*. Esses desafios não se limitam apenas ao ambiente de trabalho, manifestando-se também em questões pessoais como alcoolismo, violência doméstica e problemas de comportamento (Minayo & Adorno, 2013).

Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública corroboram nesse sentido. Segundo o estudo, policiais enfrentam um alto risco de morte, especialmente em confrontos ou por lesões não naturais durante a folga, seguido pelo suicídio e, por último, em confronto durante o serviço. Em 2022, ocorreram 161 assassinatos e 98 suicídios entre policiais, sendo que 7 em cada 10 mortes ocorreram na folga. Comparado a 2021, houve um aumento de 16 assassinatos. Nota-se que apenas São Paulo registrou uma morte de policial civil em confronto durante o serviço em 2022, enquanto no Rio de Janeiro foram duas. Já a maioria dos policiais militares assassinados foram homens (98,4%), negros (67,3%) e principalmente na faixa etária entre 40 e 44 anos, demonstrando que os policiais experientes são os mais afetados pela violência (Martins & Cruz, 2023).

Especialmente, o comportamento suicida entre policiais emerge como uma questão delicada, envolvendo diversos desafios e impactos, sendo que, institucionalmente, os dados apresentam um cenário de pouca clareza. Em 2022, foram registrados 85 suicídios de policiais militares da ativa, apenas um

a menos do que no ano anterior. As ocorrências foram distribuídas de forma variada pelos estados, com destaque para São Paulo, que registrou 16 casos. Em relação aos policiais civis, 13 casos foram registrados em todo o país, 10 a menos que no ano anterior (Martins & Cruz, 2023).

O Anuário destaca, também, que os fatores relacionados ao trabalho estabelecem correlação direta ao adoecimento dos profissionais da segurança pública. São eles: assédio moral, pressão por metas, desgaste físico e mental, insegurança jurídica, estresse financeiro e emocional. E, muitas vezes, o próprio ambiente institucional leva esses profissionais a assumirem o papel do "herói", negando sua própria vulnerabilidade e dificultando a busca por ajuda. Por isso, pensar a saúde mental desta categoria é essencial para a promoção da qualidade de vida, prevenção do adoecimento mental e a garantia de uma segurança pública efetiva e eficaz (Martins & Cruz, 2023).

A Lei Federal nº 13.675/2018 estabelece o Sistema Único de Segurança Pública (Susp) e a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS). Dentro dessa estrutura, foi criado o Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública (Pró-vida), com o objetivo principal de desenvolver políticas públicas para proteger, valorizar e reconhecer esses profissionais. Para atingir esse propósito, o Pró-vida busca compreender os riscos específicos da profissão, as condições de trabalho, as dificuldades enfrentadas no desempenho das funções e os impactos desses fatores na saúde física, mental e social dos profissionais de segurança pública.

Como parte dos esforços para promover um ambiente de trabalho saudável e sustentável, foi desenvolvido pela Diretoria do Sistema Único de Segurança Pública (Dsusp), em colaboração com universidades federais (UFMG, UnB, UFRN e UFS), o Escuta SUSP. Esse programa tem como objetivos oferecer atendimento psicológico *on-line* gratuito aos profissionais da área, reconhecer o valor desses profissionais, humanizar sua experiência e rotina, e proporcionar um espaço para expressão e cuidado sócio-emocional.

Apresenta-se, assim, o protocolo 6, volume I, "Serviço II – Psicoterapia On-line para Profissionais de Segurança Pública" como um conjunto de diretrizes claras e concisas para o atendimento psicológico de profissionais da segurança pública por meio de plataformas digitais. No primeiro tópico, encontra-se uma revisão da literatura, abordando o estado da arte e a fundamentação científica dos programas de psicoterapia para esse público

específico. Em seguida, descreve-se a prática do protocolo de intervenção, incluindo habilidades terapêuticas, temas e estrutura das sessões, bem como o fluxo e a condução terapêutica. Por fim, faz-se as considerações finais sobre o programa. Esperamos que este protocolo contribua para aprimorar a intervenção e a qualidade do atendimento prestado.

3. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para desenvolver as diretrizes do protocolo de intervenção, foi realizada uma revisão integrativa da literatura com foco em avaliar as principais características dos programas de psicoterapia *on-line* para os profissionais da segurança pública. A pergunta orientadora deste estudo foi: "Como se caracterizam os programas de psicoterapia *on-line* para profissionais de segurança pública?".

Inicialmente, foi conduzida uma busca sistemática de artigos até março de 2024, utilizando as bases de dados MEDLINE (PubMed), BVS, SciELO e PsycINFO. Para cada base, foram desenvolvidas estratégias específicas, combinando descritores e sinônimos de diversas maneiras. Após a conclusão da busca, foram identificados 147 artigos sobre a temática. No entanto, apenas um estudo respondeu diretamente à pergunta de pesquisa.

Intitulado "Desenvolvendo e Avaliando um Programa Online de Crescimento Pessoal após Experiências Traumáticas para Bombeiros" (Kwak & Im, 2023), este estudo investigou o efeito de uma intervenção assíncrona, que incluía um caderno de atividades *on-line* e um grupo de aconselhamento por mensagens sobre os pensamentos ruminativos, suporte social e desenvolvimento pessoal de bombeiros após situações traumáticas. Os resultados indicaram um aumento significativo no desenvolvimento pessoal desses profissionais e no suporte social após a participação no programa, e destacaram a importância de desenvolver outros programas de apoio psicológico que sejam mais alinhados com as características e necessidades específicas desses profissionais (Kwak & Im, 2023).

Para aprofundar a compreensão sobre a psicoterapia voltada para esse público, a pergunta de pesquisa foi reformulada para: "Como são caracterizadas as experiências, percepções e contextos das intervenções em saúde mental para profissionais de segurança pública?". Assim, uma nova leitura, análise e seleção dos estudos foram realizadas, utilizando o mesmo conjunto de dados composto por 147 artigos.

Nesta segunda etapa, foram selecionados novos artigos a partir dos seguintes critérios de inclusão: ano de publicação 2019-2024 e descritores no título, resumo ou palavras-chave relacionadas a intervenções ou programas

de saúde mental para profissionais da segurança pública. Como resultado, identificaram-se 19 artigos (Quadro 1), que contribuíram para a contextualização da temática e para a elaboração do protocolo de intervenção.

De modo geral, tanto os estudos na literatura nacional quanto internacional confirmam os dados apresentados pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública: fatores relacionados ao trabalho exercem influência direta no adoecimento dos profissionais. Segundo Dias, Siqueira & Ferreira (2023), aspectos como sobrecarga de trabalho, exposição a situações de risco, falta de suporte institucional, conflitos interpessoais no ambiente de trabalho, problemas de comunicação, conflitos de poder, situações de assédio, falta de apoio social, sentimentos de solidão e isolamento são elementos desencadeadores do sofrimento mental nessa categoria.

Quadro 1

Estudos selecionados para a revisão

Ano	Título	Autores	País
2019	Suicídios em uma organização policial-militar do sul do Brasil	Pereira & cols.	Brasil
2019	Intervenção integrada em saúde mental do trabalhador em uma corporação policial de Campo Grande (MS)	Guimarães, L.A.M.	Brasil
2019	Saúde mental do policial brasileiro: tendências teórico-metodológicas	Castro & cols.	Brasil
2020	The effect of a mental health promotion program on Korean firefighters	Won & cols.	Coréia
2020	Análisis del bienestar psicológico en policías que laboran en la región Caribe de Colombia	Acosta & cols.	Colômbia
2020	Mental Health and Physical Activity Level in Military Police Officers from Sergipe, Brazil	Nascimento & cols.	Brasil
2020	Atividade física e fatores associados à ideação suicida em policiais militares de Sergipe, Brasil	Nascimento & cols.	Brasil
2020	Nível de atividade física, percepção de qualidade de vida e saúde mental em policiais militares	Araujo & cols.	Brasil
2021	Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés en el contexto de la pandemia por Covid19 en policías de Lima Metropolitana, Perú	Apaza-Llantoy & cols.	Peru

Ano	Título	Autores	País
2021	Reducing the impacts of exposure to potentially traumatic events on the mental health of public safety personnel: A rapid systematic scoping review	Corthésy-Blondin & cols.	EUA
2022	Suporte social, psicopatologia e COVID-19 nas forças armadas e de segurança portuguesas	Jesus & Leal	Portugal
2022	Aspectos de saúde mental investigados em policiais: uma revisão integrativa	Sousa & cols.	Brasil
2022	Minor psychiatric disorders and the work context of Civil Police: a mixed method study	Tavares & cols.	Brasil
2022	Policies to the police – mental health issues among police officer	Vilete & Luz	Brasil
2023	Caracterização dos óbitos por suicídio dos integrantes da Polícia Civil do Distrito Federal	Alvim & cols.	Brasil
2023	Presença de Risco de Transtorno do Estresse Pós-Traumático em Policiais Militares Feridos por Arma de Fogo	Monteiro & Silva	Brasil
2023	Análise socioclínica do contexto do trabalho e sua relação com o adoecimento mental de policiais militares do Distrito Federal	Dias & cols.	Brasil
2023	Prevalence of burnout by social demographic factors and salivary biomarkers through Fourier transform infrared spectroscopy in military police officers of the São Paulo health care team	Arsenian & Giovani	Brasil
2023	Efeitos da Pandemia na Polícia Militar: Vulnerabilidades das polícias e do policiamento no Brasil	Brasil & cols.	Brasil
2023	Developing and Evaluating an Online PostTraumatic Growth Program for Firefighters	Kwak & Im	Coréia

Além disso, alguns fatores sociodemográficos podem contribuir para o adoecimento dos profissionais da segurança pública como: idade, cor da pele, gênero, patente militar, função desempenhada, tempo de serviço, uso de medicamentos, tabagismo, etilismo e renda. Assim, a análise dessas variáveis não podem ser desconsideradas ao se propor a implementação de

estratégias de prevenção e intervenção em saúde mental adequadas a este público (Arsenian & Giovani, 2023).

Outro aspecto significativo é a prevalência de transtornos mentais entre os profissionais de segurança pública. Estudo de revisão realizado por Sousa, Barroso & Ribeiro (2023) destaca alta incidência de condições como estresse (43,75%), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (19,68%), depressão (18,41%), ansiedade (16,85%), *burnout* (16,6%) e suicídio. Especificamente em relação ao comportamento suicida, há um risco 7,6 vezes maior para policiais em comparação com a população em geral. No entanto, é importante ressaltar que pode haver subnotificação de casos devido a questões como acobertamento e falhas de registro (Sousa, Barroso & Ribeiro, 2023).

Pesquisa realizada na Polícia Militar de São Paulo constatou que a taxa de suicídio entre os policiais era 5,7 vezes maior do que a população do estado de São Paulo e 6,5 vezes maior do que a média da população brasileira. Além disso, um estudo realizado com policiais do Rio de Janeiro identificou uma taxa de suicídio 7,2 vezes maior do que os casos de autoextermínio encontrados na população em geral (Pereira, Madruga & Kawahala, 2020). Esses dados destacam a importância de abordar e prevenir o suicídio entre os profissionais da segurança pública, haja vista que muitas vezes estes profissionais sofrem em silêncio e não buscam ajuda de suas famílias, redes de saúde ou profissionais especializados em saúde mental (Sousa, Barroso & Ribeiro, 2023).

Antes do surgimento desses transtornos, é frequente identificar alterações no modo de funcionamento cognitivo e comportamental desses profissionais. Muitas vezes, eles relatam se sentir nervosos, tensos ou preocupados, sofrem de insônia, cansaço fácil e têm dificuldade em realizar suas atividades diárias com satisfação ou apresentam a perda de interesse em atividades rotineiras; ou apresentam pensamentos de ideação suicida (Tavares & cols., 2022). Portanto, qualquer alteração nesse padrão pode ser considerado um indicador de processo de adoecimento mental. (Nascimento & cols., 2020)

Metodologicamente, observa-se que os estudos sobre a saúde mental dos profissionais de segurança pública brasileiros orientam-se pelas abordagens epidemiológicas, psicodinâmicas ou baseadas na teoria do estresse. Geralmente, as pesquisas destacam três pontos: a) a correlação entre saúde mental, a sobrecarga nas rotinas de controle e contenção da violência, e qualidade dos vínculos profissionais, percepção de risco, saúde e família; b) a associação entre problemas de saúde mental e condições de trabalho precárias, como equipamentos ultrapassados, restrições à capacitação e baixos

salários; e c) a necessidades de políticas preventivas para promover a saúde e o bem-estar desses profissionais (Castro, Rocha & Cruz, 2019).

A literatura atual parece bem consolidada em relação aos estudos epidemiológicos e sobre o efeito das condições de trabalho na saúde mental dos profissionais da segurança pública. No entanto, ainda há espaço significativo para avançar na elaboração de políticas públicas e modelos de intervenção voltados para a prevenção de doenças e a promoção do bem-estar psicológico desses profissionais.

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma série de diretrizes para promover a saúde mental no ambiente de trabalho. Isso inclui a criação de ambientes saudáveis, a identificação precoce de problemas de saúde mental, o acesso a tratamento adequado e o apoio aos profissionais que enfrentam tais questões (Guimarães, Laudelino Neto & Massuda Júnior, 2020).

Além disso, a OMS também orienta a implementação de programas de prevenção do estresse, a oferta de intervenções breves como plantões ou aconselhamento psicológico, e a conscientização sobre questões de saúde mental. Essas medidas podem funcionar como uma rede de apoio temporária, ajudando a lidar com uma variedade de desafios, desde problemas simples até questões mais complexas, como ideações suicidas ou suicídio (Guimarães, Laudelino Neto & Massuda Júnior, 2020).

Apresenta-se como exemplo, a intervenção integrada em saúde mental do trabalhador realizada na corporação policial de Campo Grande, Mato Grosso do Sul (Guimarães, Laudelino Neto & Massuda Júnior, 2020). Esta iniciativa, voltada aos policiais rodoviários federais, implementou diversas estratégias e ações coordenadas. Seu objetivo não se limitava apenas ao tratamento de transtornos mentais existentes, mas também à prevenção de novos casos e à promoção do bem-estar psicológico dos profissionais. As linhas de intervenção foram divididas em:

a. Intervenção individual: ações de psicoeducação e gestão dos primeiros socorros psicológicos, como o plantão psicológico, para oferecer suporte imediato aos policiais que necessitavam de apoio emocional.
b. Sistema de atenção ao trabalhador: um sistema de atenção integral ao trabalhador, focado em identificar precocemente problemas de saúde mental, oferecer tratamento adequado e apoio contínuo aos policiais.

c. Promoção da saúde mental: Ações voltadas para a promoção da saúde mental no ambiente de trabalho, criando um ambiente saudável e acolhedor. Essas medidas integradas visaram proporcionar um ambiente de trabalho mais saudável, reduzir os impactos negativos dos transtornos mentais relacionados ao trabalho e melhorar o bem-estar dos policiais rodoviários federais.

Ao término do programa verificou-se que um espaço de escuta, aprendizado e integração contribuiu para a diminuição do absenteísmo e do número de afastamentos devido a transtornos mentais. Estes resultados se apresentaram como uma experiência eficaz para reduzir os efeitos adversos dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, promover o bem-estar psicológico e melhorar a qualidade de vida dos profissionais envolvidos (Guimarães, Laudelino Neto & Massuda Júnior, 2020).

Já pesquisa realizada por Nascimento & cols (2020) apontou que promover hábitos de vida saudáveis, como a prática de atividade física, uma rotina de sono adequada e uma alimentação balanceada, desempenham papel fundamental na prevenção de doenças e na promoção da saúde mental dos profissionais de segurança pública. Nota-se, nesse sentido, que para a construção de uma ambiente de trabalho mais saudável e protetivo as intervenções devem ser elaboradas de maneira global e complementar entre si.

Avançando em termos metodológicos, estudo sobre o bem-estar psicológico dos policiais colombianos (Acosta, Baracaldo & Landínez, 2020) sugere o desenvolvimento de protocolos baseados em uma abordagem cognitivo- comportamental. O objetivo seria a) identificar e modificar padrões de pensamento disfuncionais que possam afetar negativamente o bem-estar psicológico desses profissionais, e b) desenvolver, colaborativamente, ferramentas práticas e eficazes para que os profissionais da segurança pública possam enfrentar os desafios tanto pessoais quanto profissionais.

Para explorar a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, os autores sugerem o uso de técnica e estratégias cognitivo-comportamentais. Tais com: identificação e reestruturação de pensamentos automáticos negativos, desenvolvimento de habilidades para enfrentamento e resolução de problemas, promoção e incentivo de comportamentos saudáveis e a melhoria das habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal. (Acosta, Baracaldo & Landínez, 2020).

Com base na revisão da literatura e nas evidências disponíveis, apresentamos o Escuta SUSP, uma plataforma digital voltada para intervenções cognitivo-comportamentais direcionadas à saúde mental dos profissionais de segurança pública. Por meio de uma escuta clínica ativa e empática, o programa busca não só identificar, mas também modificar padrões de de pensamento disfuncionais, promovendo o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e o bem-estar psicológico. Essas intervenções não apenas beneficiam os indivíduos atendidos, mas também contribuem para a eficácia organizacional e o bem-estar da sociedade como um todo.

4. ESCUTA SUSP: PILARES DA INTERVENÇÃO

O "Escuta SUSP" é um programa do Ministério da Justiça e Segurança Pública, em colaboração com Universidades Federais, destinado a fornecer suporte psicológico *on-line* aos profissionais da segurança pública. Para orientar os psicólogos nas sessões de psicoterapia *on-line*, foi elaborado um protocolo de atendimento estruturado em 8 módulos, distribuídos em até 20 sessões. Esse protocolo apresenta atividades e estratégias para abordar questões relacionadas ao trabalho, estresse e traumas enfrentados por esses profissionais.

O programa é fundamentado em cinco pilares essenciais, presentes em todas as sessões:

a. **Planejamento terapêutico com base na Terapia Cognitivo-Comportamental:** utilização de abordagens da terapia cognitivo-comportamental para orientar o planejamento e execução das sessões, visando à promoção do bem-estar emocional dos profissionais.
b. **Escuta empática, acolhedora e validativa:** oferecimento de uma escuta atenta e compreensiva, que valide as experiências e emoções dos profissionais da segurança pública, criando um ambiente de confiança e apoio.
c. **Foco na facilitação da comunicação e expressão de eventos estressores:** estímulo à comunicação aberta e à expressão de eventos estressantes, possibilitando o processamento e a elaboração das experiências vivenciadas.
d. **Desenvolvimento de estratégias de coping e treinamento de habilidades:** implementação de técnicas e estratégias para o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento (*coping*) e assertividade social, visando ao fortalecimento emocional e à promoção de relações interpessoais saudáveis.
e. **Prevenção de doenças e promoção da saúde:** enfoque na prevenção de doenças mentais e no estímulo à promoção da saúde emocional, por meio da adoção de práticas e hábitos que contribuam para o bem-estar psicológico e a qualidade de vida dos profissionais.

Para facilitar a leitura e compreensão do protocolo, inicialmente serão apresentados os fundamentos básicos do processo terapêutico na abordagem cognitivo-comportamental. Em seguida, serão exploradas as habilidades e competências necessárias para uma condução eficaz do processo terapêutico. Posteriormente, serão detalhados os módulos de intervenção, nos quais estão descritos os temas de cada sessão e a abordagem terapêutica correspondente para atingir o objetivo de cada módulo. É importante ressaltar que este protocolo é um guia e não substitui a consulta a textos clássicos. Ao término de cada sessão, serão sugeridos materiais complementares que podem auxiliar o terapeuta na condução da psicoterapia.

5. PROCESSO TERAPÊUTICO DE BASE COGNITIVO COMPORTAMENTAL

O processo terapêutico de base cognitivo-comportamental está estruturado em oito passos. De acordo com Beck (2013), são eles: (1) conceituação do problema, (2) desenvolvimento de uma relação colaboradora; (3) motivação para o tratamento; (4) formulação do problema; (5) estabelecimento de metas; (6) educação do paciente sobre o modelo cognitivo-comportamental; (7) intervenções cognitivo- comportamentais e (8) prevenção de recaída (Beck, 2013). Embora didaticamente o processo terapêutico esteja estruturado de maneira linear, na prática, estas etapas podem ser flexíveis e ajustadas de acordo com cada paciente.

É importante destacar que na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a diferença entre recaída e crise está relacionada principalmente ao contexto em que ocorrem e às estratégias de intervenção utilizadas.

- **Crise:** é um estado agudo de desequilíbrio emocional, cognitivo ou comportamental que pode ocorrer devido a fatores internos (como pensamentos disfuncionais intensos) ou externos (como eventos estressantes). Na TCC, crises são momentos em que o paciente pode ter dificuldade em lidar com emoções intensas ou situações desencadeadoras que podem exigir intervenções imediatas para estabilizar a situação e ajudar o paciente a retomar o controle.
- **Recaída:** refere-se a um retorno aos sintomas ou comportamentos problemáticos após um período de remissão ou melhoria. Na TCC, a recaída é vista como parte natural do processo terapêutico e é abordada através da prevenção, identificação de gatilhos, desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e fortalecimento do paciente para lidar com situações desafiadoras sem recair nos padrões anteriores.

Em resumo, enquanto a recaída se refere a uma recorrência de sintomas ao longo do tempo, a crise é um evento agudo que requer uma resposta imediata para restaurar o equilíbrio emocional e prevenir danos adicionais.

Ambas são importantes de serem abordadas, mas seus focos e estratégias de intervenção podem variar.

Por isso, o terapeuta deve estar atento aos sintomas, sinais e discursos apresentados pelo paciente ao longo do processo terapêutico. Isto pois, tanto o manejo da crise quanto a prevenção da recaída podem ser utilizadas como estratégias terapêuticas ao longo dos atendimentos ou após a psicoterapia. Assim, procure preparar seu paciente desde a primeira sessão para lidar com a crise e com a recaída, visando que ele não reaja negativamente ou se sinta desencorajado quando vivenciar esse momento e, num segundo momento, procure aprofundar na totalidade do problema ou da queixa apresentada, de modo a realizar, colaborativamente, uma análise funcional da situação (Silvares & Rangé, 2001; Beck, 2013). A análise funcional permite ao terapeuta compreender as relações entre os comportamentos do paciente, os estímulos ambientais e as consequências desses comportamentos. Em outras palavras, visa entender como o comportamento do paciente é influenciado pelo ambiente e como ele próprio influencia o ambiente em retorno. Nesse sentido, a análise funcional ajuda o terapeuta a identificar padrões de comportamento disfuncionais e a desenvolver estratégias de intervenção adequadas para modificá-los (Silvares & Rangé, 2001).

Para realizar uma análise funcional, é essencial que o terapeuta considere diversas variáveis, conforme destacado por Silvares e Rangé (2001). Essas variáveis fornecem uma base abrangente para uma análise funcional eficaz, que é essencial para a compreensão dos problemas do paciente e o desenvolvimento de estratégias de intervenção apropriadas. São elas:

- **Problema(s) apresentado(s):** compreender a natureza do problema, os comportamentos problemáticos, seus aspectos cognitivos, afetivos e fisiológicos, além de identificar fatores que influenciam sua manutenção. Isso inclui entender quando, onde e com quem ocorrem, bem como eventos precipitantes e tentativas anteriores de enfrentamento.
- **Situação atual de vida:** avaliar a situação existencial do paciente, incluindo sua família, trabalho, lazer e nível de satisfação geral.
- **Desenvolvimento:** investigar a história familiar, escolar/ocupacional e social do paciente, bem como eventuais experiências traumáticas, histórico médico, psiquiátrico e psicoterapêutico.
- **Status psicológico:** observar a aparência, atitude, comportamento, humor, afeto, fala, pensamento e funcionamento perceptual, intelectual e cognitivo do paciente.

- ***Rapport:*** avaliar o grau de abertura, auto-revelação, motivação para a terapia, compreensão e insight do paciente, bem como sua disposição para colaborar.
- **Metas do paciente para a terapia:** identificar as metas específicas do paciente para a terapia e priorizá-las.
- **Perguntas e preocupações do paciente:** considerar as perguntas e preocupações do paciente para orientar o processo terapêutico.
- **Formulação preliminar:** apresentar uma formulação preliminar e um plano de tratamento, discutindo-os com o paciente e estabelecendo uma meta terapêutica.e estabelecendo uma meta terapêutica.

Após a observação e análise dessas variáveis, de acordo com Silvares e Rangé (2001), o terapeuta deve avaliar os seguintes elementos, com o intuito de adequar o plano de tratamento às intervenções terapêuticas mais adequadas:

- **Estímulos:** abarcando todo evento ambiental capaz de desencadear ou aumentar a probabilidade de uma resposta comportamental.
- **Organismo:** englobando todas as variáveis intervenientes, mediacionais e pessoais, como motivações, predisposições genéticas, fatores bioquímicos, endocrinológicos ou neurofisiológicos, bem como valores morais, religiosos, e crenças internalizadas.
- **Respostas:** compreendendo os três sistemas interconectados:
  - *Cognitivo:* incluindo todos os processos cognitivos, como pensamentos automáticos, imagens mentais e esquemas relacionados a estímulos externos ou internos;
  - *Autonômico:* envolvendo todas as respostas corporais associadas à experiência emocional, como taquicardia, sudorese, tensão muscular e tremores;
  - *Comportamental:* abrangendo todos os comportamentos operantes pelos quais um indivíduo interage com seu ambiente e o modifica de acordo com suas ações.
- **Consequências:** refletindo sobre as alterações ocorridas no próprio organismo (cognitivas e autonômicas) e/ou no ambiente após uma ação específica. Essas consequências exercem uma influência significativa sobre as cognições individuais, respostas emocionais e comportamentos futuros análogos.

Ao final deste processo, o psicoterapeuta terá realizado uma análise cuidadosa das informações coletadas, visando identificar as variáveis que contribuíram para a ocorrência da crise ou recaída do paciente, mas também das potencialidades e desafios para seu progresso. Também, com base nessa análise, o terapeuta formula uma hipótese clínica que busca contextualizar e compreender os eventos desencadeadores do problema. Essa hipótese é apresentada ao paciente de forma respeitosa e acolhedora, permitindo que ele participe ativamente do processo terapêutico (Silvares & Rangé, 2001).

É fundamental que o paciente se sinta confortável e seguro para validar ou contestar essa hipótese, promovendo um diálogo aberto e colaborativo. Essa interação é crucial para o sucesso do tratamento, uma vez que a eficácia da intervenção está intimamente ligada à qualidade da relação terapêutica. Quando o paciente se sente aceito, compreendido e apoiado, tende a se engajar mais e a cooperar ativamente na busca por soluções para seus problemas.

6. HABILIDADES E COMPETÊNCIAS TERAPÊUTICAS

As habilidades e competências do psicólogo desempenham um importante papel no processo terapêutico de base cognitivo-comportamental. Elas podem ser divididas em três dimensões: compreensão teórica, habilidades práticas e aspectos relacionais. A compreensão teórica refere-se ao conhecimento profundo dos princípios e conceitos da TCC. As habilidades práticas envolvem a aplicação eficaz das técnicas específicas da abordagem. Por fim, os aspectos relacionais, como empatia, comunicação eficaz, reflexão sobre a prática e considerações éticas, são essenciais para construir uma relação terapêutica sólida (Barletta, Delabrida & Fonseca, 2011).

No contexto da TCC, é essencial que essas três dimensões de habilidades e competências estejam integradas para abordar os problemas dos pacientes de forma eficaz. Isso inclui desenvolver habilidades específicas, como aplicar intervenções breves, educar os clientes sobre o modelo cognitivo-comportamental, formular casos, ser flexível na estruturação do tratamento, planejar estrategicamente as intervenções, utilizar ferramentas e atividades típicas da TCC, estabelecer metas claras e avaliar continuamente os resultados alcançados. Por meio destas habilidades e competências que se torna possível atender às necessidades individuais de cada paciente (Barletta, Delabrida & Fonseca, 2011).

Além das habilidades técnicas e teóricas, as competências sociais de psicólogo desempenham um papel crucial no sucesso da terapia. A relação interpessoal estabelecida entre o terapeuta e o paciente é fundamental para o êxito deste protocolo específico, da estrutura e das técnicas sugeridas. Portanto, a escuta e intervenção devem promover uma abordagem sensível e empática, que leve em conta a individualidade e as experiências únicas de cada paciente (Scotton, Barletta e Neufeld, 2021).

Desse modo, apresenta-se habilidades e competências essenciais para o processo terapêutico de base cognitivo-comportamental. Cada competência é acompanhada por um exemplo prático para facilitar a compreensão e aplicação desses conceitos no contexto clínico.

Escuta ativa e empática

Ouvir atentamente, sem julgamentos, demonstrando real interesse e compreensão da perspectiva do paciente. Essas habilidades básicas de acolhimento criam um ambiente seguro e facilitam a construção do vínculo terapêutico.

Terapeuta: *"Entendo que você esteja se sentindo sobrecarregado com as demandas do trabalho. Pode compartilhar mais sobre o que tem experimentado ultimamente?"*

Comunicação acolhedora e compreensiva

Estabelecer uma fala com tom amigável e cordial. Esse estilo de comunicação fortalece a aliança, facilita a exploração de questões sensíveis e mantém o paciente engajado.

Terapeuta: *"Olá, João, é ótimo vê-lo hoje. Espero que esteja se sentindo bem. Estou aqui para você, pronto para ouvir e apoiá-lo em qualquer coisa que precisar discutir. Como tem sido sua semana desde nossa última conversa? Sinta-se à vontade para compartilhar o que está em sua mente. Estou aqui para ajudar."*

Questionamento aberto e diretivo

Utilizar perguntas abertas para abordar a experiência do paciente em relação à temática apresentada. Em seguida, explorar detalhes relevantes para o direcionamento de insights específicos.

Essa condução visa aprofundar gradualmente a conscientização do paciente sobre suas questões centrais.

Terapeuta: *"Como você tem se sentido sobre isso ultimamente? Quais são seus pensamentos principais? Vamos nos aprofundar um pouco mais nisso juntos, para que possamos entender melhor."*

Negociação e estabelecimento de metas

Ouvir atentamente as queixas e demandas do paciente. Desse modo, é possível propor metas e estratégias específicas para o tratamento, a partir de um consenso colaborativo.

Terapeuta: *"Vamos trabalhar juntos para definir metas que sejam significativas para você e que possam impulsionar seu progresso. Que objetivos você gostaria de alcançar durante nosso tempo juntos?"*

Recapitulação das intervenções realizadas

Resumir regularmente para o paciente o que foi discutido durante a sessão. Além disso, também é importante explicar seu modo de funcionamento para facilitar o processo terapêutico.

Terapeuta: *"Para avançarmos, vou resumir o que discutimos hoje e explicar como seu pensamento funciona. Isso vai nos ajudar a trabalhar de forma mais eficaz. Perceba que você está se criticando muito por não atingir seus padrões elevados. Vamos explorar maneiras de desafiar esses pensamentos autocríticos juntos?"*

Didática clara, atrativa e colaborativa

Utilizar linguagem compreensível para os profissionais de segurança pública. Nesse sentido, fazer explicações simples e relevantes, garantindo que eles entendam os conceitos complexos de forma eficaz.

Terapeuta: *"Vou explicar esses conceitos de uma forma que seja fácil de entender. Imagine que estamos construindo um conjunto de ferramentas para ajudá-lo a lidar com o estresse cotidiano. Qual ferramenta é a mais importante para você no momento?"*

Uso de exemplos concretos e metáforas

Apresentar exemplos e metáforas que ilustrem o que foi apresentado na sessão. Desse modo, o terapeuta facilita a compreensão do paciente sobre as situações vivenciadas, possibilitando a construção de novas estratégias e comportamentos.

Terapeuta: *"Imagine que você está dirigindo o ônibus da sua vida, e a Ansiedade, Culpa e Tristeza estão a bordo como passageiros indesejados. Juntos, vamos aprender a assumir o controle do volante e direcionar o ônibus para um destino mais positivo e satisfatório."*

Verificação de compreensão do paciente

Solicitar que o paciente explique com suas palavras as considerações e avaliações realizadas pelo terapeuta. De modo a garantir que tenha assimilado efetivamente o conteúdo discutido.

Terapeuta: *"Para garantir que você compreenda o que conversamos, poderia resumir em suas próprias palavras as reflexões e avaliações o que compartilhei? É importante para nossa jornada juntos."*

Psicoeducação do modelo cognitivo

Orientar o paciente sobre o modelo cognitivo, relacionando a experiência individual aos desafios e contextos enfrentados por ele no dia a dia. Esta abordagem amplia a compreensão do paciente e facilita a aplicação prática do processo terapêutico.

Terapeuta: *"Vamos analisar aquela situação em que você teve que fazer um novo resgate de criança acidentada. Considerando esta situação, a resposta foi sentir-se nervoso e ter pensamentos ansiosos durante o resgate, e a consequência foi que sua performance ficou comprometida. performance ficou comprometida.*

Vamos explorar formas de lidar com esses pensamentos para obter melhores resultados em situações futuras."

Flexibilidade terapêutica

Personalizar a abordagem terapêutica para atender às necessidades individuais de cada paciente. Ou seja, é importante considerar as particularidades e demandas do paciente, adaptando as intervenções de acordo com esses aspectos.

Terapeuta: *"Hoje, nossa intenção era debater estratégias para sua ansiedade no trabalho, conforme planejado. No entanto, diante do que compartilhou sobre a discussão com seu parceiro, o que você acha da gente priorizar esse assunto e adiar a conversa sobre a ansiedade para mais tarde?"*

Aplicação da conceitualização e reestruturação cognitiva

Aplicar técnicas de conceitualização e reestruturação cognitiva para identificar, desafiar e substituir distorções cognitivas por crenças mais adaptativas e realistas.

Terapeuta: *"Vamos examinar esse pensamento negativo juntos. Você consegue identificar evidências que apoiem ou contradigam essa crença?"*

Monitoramento e avaliação do progresso do paciente

Monitorar e reavaliar regularmente as crenças e comportamentos do paciente, verificando se a intervenção proposta está contribuindo para o avanço do paciente.

Terapeuta: *"Como você se sentiu desde nossa última sessão? Houve alguma mudança em seus pensamentos ou comportamentos que você gostaria de discutir?"*

Material Complementar

Neufeld, C. B., & Cavenage, C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: Uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 6. https://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=109

Knapp, P. (2014, 18 de novembro). Entrevista Paulo Knapp TCC com Dorian Gray [Vídeo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=b9MBAnvkxOw&ab_channel=MelaniePereira-CognitiveNetwork

Scotton, I. L., Barletta, J. B., & Neufeld, C. B. (2021). Competências essenciais ao terapeuta cognitivo-comportamental. Psico-USF, 26(1), 141–152. https://doi.org/10.1590/1413-82712021260112

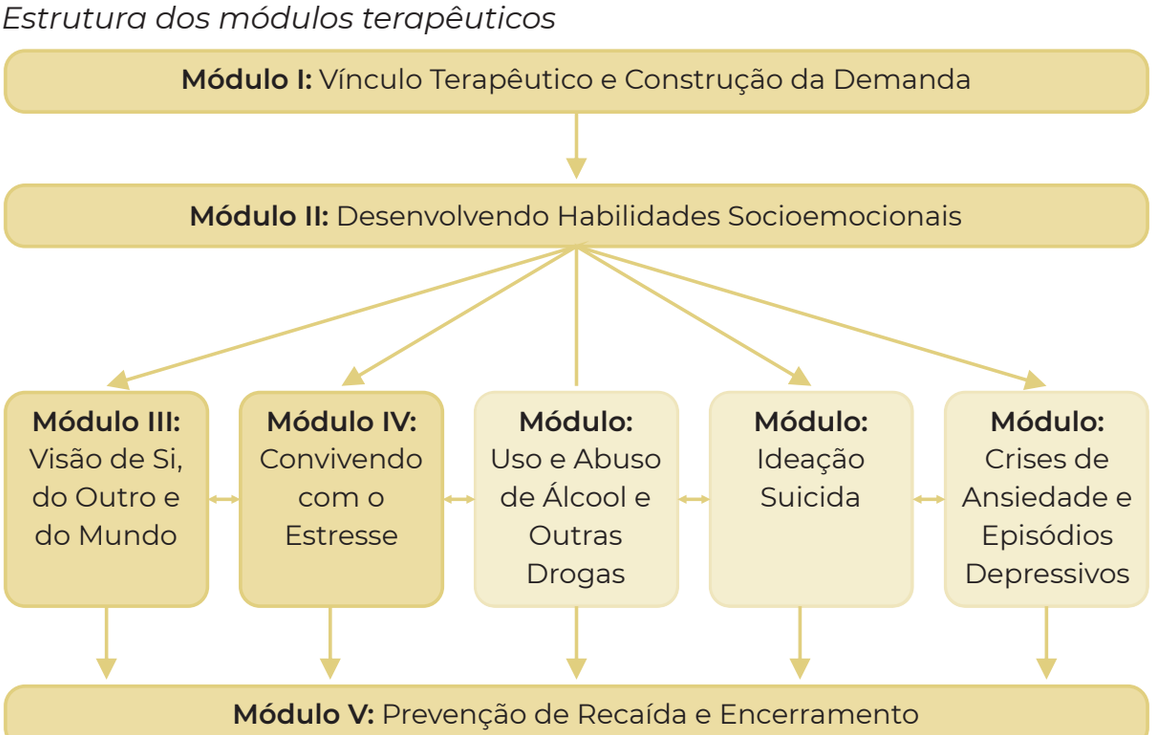
7. PASSO A PASSO DA INTERVENÇÃO

O protocolo de intervenção oferece uma estrutura clara e organizada para guiar o terapeuta ao longo do processo terapêutico. Isso é fundamental para manter a consistência e a uniformidade nas intervenções, ao mesmo tempo em que otimiza a eficácia do tratamento. Seguir o protocolo também garante que todas as áreas relevantes do processo terapêutico sejam abordadas de forma sistemática, desde a avaliação inicial do paciente até a formulação do caso, estabelecimento de metas terapêuticas, seleção e aplicação de técnicas específicas da TCC, e a avaliação contínua do progresso do paciente.

Para facilitar a condução da intervenção, o protocolo está organizado em módulos. No entanto, essa organização não é rígida e pode ser adaptada de acordo com as necessidades individuais de cada paciente. Na Figura 1, o fluxo entre esses módulos é representado, destacando a flexibilidade terapêutica entre eles. Os módulos obrigatórios estão apresentados em azul, enquanto os opcionais em amarelo.

Figura 1

Estrutura dos módulos terapêuticos



Observe que, no Módulo 1, o principal objetivo é avaliar a queixa inicial do paciente e estabelecer um vínculo terapêutico sólido e colaborativo. Já no Módulo 2, o foco é na psicoeducação do paciente sobre o modelo cognitivo, criando assim uma base sólida para o trabalho terapêutico futuro.

Os Módulos 3 e 4 do protocolo abordam os aspectos centrais da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), como a identificação e modificação de crenças disfuncionais e questões associadas ao estresse. Nesta fase, são oferecidos também recursos suplementares para o manejo de desafios específicos, como ideação suicida, ansiedade, depressão e abuso de substâncias. Esses recursos são disponibilizados para atender às demandas específicas do paciente, a partir de uma avaliação minuciosa por parte do terapeuta quanto à gravidade e pertinência dos problemas apresentados. Além disso, a condução e a ordem de aplicação desses recursos devem ser baseadas em uma avaliação contínua e cuidadosa do caso, destacando a importância da revisão periódica e da supervisão terapêutica para garantir a eficácia e a adequação do tratamento.

Por último, o Módulo 5 traz estratégias para manter os ganhos alcançados durante o tratamento, prevenir recaídas e concluir o processo terapêutico de forma satisfatória. Este módulo é o único considerado obrigatório, pois desempenha um papel fundamental na consolidação dos progressos obtidos ao longo da terapia.

8. MÓDULO I: VÍNCULO TERAPÊUTICO E CONSTRUÇÃO DA DEMANDA

A construção de vínculos sólidos e a observação atenta das demandas terapêuticas são pilares essenciais para o resultado das intervenções. Por isso, estabelecer uma relação empática e de confiança desde o início é fundamental para que os profissionais da segurança pública sintam-se à vontade para compartilhar suas experiências mais íntimas. Essa confiança mútua não apenas cria um ambiente de apoio e compreensão, mas também facilita uma comunicação aberta, permitindo que os terapeutas identifiquem de maneira mais precisa as necessidades específicas de cada cliente.

No entanto, para caracterizar essas necessidades, o terapeuta deve desenvolver uma escuta ativa, interessada e compassiva de seu paciente, buscando compreender as pressões do ambiente profissional, os traumas vivenciados, as dificuldades de relacionamento e tudo o mais que possa influenciar seu bem-estar físico e psicológico. É um processo que visa criar um espaço especialmente adaptado ao contexto dos profissionais da segurança pública, onde eles possam sentir-se verdadeiramente compreendidos e apoiados.

Desse modo, é descrito no Quadro 2, o passo a passo para a execução do Módulo 1 "*Vínculo terapêutico e construção da demanda*". Esse módulo busca orientar os psicólogos na criação de uma base sólida para o trabalho terapêutico com profissionais da segurança pública. Assim, aborda estratégias específicas para estabelecer uma relação terapêutica eficaz, que vai desde a apresentação inicial do terapeuta até a definição de objetivos terapêuticos em colaboração com o cliente. Destaca-se, nesse sentido, a importância de criar um ambiente de acolhimento e segurança desde o início, onde os profissionais se sintam compreendidos e apoiados em sua jornada de autoconhecimento.

Duração estimada

Até duas sessões ou a depender da necessidade do paciente.

Objetivos

- Estabelecer uma conexão sólida e confiável com o paciente, visando criar um ambiente terapêutico acolhedor e de confiança mútua;

- Coletar informações sobre o histórico e os sintomas do paciente, a fim de obter uma compreensão abrangente de sua condição e necessidades;
- Desenvolver um plano de tratamento conjunto, envolvendo ativamente o paciente na definição de metas e estratégias terapêuticas;
- Garantir a compreensão e o comprometimento do paciente com o tratamento, promovendo a educação sobre o processo terapêutico e a importância da colaboração ativa do paciente para alcançar os objetivos terapêuticos.

Passo 1: Apresentação do terapeuta e acolhimento do paciente

No início da primeira sessão, o terapeuta deve realizar uma breve introdução pessoal, destacando sua formação, cidade na qual se encontra, experiência clínica e abordagem terapêutica. Este primeiro momento pode auxiliar na construção da confiança e credibilidade com o paciente. Além disso, é importante que o terapeuta se apresente de forma acolhedora, cordial e ética, estabelecendo sua identidade e papel no processo terapêutico. Destaca-se que o rapport positivo promove colaboração entre o terapeuta e o paciente, facilitando a comunicação aberta e o engajamento no processo terapêutico.

Terapeuta: *"Olá, sou Ana, e sou a terapeuta responsável pelo seu tratamento. Gostaria de começar me apresentando brevemente. Sou psicóloga e estou localizada em BH. Quero que você se sinta à vontade para compartilhar o que quiser durante nossas sessões. Nosso objetivo é construir um relacionamento de confiança e respeito mútuo, para que você se sinta apoiado. Se você tiver alguma dúvida ou preocupação, por favor, sinta-se à vontade para me perguntar a qualquer momento. Vamos começar?"*

Passo 2: Realização da anamnese e entrevista inicial

O foco estará em compreender de forma abrangente as demandas do paciente, para então determinar o plano terapêutico mais adequado. Des-

se modo, será realizada uma entrevista semiestruturada para explorar os principais aspectos da história do paciente, incluindo eventos significativos, experiências passadas e sintomas atuais. Isso proporciona uma compreensão completa do contexto e das necessidades individuais, essencial para o planejamento do tratamento. O modelo de anamnese a ser utilizado pelos terapeutas encontra-se disponível na plataforma do Escuta SUSP. Ele foi cuidadosamente elaborado contemplando todos os elementos essenciais para uma avaliação abrangente. No entanto, é importante que o terapeuta não se limite estritamente ao modelo, buscando aprofundar as temáticas que parecem relevantes para alcançar um entendimento completo e individualizado sobre o paciente e suas demandas. Uma exploração minuciosa, que vá além do roteiro pré-estabelecido, é encorajada e recomendada, visando obter um panorama abrangente que norteie o planejamento terapêutico mais adequado.

Terapeuta:	*Olá, João. Como você está hoje?*
Paciente:	*Olá, Ana. Estou me sentindo um pouco sobrecarregado ultimamente.*
Terapeuta:	*Entendo. Estou aqui para ajudá-lo. Para começar, gostaria de fazer algumas perguntas para entender melhor o que está acontecendo. Podemos começar falando um pouco sobre sua história pessoal?*
Paciente:	*Claro.*
Terapeuta:	*Você poderia me contar sobre eventos significativos em sua vida que podem estar influenciando como você se sente atualmente?*
Paciente:	*Bem, recentemente passei por um divórcio difícil e tenho tido dificuldades para lidar com isso.*
Terapeuta:	*Entendo. Isso certamente pode ser um período desafiador. Além disso, você tem notado algum sintoma específico que está impactando sua vida diária?*
Paciente:	*Sim, tenho sentido muita ansiedade e insônia.*
Terapeuta:	*Obrigado por compartilhar isso comigo. É importante entendermos todas as facetas da sua situação para*

	podermos criar um plano terapêutico que atenda às suas necessidades. No Escuta SUSP, temos um modelo de anamnese que nos ajuda a explorar esses aspectos de forma abrangente.
Paciente:	*Isso parece útil.*
Terapeuta:	*Sim, é uma ferramenta valiosa. No entanto, é importante ressaltar que não nos limitaremos estritamente a esse modelo. Estou aqui para ouvir suas preocupações e aprofundar os temas que forem relevantes para você. Nosso objetivo é obter uma compreensão completa e individualizada para guiar o planejamento do tratamento mais adequado.*
Paciente:	*Isso é reconfortante de saber. Estou ansioso para trabalhar com você nesse processo.*
Terapeuta:	*Ótimo. Vamos começar explorando mais sobre sua história e suas necessidades.*

Passo 3: Pré-teste do paciente

O paciente deverá realizar um pré-teste para que seja monitorado o efeito do tratamento ao longo do tempo. Além disso, esta avaliação inicial permitirá uma melhor compreensão da condição do paciente, como ainda a adaptação do tratamento de acordo com suas necessidades específicas.

Terapeuta:	*Olá, João. Como você está hoje?*
Paciente:	*Olá, Ana. Estou me sentindo um pouco ansioso, mas estou pronto para começar o tratamento.*
Terapeuta:	*Entendo, João. Estou aqui para ajudá-lo. Antes de prosseguirmos, gostaria de explicar um pouco sobre o processo. Faremos um pré-teste para monitorar o efeito do tratamento ao longo do tempo. Essa avaliação inicial nos ajudará a entender melhor sua condição e a adaptar o tratamento de acordo com suas necessidades específicas.*

Passo 4: Definição de objetivos

Nesta etapa, o terapeuta pode esclarecer e aprofundar possíveis lacunas por meio de perguntas abertas e reflexivas, incentivando o paciente a falar livremente sobre suas preocupações e experiências. Esta conduta permite uma compreensão mais abrangente da queixa e um direcionamento mais específico do tratamento. Para isso, o terapeuta pode utilizar técnicas de Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2023). ou de estabelecimento de metas (SMART - Específicas, Mensuráveis, Alcançáveis, Relevantes e Temporais). Quando necessário, o terapeuta pode auxiliar o paciente a reestruturar metas que se mostram pouco realistas ou pouco produtivas. Essa reestruturação envolve uma discussão aberta e honesta, identificando áreas que precisam de ajustes para tornar as metas mais alcançáveis e eficazes no contexto do tratamento. Esse processo é realizado de forma colaborativa, com o terapeuta e o paciente trabalhando juntos para adaptar as metas de acordo com as necessidades e circunstâncias individuais.

Terapeuta: *"Neste momento, meu objetivo é compreender melhor suas preocupações e experiências para podermos construir um plano de trabalho mais eficaz. Estou aqui para apoiá-lo na definição de metas concretas e realizáveis que ajudarão no seu progresso. Vamos iniciar com algumas perguntas abertas e reflexivas para explorarmos juntos sua relação com as exigências e pressões da sua profissão. Como você tem se sentido diante desses desafios? Como você imagina sua vida após o término do tratamento? Que mudanças específicas você espera ver em si mesmo e em sua vida?"*

Passo 5: Contrato terapêutico e construção do vínculo

O contrato terapêutico delineia as expectativas e responsabilidades tanto do paciente quanto do terapeuta durante o curso da psicoterapia online. Assim, é essencial que seja explicado claramente o que é esperado de ambos para garantir uma compreensão mútua e colaborativa do processo terapêutico. Além disso, devem ser acordadas: a frequência das sessões; a pontualidade; adesão ao tratamento; e, as condições do ambiente (privaci-

dade, conforto e ausência de distrações). Em relação à construção de uma aliança terapêutica, existem três elementos essenciais: um vínculo afetivo entre o cliente e o terapeuta, objetivos mutuamente acordados entre ambos e a colaboração conjunta nas tarefas atribuídas. Esses componentes devem ser trabalhados e monitorados da primeira à última sessão.

Terapeuta: *"Antes de começarmos, é importante estabelecer nossas diretrizes. Este espaço é seu! Um espaço confidencial e seguro! Estou comprometida em estar presente e lhe oferecer apoio. Espero que você se comprometa a participar ativamente do processo e ser honesto em relação à terapia! Iremos definir metas terapêuticas claras e ajustaremos conforme necessário. Falaremos também sobre políticas de cancelamento e desligamento da terapia. Pronto para começar?"*

Material Complementar

Murta, S. G., & Rocha, S. G. M. (2014). Instrumento de apoio para a primeira entrevista em psicoterapia cognitivo-comportamental. Psicologia Clínica, 26(2), 33–47. https://www.scielo.br/j/pc/a/g5nZmckkNbgCY8hyW5KsSCG/?format=html&lang=pt

Anna Polak. (2021, 17/09). Capítulo 04 - A relação terapêutica - TCC Teoria e Prática (Judith Beck) - 3ª edição [Vídeo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=iOVBQxquw28

Rebessi, I. P., Lobo, B. O. M., & Neufeld, C. B. (2023, 18 de dezembro). Aliança terapêutica: Importância para a formação de vínculo e permanência na psicoterapia. Blog do Secad. https://www.artmed.com.br/artigos/alianca-terapeutica-importancia-para-a-formacao-de-vinculo-e-permanencia-na-psicoterapia

9. MÓDULO II: DESVENDANDO HABILIDADES SOCIOEMOCIONAIS

Este módulo cita os aspectos essenciais para o desenvolvimento das habilidades socioemocionais, a partir do Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico dos Transtornos Emocionais (*Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*) (Barlow e cols., 2017). Ao invés de focar em sintomas ou diagnósticos específicos, o protocolo foi empiricamente validado para tratar os processos emocionais subjacentes aos diversos transtornos mentais, especialmente, os casos de estresse pós-traumático, de ansiedade, depressão e uso de substâncias.

O passo-a-passo desta etapa está organizada em três momentos: psicoeducação do modelo cognitivo; técnica de análise funcional; identificação e monitoramento de pensamentos automáticos negativos. Em cada uma delas, o objetivo é demonstrar como estratégias cognitivas e comportamentais podem ser aplicadas para lidar com os desafios pessoais e profissionais.

Duração estimada

Até duas sessões ou a depender da necessidade do paciente

Objetivos

- Apresentar o modelo cognitivo dos transtornos emocionais, fornecendo uma compreensão teórica abrangente dessas condições;
- Explorar e explicar a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, destacando como esses elementos estão interconectados e influenciam uns aos outros;
- Facilitar a compreensão dos sintomas e do funcionamento do paciente, utilizando o contexto para tornar mais concretas e acessíveis as questões emocionais em discussão;

Passo 1: Psicoeducação sobre o modelo cognitivo dos transtornos emocionais

Psicoeducar é explicar, ao paciente, que as emoções são respostas adaptativas e funcionais ao ambiente em que ele está inserido. Em vez de focar

apenas em sinais e sintomas específicos, o terapeuta destaca a importância das emoções e seu papel fundamental na vida cotidiana. Esta estratégia pode contribuir para que o paciente aceite e compreenda melhor o tratamento. Assim, o terapeuta deve estar atento em:

- Explicar a função adaptativa das emoções, mostrando como elas alertam para eventos importantes e motivam a ação;
- Introduzir os conceitos do modelo cognitivo, enfatizando como pensamentos automáticos influenciam as emoções e os comportamentos;
- Aplicar o modelo à experiência específica do paciente, usando exemplos relevantes de seu ambiente de trabalho;
- Identificar e explorar os três componentes das emoções - pensamentos, sensações físicas e comportamentos - em situações específicas;
- Promover um ambiente interativo e colaborativo, incentivando o paciente a compartilhar suas próprias experiências e perspectivas.

Priorize a interação e participação do paciente, incentivando-o a compartilhar suas experiências e perspectivas. Essa abordagem mais colaborativa não apenas aumenta o envolvimento do paciente, mas também promove uma compreensão mais profunda e significativa dos tópicos abordados.

Paciente:	*Bem, eu realmente me lembro daquela situação. Foi um momento difícil para mim. Quando me vi diante daquela operação de resgate, todos os tipos de pensamentos negativos começaram a surgir na minha mente. Pensamentos de que eu não seria capaz de cumprir meu papel adequadamente, de que não estava preparado o suficiente. Isso me deixou tenso, com os músculos todos contraídos, como se eu estivesse prestes a explodir a qualquer momento. E, para ser sincero, me vi recuando um pouco, hesitando em tomar as decisões necessárias naquele momento de pressão.*
Terapeuta:	*Entendo como deve ter sido desafiador lidar com tudo isso. É normal que em situações de grande estresse e pressão, como essa operação de resgate, esses pensamentos de dúvida e insegurança possam surgir. Mas é importante*

	reconhecer que eles são apenas pensamentos e não necessariamente refletem a realidade. Como você se sente ao perceber essa conexão entre seus pensamentos, sensações físicas e comportamentos durante esses momentos?
Paciente:	*Acho que nunca tinha parado para pensar nessa conexão dessa forma. É meio assustador, na verdade, perceber como esses pensamentos podem afetar tanto o meu corpo e até mesmo as minhas ações. Mas ao mesmo tempo, acho que compreender isso pode ser o primeiro passo para lidar melhor com essas situações no futuro.*
Terapeuta:	*Exatamente. Ao compreendermos melhor essas conexões, podemos trabalhar juntos para desenvolver estratégias para lidar com esses pensamentos negativos e as emoções que eles desencadeiam. Estou aqui para te apoiar nesse processo e para ajudá-lo a fortalecer sua confiança em si mesmo e no seu trabalho. Como você se sente em relação a começar essa jornada de autoconhecimento e crescimento emocional?*
Paciente:	*Acho que estou disposto a tentar. Acredito que pode ser uma experiência desafiadora, mas estou aberto a aprender e a me desenvolver.*

Passo 2: Análise funcional através do modelo ARCo

Após a fase inicial de psicoeducação sobre emoções, avançaremos para a análise funcional da queixa, utilizando o modelo ARCo (Antecedentes-Respostas- Consequências). Esse modelo, proposto, por Barlow e cols. (2017) é uma versão do ABC (Antecedentes-Crenças-Consequências) da Terapia Cognitivo- Comportamental, mas com um foco maior nas emoções do paciente, ao invés de apenas nos pensamentos e crenças. Essa técnica auxilia o terapeuta na identificação de pensamentos disfuncionais e comportamentos mal adaptativos, permitindo intervenções direcionadas para interromper ciclos viciosos e melhorar a qualidade de vida do paciente. Para tanto, é preciso compreender como experiências passadas influenciam as respostas emocionais atuais dos pacientes, detalhando seus componentes:

antecedentes, respostas e consequências. O Anexo 1 apresenta uma tabela ilustrativa exemplificando a aplicação do ARCo em situações cotidianas de profissionais de segurança pública, podendo ser utilizada durante a sessão ou como uma tarefa de casa.

Terapeuta:	*Olá, como você tem se sentido desde a última vez que nos vimos?*
Paciente:	*Ah, sabe, a mesma coisa de sempre. Acho que estou lidando bem com tudo, mas às vezes me sinto um pouco tenso, principalmente quando tenho que lidar com situações de emergência.*
Terapeuta:	*Entendo. Situações de emergência podem ser realmente estressantes. Como você se sente quando recebe um chamado para uma ocorrência?*
Paciente:	*Bem, é como se meu corpo inteiro entrasse em modo de alerta máximo, sabe? A adrenalina sobe, sinto uma urgência enorme.*
Terapeuta:	*Compreendo. E a longo prazo, como você acha que essas situações impactam você?*
Paciente:	*Acho que isso me deixa sempre meio na defensiva, sabe? Como se eu estivesse sempre esperando pelo próximo problema, e isso acaba gerando uma ansiedade extra.*
Terapeuta:	*Entendi. É muito importante entender como essas situações te afetam, tanto no momento quanto no longo prazo. É por isso que eu gostaria de te apresentar o modelo ARCo. Ele nos ajuda a entender melhor como você reage em situações específicas e a encontrar maneiras de lidar com esses altos e baixos emocionais. O que você acha?*
Paciente:	*Hmm, interessante. Como funciona?*
Terapeuta:	*Bom, primeiro vamos explorar juntos o que acontece antes desses momentos de tensão, como o chamado para a ocorrência. Depois, vamos observar suas reações imediatas a essas situações e, por fim, vamos analisar as consequências dessas reações. Isso nos ajudará a*

	entender melhor suas emoções e encontrar formas mais saudáveis de lidar com elas. O que acha de experimentarmos juntos?
Paciente:	*Parece bom. Vamos tentar.*

Passo 3: Identificação e monitoramento de pensamentos automáticos negativos

Para além do Modelo ARCo, centrado nas emoções, também se pode adotar uma abordagem tradicional focada nas cognições, utilizando técnicas de identificação e registro de Pensamentos Automáticos Negativos (PANs). Durante a terapia, são seguidos sete passos simples. Na primeira etapa, a situação específica que provocou os pensamentos automáticos é explorada, como o caso de um policial que teve que usar força letal em uma ocorrência violenta, detalhando o contexto e os eventos. Em seguida, são examinados os pensamentos automáticos que surgiram na mente do profissional nessa situação, como “Eu sou um monstro” ou “Eu não devia ter atirado”, avaliando a intensidade da crença neles.

Depois, são investigadas as emoções associadas a esses pensamentos, como culpa, medo ou raiva, e sua intensidade é classificada. Posteriormente, são analisadas as evidências que sustentam esses pensamentos automáticos negativos, como seguir o protocolo ou a possibilidade da vítima estar armada. Em contraposição, são buscadas evidências que contradigam esses pensamentos automáticos negativos, promovendo uma perspectiva mais equilibrada, como agir em legítima defesa ou preservar vidas inocentes. Em seguida, o profissional é encorajado a gerar pensamentos alternativos mais realistas e adaptativos, como fazer o necessário para proteger a si mesmo e aos outros. Por fim, seu estado de espírito atual é avaliado, sendo classificado numa escala de 0 a 100.

Essa prática permite uma reflexão cuidadosa sobre os pensamentos automáticos negativos que frequentemente surgem em situações de estresse e violência vivenciadas por esses profissionais, ajudando-os a desenvolver habilidades para desafiá-los. No Anexo 2, encontra-se uma tabela de Registro de Pensamentos Automáticos Negativos. Esta ferramenta pode ser utilizada durante a sessão ou prescrita para casa. Esses padrões de pensamentos serão amplamente discutidos numa perspectiva cognitiva no módulo “Abordando Questões Temáticas”.

Terapeuta:	*Olá, João. Como você está hoje?*
Paciente:	*Oi, Ana. Um pouco tenso, para ser sincero.*
Terapeuta:	*Entendo. Você mencionou que teve uma semana difícil no trabalho. Quer conversar um pouco sobre isso?*
Paciente:	*Sim, claro. Tive uma ocorrência complicada na terça-feira. Precisei tomar uma decisão difícil, e desde então tenho me questionado muito sobre isso.*
Terapeuta:	*Entendi. Podemos explorar um pouco mais essa situação. Você se lembra dos pensamentos que passaram pela sua mente naquele momento?*
Paciente:	*Sim, eu lembro. Eu pensei que talvez eu tivesse agido errado, que talvez eu devesse ter feito algo diferente.*
Terapeuta:	*Entendi. E o quanto você acreditou nesses pensamentos naquele momento?*
Paciente:	*Bem, eu acho que acreditei neles bastante. A culpa estava pesando muito.*
Terapeuta:	*Compreendo. E como você estava se sentindo emocionalmente naquele momento?*
Paciente:	*Eu estava com medo, Ana. Medo de ter feito a coisa errada, medo das consequências.*
Terapeuta:	*Entendi. E quais foram as evidências que você considerou para apoiar esses pensamentos negativos?*
Paciente:	*Bom, eu estava seguindo o protocolo, mas mesmo assim, algo dentro de mim dizia que não estava certo.*
Terapeuta:	*Entendo. E você consegue pensar em alguma evidência que possa contradizer esses pensamentos negativos?*
Paciente:	*Hmm, talvez eu estivesse realmente agindo para proteger a mim mesmo e aos outros, como sempre fui treinado para fazer.*
Terapeuta:	*Isso parece uma perspectiva importante. E como você se sente agora, ao relembrar essa situação?*
Paciente:	*Ainda um pouco tenso, mas acho que estou começando a me sentir um pouco melhor.*

Terapeuta:	*Ótimo. Vamos trabalhar juntos para encontrar maneiras de lidar com esses pensamentos e emoções, tudo bem?*
Paciente:	*Sim, Ana. Obrigado por ouvir.*

Material Complementar

Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.)(pp. 75–82). Arbytes.

Barlow, D. H., Harris, B. A., Eustis, E. H., & Farchione, T. J. (2020). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. World Psychiatry, 19(2), 245–246. https://doi.org/10.1002/wps.20748

Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. Estudos de Psicologia (Campinas), 16(3), 8–18. https://doi.org/10.1590/S0103-166X1999000300002

Miguel, F. K. (2015). Psicologia das emoções: Uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. Psico-USF, 20(1), 153–162. https://doi.org/10.1590/1413-82712015200114

LATCC UERJ. (2023, 14 de maio). TCC Responde #25 - A aplicação do protocolo unificado em pacientes transdiagnósticos [Vídeo]. *YouTube*. https://www.youtube.com/watch?v=xvpUONm9Kwo&t=48s

Payne, L. A., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2023). Transtornos emocionais: Um protocolo unificado para tratamento transdiagnóstico. In D. H. Barlow (Ed.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo* (6a ed., pp. 200-238). Porto Alegre: Artmed.

Wright, J.H.; Basco, M. R. & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo- comportamental*: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed.

Wright, J. H.; Sudak, Turkington, D. & Thase, M.E. (2012). *Terapia cognitivo- comportamental de alto rendimento para sessões breves:* Guia ilustrado. Porto Alegre Artmed.

10. MÓDULO III: VISÃO DE SI, DO OUTRO E DO MUNDO

Este módulo aborda questões relacionadas à autoconfiança, autocontrole e autoestima para profissionais de segurança pública. Estes profissionais, frequentemente, após vivenciarem eventos traumáticos ou situações de violência e conteúdo sensível apresentam crenças e preocupações disfuncionais que impactam diretamente a sensação de confiança em si e nos outros, o senso de controle e a autoestima.

Cada indivíduo pode reagir de forma distinta a essas questões, e nem todos os aspectos serão igualmente relevantes para todos os pacientes. Portanto, é importante que o terapeuta adapte a intervenção conforme as necessidades específicas de cada indivíduo. Algumas questões podem demandar mais atenção e ênfase, enquanto outras podem ser abordadas de maneira mais breve ou até mesmo desconsideradas, a depender da construção do caso.

Em média, o terapeuta deverá trabalhar as questões apresentadas ao longo de quatro a cinco sessões. No entanto, a ordem e duração da abordagem de cada tema devem ser individualizadas conforme a avaliação inicial e o progresso do paciente podendo ser estendida, se necessário, para garantir uma intervenção eficaz e personalizada.

É importante ressaltar que, embora esses tópicos tenham sido abordados separadamente, na prática clínica, eles estão intimamente interligados e integradas. Assim, o terapeuta deve sempre avaliar o contexto profissional e pessoal do paciente, com o intuito de explorar a demanda terapêutica de forma abrangente.

Duração estimada

Até cinco sessões ou a depender da necessidade do paciente.

Objetivos

- Identificar e reestruturar as crenças disfuncionais dos pacientes, priorizando a promoção de crenças positivas e direcionando o foco para o lado positivo;

- Desafiar as crenças negativas dos pacientes sobre autoconfiança, ressaltando suas habilidades individuais e o potencial positivo;
- Auxiliar na reconstrução de uma autoimagem positiva nos pacientes e na promoção de relacionamentos saudáveis, valorizando suas qualidades e incentivando uma comunicação respeitosa;
- Encorajar práticas de autocuidado e reflexão nos pacientes para fortalecer sua autoestima e resiliência emocional, enfatizando o reconhecimento de suas próprias capacidades.

Passo 1: Lidando com pensamentos desadaptativos

Os padrões de pensamentos desadaptativos levam a interpretações enviesadas ou irracionais da realidade, que podem influenciar significativamente as emoções e comportamentos, podendo exacerbar ou manter sintomas de transtornos emocionais. É fundamental que o terapeuta auxilie o paciente a identificar e corrigir esses padrões de pensamento desadaptativos.

Uma lista completa de padrões de pensamento desadaptativos pode se encontrada no Anexo 3. A seguir, são apresentados quatro exemplos frequentes entre os profissionais de segurança pública:

- Pensamento dicotômico (“ou estou 100% seguro ou não estou seguro de forma alguma”);
- Catastrofização (“se essa operação der errado, será um desastre absoluto”);
- Leitura de pensamentos (“meus colegas devem achar que sou incompetente”);
- Filtragem negativa (focar apenas nos aspectos negativos de uma situação, ignorando os positivos).

Diante de um paciente que apresente esses pensamentos, o terapeuta deve conduzir na sessão da seguinte maneira:

1. Explorar exemplos concretos de padrões de pensamento desadaptativos apresentados pelo paciente, relacionando-os a situações específicas de sua vida profissional ou pessoal.
2. Educar sobre os diferentes tipos de pensamentos desadaptativos e seus impactos. Praticar a identificação desses padrões em pensamentos e crenças do paciente.

3. Realizar reestruturação cognitiva, auxiliando o paciente a gerar interpretações mais racionais e equilibradas.

Terapeuta:	*Olá João, como você está se sentindo hoje?*
Paciente:	*Olá Ana, estou me sentindo um pouco tenso. Tive uma ocorrência ontem que não saiu como eu esperava e desde então tenho me sentido um pouco inseguro.*
Terapeuta:	*Entendi. Você pode me contar mais sobre essa ocorrência?*
Paciente:	*Claro. Fui chamado para intervir em uma briga doméstica, e apesar de tentar acalmar a situação, as coisas acabaram ficando fora de controle. Sinto que falhei em manter a calma e evitar que a situação piorasse.*
Terapeuta:	*Parece que você está sendo muito crítico consigo mesmo. É comum nos sentirmos assim após situações estressantes. Você percebe algum padrão de pensamento recorrente nessas situações?*
Paciente:	*Acho que sempre penso que poderia ter feito algo para evitar o problema, como se eu devesse ser capaz de controlar tudo o tempo todo.*
Terapeuta:	*Entendo. Parece que você está tendo pensamentos dicotômicos, como se você fosse totalmente responsável pelo resultado da situação. Você consegue pensar em outras ocasiões em que teve pensamentos semelhantes?*
Paciente:	*Sim, acho que isso acontece com frequência. Sempre sinto como se as coisas fossem ou perfeitas ou um desastre total.*
Terapeuta:	*Entendi. É importante reconhecer esses padrões de pensamento para podermos trabalhar neles juntos. Como você se sentiria em desafiar esses pensamentos e considerar outras perspectivas?*
Paciente:	*Acho que poderia ser útil. Não consigo controlar todas as variáveis em uma ocorrência, e talvez eu estejjOa sÃenOdo muito duro comigo mesmo.*
Terapeuta:	*É normal querer ter controle sobre as situações, mas é importante lembrar que nem tudo está sob nosso*

	controle. Às vezes, fazer o melhor possível dadas as circunstâncias é tudo o que podemos fazer. Como você se sente agora?
Paciente:	*Definitivamente mais aliviado. Acho que posso tentar ser mais gentil comigo mesmo e reconhecer que estou fazendo o melhor que posso.*
Terapeuta:	*Fico feliz em ouvir isso. Vamos continuar trabalhando juntos para desafiar esses padrões de pensamento e promover uma perspectiva mais equilibrada.*

Passo 2: Lidando com problemas de autoconfiança

As questões de confiança englobam as crenças e percepções de uma pessoa sobre sua capacidade de confiar em si mesma (autoconfiança) e nos outros. A autoconfiança saudável é essencial para o desempenho eficaz das funções profissionais e para o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais positivos.

Diante de um paciente que apresente problemas de autoconfiança, o terapeuta deve conduzir na sessão da seguinte maneira:

- Explorar as experiências passadas do paciente que moldaram suas crenças atuais sobre confiança;
- Analisar como o evento traumático afetou a autoconfiança e a confiança nos outros;
- Desafiar crenças negativas, fornecendo exemplos concretos de habilidades e conquistas do paciente;
- Promover técnicas de autoafirmação e autovalidação.

Terapeuta:	*Olá João, como você está hoje?*
Paciente:	*Olá, estou me sentindo um pouco sobrecarregado, para ser honesto. Tive algumas dúvidas em relação ao meu trabalho recentemente.*
Terapeuta:	*Compreendo. Você gostaria de compartilhar um pouco mais sobre o que está acontecendo?*
Paciente:	*Claro, recentemente liderava uma equipe de investigação em um caso bastante complexo. Desde então, tenho me*

	questionado constantemente sobre minhas decisões e se estou fazendo o suficiente.
Terapeuta:	*Parece que você está enfrentando um desafio em confiar em suas próprias habilidades. Você percebe algum padrão de pensamento recorrente nessas situações?*
Paciente:	*Sim, sempre me pego pensando que não sou capaz o suficiente, que minhas decisões são erradas e que não posso confiar em mim mesma para liderar minha equipe.*
Terapeuta:	*Entendo como isso pode ser difícil. É normal ter dúvidas, especialmente após situações desafiadoras. Você consegue lembrar-se de momentos em que liderou sua equipe com sucesso?*
Paciente:	*Bem, houve ocasiões em que conseguimos resolver casos difíceis e minha equipe me elogiou por isso, mas parece que esse caso complexo está ofuscando tudo isso.*
Terapeuta:	*É compreensível que um caso difícil possa abalar sua confiança. Mas lembre- se de que você tem experiência e treinamento para lidar com situações desafiadoras. Você estaria disposta a desafiar esses pensamentos negativos e encontrar exemplos positivos de sua liderança anterior?*
Paciente:	*Sim, acho que isso seria útil. Eu realmente quero voltar a confiar em mim mesma e em minhas habilidades de liderança.*
Terapeuta:	*Ótimo. Vamos trabalhar juntos para desenvolver estratégias que fortaleçam sua confiança e te ajudem a reconhecer seus sucessos anteriores. Estou aqui para apoiá-la durante todo o processo.*

Passo 3: Lidando com dificuldades de autocontrole

As questões de autocontrole referem-se às percepções e crenças de uma pessoa sobre sua capacidade de influenciar eventos, situações e relacionamentos em sua vida. Crenças distorcidas, como sensação excessiva de impotência ou necessidade inflexível de controle, podem contribuir para problemas emocionais e comportamentais.

Diante de um paciente que apresente dificuldades de autocontrole, o terapeuta deve conduzir na sessão da seguinte maneira:

- Identificar e explorar as crenças do paciente sobre poder e controle, considerando experiências passadas e expectativas atuais;
- Analisar como o desamparo aprendido (fenômeno em que um indivíduo desenvolve uma crença de impotência ou falta de controle após experiências repetidas de eventos aversivos que parecem inevitáveis ou fora de seu controle e que pode levar a sintomas como passividade, falta de motivação e desesperança) ou outras experiências moldaram essas crenças;
- Desafiar crenças negativas, fornecendo exemplos de situações em que o paciente demonstrou capacidade de influência;
- Promover comportamentos ativos e assertivos.

Terapeuta:	*Bom dia, João. Como você está se sentindo hoje?*
Paciente:	*Bom dia, Ana. Sinceramente, estou me sentindo um pouco frustrado. Tenho lidado com tantos procedimentos burocráticos lentos ultimamente que parece que estou preso em um ciclo sem fim.*
Terapeuta:	*Entendo. Parece que você está se sentindo impotente diante dessas situações. É comum enfrentarmos momentos em que nos sentimos assim. Você já percebeu algum pensamento recorrente relacionado a isso?*
Paciente:	*Sim, muitas vezes penso que não há nada que eu possa fazer para melhorar esse sistema. Sinto como se estivesse preso em uma situação que está além do meu controle.*
Terapeuta:	*Entendo como isso pode ser desanimador. No entanto, é importante lembrar que sempre há áreas em que podemos exercer algum nível de controle, mesmo que pareça pequeno. Você já pensou em maneiras de otimizar seus próprios processos de trabalho para lidar melhor com essas situações?*
Paciente:	*Bem, na verdade, nunca considerei essa possibilidade. Sempre me concentrei mais em lamentar as circunstâncias do que em procurar maneiras de melhorá-las.*

Terapeuta:	*É compreensível. Às vezes, quando nos sentimos impotentes, é fácil esquecer que ainda temos poder sobre nossas próprias ações. Talvez possamos explorar juntos algumas estratégias para você se sentir mais capacitado e proativo diante desses desafios. Como você se sentiria em relação a isso?*
Paciente:	*Acho que seria uma boa ideia. Nunca considerei minha própria capacidade de mudança nesses momentos difíceis. Obrigado por me lembrar disso.*
Terapeuta:	*Não há de quê, João. Estou aqui para ajudá-lo a explorar essas possibilidades e encontrar maneiras de lidar melhor com essas situações. Juntos, podemos trabalhar para promover uma mentalidade mais proativa e capacitadora.*

Passo 4: Lidando com baixa autoestima

As questões de autoestima envolvem as percepções e crenças de uma pessoa sobre seu próprio valor e em relação aos outros. Uma autoestima saudável é fundamental para o bem-estar emocional e o funcionamento psicológico adequado, enquanto pensamentos negativos sobre si mesmo e sobre os outros podem prejudicar os relacionamentos interpessoais.

Diante de um paciente que apresente baixa autoestima, o terapeuta deve conduzir na sessão da seguinte maneira:

- Identificar crenças disfuncionais relacionadas à autoestima e à estima pelos outros;
- Explorar experiências passadas e atuais que possam ter contribuído para essas crenças;
- Desafiar as crenças negativas por meio da reestruturação cognitiva, buscando evidências contrárias;
- Promover estratégias de autocuidado, autorreflexão e desenvolvimento de habilidades sociais;
- Estabelecer metas realistas para fortalecer a autoestima e os relacionamentos interpessoais.

Terapeuta:	*Olá, João. Como você está se sentindo hoje?*
Paciente:	*Oi, Ana. Bem, na verdade, tenho me sentido meio para baixo ultimamente. Sinto como se não estivesse à altura das expectativas no trabalho, sabe?*
Terapeuta:	*Entendo. Parece que você está lutando com sua autoestima. Você poderia me contar mais sobre o que está te incomodando especificamente?*
Paciente:	*É difícil explicar. Eu sei que deveria me sentir confiante em meu papel como policial, mas ultimamente tenho me questionado se sou bom o suficiente. Sempre que me deparo com uma situação desafiadora, parece que as dúvidas sobre minhas habilidades surgem.*
Terapeuta:	*Parece que você está sendo muito duro consigo mesmo. É normal enfrentarmos momentos de dúvida, mas é importante reconhecer suas próprias habilidades e conquistas. Você já pensou em maneiras de aumentar sua autoconfiança?*
Paciente:	*Honestamente, não sei por onde começar. Parece que estou preso nesse ciclo de autocrítica constante.*
Terapeuta:	*Entendo como pode ser difícil sair desse ciclo. Talvez possamos explorar juntos algumas estratégias para fortalecer sua autoestima. Por exemplo, você já considerou manter um registro das suas conquistas e sucessos no trabalho?*
Paciente:	*Nunca pensei nisso. Acho que poderia ser útil para lembrar-me das coisas boas que já fiz.*
Terapeuta:	*Exatamente. Também podemos trabalhar em técnicas de enfrentamento para lidar com pensamentos negativos quando eles surgirem. Estou aqui para ajudá-lo a desenvolver uma perspectiva mais positiva sobre si mesmo e suas habilidades como policial.*
Paciente:	*Obrigado, Ana. Sinto que já estou me sentindo um pouco melhor só de falar sobre isso.*
Terapeuta:	*Fico feliz em ouvir isso, João. Estou aqui para apoiá-lo em sua jornada para uma autoestima mais saudável.*

Material Complementar

LATCC UERJ. (2023, 14 de maio). TCC Responde #25 - A aplicação do protocolo unificado em pacientes transdiagnósticos [Vídeo]. https://www.youtube.com/watch?v=xvpUONm9Kwo

Machado de Paula Silveira, M. (2024, 19 de fevereiro). *Reestruturação cognitiva: entenda como aplicar com seu paciente.* Blog do Secad.

11. MÓDULO IV: CONVIVENDO COM O ESTRESSE

Os profissionais de segurança pública estão constantemente expostos a situações de alto estresse e risco, o que pode desencadear reações físicas e emocionais intensas. O estresse crônico e a incapacidade de regular essas reações podem levar a consequências prejudiciais para a saúde física e mental. Como proposta de intervenção nesse contexto, este módulo apresenta estratégias e técnicas baseadas em evidências para auxiliar esses profissionais no manejo do estresse e de emoções intensas.

No entanto, para garantir um tratamento eficaz, é essencial que o terapeuta adote uma abordagem flexível e personalizada, adaptando-se às necessidades e preferências individuais de cada paciente. Isso significa não apenas aplicar técnicas específicas, como psicoeducação, técnicas de relaxamento e estratégias de integração entre vida profissional e pessoal, mas também estar aberto a explorar outras abordagens complementares.

Nesse sentido, desde que possua conhecimento e treinamento adequados, o terapeuta pode considerar o uso de *mindfulness* e terapias de terceira onda, tais como Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Terapia Cognitivo- Comportamental Baseada em *Mindfulness* (MBCT), Terapia Focada na Compaixão (CFT) e Terapia Dialética Comportamental (DBT). No entanto, a chave para o sucesso do tratamento reside em manter um diálogo aberto e colaborativo com o paciente. Ao trabalhar em conjunto, terapeuta e paciente podem garantir que o tratamento seja verdadeiramente eficaz e atenda às necessidades individuais de cada pessoa.

Duração estimada

Até duas sessões ou a depender da necessidade do paciente.

Objetivos

- Psicoeducar o paciente sobre o estresse e seus impactos físicos e emocionais, destacando a importância do reconhecimento e compreensão desses efeitos para uma melhor gestão do estresse;
- Apresentar e discutir técnicas de relaxamento eficazes, incluindo mindfulness, meditação e respiração consciente, como ferramentas

para reduzir a ativação fisiológica e promover o relaxamento do corpo e da mente.

- Explorar a importância da consciência corporal e da regulação das sensações físicas como elementos-chave no desenvolvimento de estratégias para lidar com o estresse.

Passo 1: Psicoeducação sobre o estresse

Ao abordar o manejo do estresse com profissionais de segurança pública na terapia, é essencial realizar uma psicoeducação abrangente sobre a temática. Desse modo, pode-se começar explicando os diferentes tipos de estresse. Como, por exemplo, o estresse agudo é uma resposta temporária a situações desafiadoras ou ameaçadoras, como um policial respondendo a uma ocorrência de alto risco; o estresse crônico refere-se a um estado prolongado de tensão e ansiedade causado por fatores recorrentes, como longas jornadas de trabalho e exposição contínua a situações violentas e; o estresse traumático é desencadeado por eventos extremamente perturbadores ou ameaçadores, como um bombeiro que presencia a morte de uma criança em um incêndio, podendo levar a sintomas de estresse pós-traumático.

Em seguida, deve-se abordar as consequências físicas e emocionais do estresse, incluindo problemas de saúde, ansiedade, depressão e burnout. Para facilitar o entendimento do paciente pode ser utilizado metáforas e analogias simples. Além disso, o terapeuta deve encorajar o paciente a compartilhar suas próprias experiências e sinais de alerta de estresse excessivo, como irritabilidade, dificuldade de concentração e isolamento social. O objetivo é ajudá-lo a observar e interpretar suas sensações físicas de maneira mais equilibrada, em vez de reagir automaticamente a elas como se fossem ameaçadoras, reduzindo assim a intensidade das emoções negativas e permitindo que lidem com situações estressantes de forma mais eficaz.

Terapeuta:	*Olá, João. Como você está se sentindo hoje?*
Paciente:	*Olá, Ana. Estou me sentindo um pouco tenso ultimamente.*
Terapeuta:	*Entendo. É normal se sentir assim, especialmente com a natureza desafiadora do seu trabalho. Gostaria de aproveitar esta sessão para conversarmos um pouco*

	sobre o estresse e suas diferentes formas de manifestação. Você já ouviu falar sobre os tipos de estresse?
Paciente:	*Um pouco, mas não sei muito detalhadamente.*
Terapeuta:	*Tudo bem. Existem basicamente três tipos de estresse: o estresse agudo, que é uma resposta temporária a situações desafiadoras, como quando você precisa responder a uma ocorrência de alto risco; o estresse crônico, que é um estado prolongado de tensão e ansiedade causado por fatores recorrentes, como longas jornadas de trabalho e exposição contínua a situações violentas; e o estresse traumático, que é desencadeado por eventos extremamente perturbadores ou ameaçadores, como presenciar uma situação trágica durante o serviço, o que pode levar a sintomas de estresse pós-traumático. Você consegue identificar em qual desses tipos você se enquadra mais?*
Paciente:	*Acho que tenho experimentado um pouco de cada um, mas o estresse crônico parece ser o que mais me afeta.*
Terapeuta:	*Entendo. É importante reconhecer esses sinais em você mesmo. O estresse pode ter diversas consequências físicas e emocionais, como problemas de saúde, ansiedade, depressão e burnout. Você já notou algum desses sintomas em si mesmo?*
Paciente:	*Sim, tenho sentido dores de cabeça constantes e me sinto sempre exausto.*
Terapeuta:	*Esses são sinais claros de que seu corpo está reagindo ao estresse. Vamos trabalhar juntos para encontrar formas de lidar com isso de maneira mais saudável e eficaz. Estou aqui para ajudá-lo a entender suas sensações físicas e emoções, para que você possa enfrentar as situações estressantes de forma mais equilibrada.*

Passo 2: Técnicas de relaxamento

Esta etapa traz estratégias comportamentais para acalmar a ativação emocional e induzir um estado de calma fisiológica. A ativação emocional

refere-se ao estado de excitação física e mental experimentado durante situações estressantes ou emocionalmente intensas. Por exemplo, um policial que responde a uma ocorrência de alto risco pode sentir seu coração acelerado, respiração ofegante, músculos tensos e pensamentos acelerados, indicando uma ativação emocional significativa. Por outro lado, um estado de calma fisiológica é caracterizado por uma redução nos níveis de excitação física e mental, promovendo um maior relaxamento corporal e mental. Nesse estado, os batimentos cardíacos são regulares, a respiração é tranquila, e os músculos estão relaxados, permitindo que a pessoa lide com situações desafiadoras de maneira mais equilibrada. Seguem três técnicas que podem ser ensinadas ao paciente como alternativas de manejo a situações de estresse e ativação emocional visando estabelecer a calma fisiológica.

A primeira técnica abordada é a **respiração diafragmática**, um exercício de respiração profunda que envolve a expansão do abdômen. Oriente seu paciente da seguinte maneira: 1) sente-se confortavelmente com as costas retas; 2) coloque uma mão sobre o abdômen para sentir o movimento da respiração; 3) inspire lentamente pelo nariz, fazendo seu abdômen expandir; 4) segure a respiração por um momento; 5) expire lentamente pela boca, sentindo seu abdômen contrair. Repita esse ciclo por alguns minutos (Neves Neto, 2011).Outra possibilidade, é apresentar o **relaxamento muscular progressivo**, que consiste em tensionar e relaxar grupos musculares específicos (Day, Eyer e Thorn, 2014). Oriente seu paciente da seguinte maneira: 1) comece pelos músculos dos pés, contraindo-os firmemente por alguns segundos e, em seguida, relaxando; 2) prossiga para as panturrilhas, coxas, abdômen, braços, ombros e, por fim, rosto; 3) ao relaxar cada grupo muscular, respire lentamente e sinta o alívio da tensão.

Por fim, temos ainda a **imaginação guiada**, que envolve a utilização de imagens mentais agradáveis e cenas tranquilas (Hales & cols, 2014). Oriente seu paciente da seguinte maneira: 1) feche os olhos e respire profundamente; 2) visualize um local calmo e pacífico, como uma praia ou uma floresta; 3) foque nos detalhes sensoriais, como os sons das ondas ou o perfume das árvores; 4) permaneça nessa visualização por alguns minutos, respirando lentamente.

Essas técnicas podem ser utilizadas pelos profissionais de segurança pública em diversas situações cotidianas. Por exemplo, a respiração diafragmática pode ser praticada antes de uma ocorrência potencialmente estressante, ajudando a manter a calma. O relaxamento muscular progressivo pode

ser útil após um turno exigente, para aliviar a tensão acumulada. E a imaginação guiada pode ser uma estratégia eficaz para reduzir a ansiedade antes de uma reunião importante ou durante pausas no trabalho.

Terapeuta:	*Olá, João. Como você está se sentindo hoje?*
Paciente:	*Olá, Ana. Estou um pouco tenso, como de costume.*
Terapeuta:	*Entendo, João. Estou aqui para ajudá-lo a lidar com esse estresse. Vamos começar com a respiração diafragmática. Primeiro, gostaria que você se sentasse confortavelmente, com as costas retas, em uma posição onde se sinta relaxado. Agora, coloque uma mão sobre o seu abdômen, logo abaixo das costelas, para que você possa sentir o movimento da respiração. Agora, inspire lentamente pelo nariz, fazendo com que o ar encha o seu abdômen. Sinta-o se expandir enquanto você inspira. Continue respirando, preenchendo seu abdômen completamente com o ar, e, quando sentir que não consegue mais inspirar, segure a respiração por alguns segundos. Agora, expire lentamente pela boca, esvaziando completamente o ar dos seus pulmões. Sinta seu abdômen contraindo à medida que você expira. Continue respirando dessa maneira, inspirando pelo nariz e expirando pela boca, concentrando-se no movimento do seu abdômen. Vamos fazer isso juntos por alguns minutos. Inspire... E expire... Isso mesmo, continue respirando profundamente dessa forma. Sinta como a sua respiração pode ajudá-lo a relaxar e a acalmar a sua mente.* *Quando estiver pronto, pode continuar praticando por conta própria e que precisar de um momento para se acalmar.*

Passo 3: Integrando vida pessoal e vida profissional

Neste passo, o terapeuta irá auxiliar o paciente a reconhecer que a vida profissional e a vida pessoal estão intimamente interligadas e se influenciam

de forma recíproca. Dessa maneira, o estresse e as demandas excessivas de uma esfera podem afetar negativamente a outra, criando um ciclo vicioso que, por conseguinte, é prejudicial para a saúde mental e o bem-estar geral.

O primeiro aspecto a ser abordado é o estabelecimento de limites saudáveis. Nesse sentido, o terapeuta deverá orientar o paciente sobre estratégias práticas para separar o trabalho da vida pessoal, evitando a transferência excessiva de estresse de um domínio para o outro. O terapeuta também deverá incentivar as atividades de autocuidado. Por isso, encoraje o paciente a realizar atividades de lazer, exercícios físicos, meditação e outras práticas que promovam o bem-estar geral e o equilíbrio emocional. Essas atividades podem ajudá-lo a aliviar o estresse, recarregar energias e manter um estilo de vida saudável.

Além disso, o terapeuta pode destacar em suas intervenções a importância do paciente cultivar relacionamentos saudáveis e redes de apoio, tanto no ambiente profissional quanto pessoal. Ter pessoas em quem possam confiar e compartilhar suas experiências pode ser um recurso valioso para enfrentar desafios de forma mais eficaz.

Terapeuta:	*E você, João? Como tem lidado com o dia a dia da delegacia?*
Paciente:	*Ana, tem sido difícil. Às vezes, é complicado deixar o trabalho para trás quando chego em casa.*
Terapeuta:	*Compreendo, João. Quando você chega em casa após um turno estressante, é importante reservar um tempo para se desconectar das demandas profissionais. Sugiro que crie uma rotina de transição, como tomar um banho relaxante ou fazer uma caminhada curta ao redor do quarteirão. Isso pode ajudar a deixar o estresse do trabalho para trás e permitir que se concentre em sua família e em atividades agradáveis. O que acha dessa ideia?*
Paciente:	*Parece uma boa ideia, Ana. Acho que poderia tentar implementar uma rotina assim para ajudar a relaxar depois do trabalho.*
Terapeuta:	*Excelente, João. É importante cuidar de si mesmo e encontrar maneiras de relaxar após um dia estressante.*

Material Complementar

Rede ICC Saúde. (2022, 27 de janeiro). Live Janeiro Branco: “Manejo do estresse emocional” [Vídeo]. https://www.youtube.com/watch?v=Clt6tOA5ZaY

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. de O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista De Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, *25*, 65–74. https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008

12. MÓDULO V: PREVENÇÃO DE RECAÍDA E ENCERRAMENTO

As sessões finais de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) representam um estágio importante no processo terapêutico, marcando o encerramento formal do tratamento e a transição do paciente para a aplicação autônoma das habilidades aprendidas. Sob a orientação do terapeuta, essas sessões geralmente incluem uma revisão detalhada do progresso alcançado ao longo do tratamento, celebrando as conquistas e discutindo abertamente as áreas que ainda demandam atenção (Beck, 2020).

Além disso, as sessões finais proporcionam uma oportunidade para consolidar estratégias de prevenção de recaídas, desenvolver um plano de ação pós- tratamento e promover uma visão positiva em relação ao futuro. Especialmente as técnicas de prevenção de recaída e manutenção dos ganhos são fundamentais para os profissionais de segurança pública que após o encerramento da terapia continuam expostos a fatores estressantes em sua rotina profissional.

Nesse sentido, este módulo apresenta estratégias de auto-regulação emocional, autocuidado e apoio social para fortalecer a resiliência e prevenir recaídas nos sintomas emocionais. Ao reconhecer e se preparar para possíveis gatilhos e sinais de alerta, esses profissionais podem responder de forma eficaz e preventiva, reduzindo o impacto desses eventos na saúde mental. Dessa forma, os planos de manutenção não apenas reconhecem a realidade da exposição contínua ao estresse, mas também capacitam os profissionais a enfrentar esses desafios de maneira sustentável, promovendo resiliência e bem-estar a longo prazo.

Duração estimada

Até duas sessões ou a depender da necessidade do paciente.

Objetivos

- Revisar e consolidar as habilidades adquiridas durante o tratamento, celebrando o progresso alcançado;

- Identificar potenciais gatilhos e sinais de alerta para a recaída, desenvolvendo um plano de ação personalizado;
- Estabelecer estratégias e um plano de manutenção para a continuidade da prática das habilidades aprendidas e a promoção do bem-estar a longo prazo.

Passo 1: Revisão do progresso e habilidades adquiridas

Nesta etapa, o terapeuta conduzirá uma revisão abrangente do progresso alcançado pelo paciente ao longo do tratamento, destacando as habilidades adquiridas e as áreas que ainda demandam aprimoramento. É essencial que este momento seja realizado de forma colaborativa, envolvendo ativamente o paciente na avaliação de seu próprio desenvolvimento.

Assim, primeiramente, o terapeuta deve revisar os objetivos estabelecidos no início do tratamento, apontando as conquistas e as áreas que ainda representam desafios para o paciente. Em seguida, deve destacar as principais habilidades cognitivo-comportamentais que o paciente aprendeu ao longo do processo terapêutico. Estas podem incluir técnicas como reestruturação cognitiva, identificação e desafio de padrões de pensamento desadaptativos, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas, resolução de problemas, entre outras.

O terapeuta deve explicar brevemente cada habilidade e solicitar que o paciente compartilhe exemplos concretos de como ele aplicou essas habilidades em situações específicas de sua vida profissional e pessoal. Ao escutar os exemplos, o terapeuta deve validar os esforços e avanços do paciente e demonstrar empatia em relação às àreas que precisam continuar desenvolvendo. Essa revisão abrangente do progresso e das habilidades adquiridas prepara o terreno para os próximos componentes, nos quais o foco será a prevenção de recaídas e o planejamento para a manutenção dos ganhos terapêuticos a longo prazo.

Terapeuta:	*Olá, João. Como tem sido sua semana desde a última vez que nos vimos?*
Paciente:	*Olá, Ana. Foi uma semana intensa, cheia de desafios no trabalho.*
Terapeuta:	*Entendo. Você poderia compartilhar comigo um exemplo de como aplicou as habilidades que discutimos durante nossas sessões em uma situação recente?*

Paciente:	*Claro. Houve uma ocorrência com um suspeito armado, e normalmente eu me via imerso em pensamentos catastróficos. Mas desta vez, consegui identificar esses pensamentos distorcidos e substituí-los por uma avaliação mais equilibrada da situação. Isso me permitiu manter a calma e tomar decisões mais eficazes.*
Terapeuta:	*Isso é incrível, João. Você demonstrou um notável progresso na aplicação das técnicas de reestruturação cognitiva, especialmente em situações de alto estresse. No entanto, notei que ainda há espaço para desenvolver suas habilidades de resolução de conflitos, especialmente em situações interpessoais no trabalho. Como você se sente sobre continuar a trabalhar nessa área?*
Paciente:	*Honestamente, Ana, sinto que ainda tenho muito a aprender. Estou disposto a me dedicar a aprimorar minhas habilidades de resolução de conflitos, pois sei que isso pode melhorar significativamente minha performance no trabalho e minha qualidade de vida.*
Terapeuta:	*Estou aqui para ajudá-lo nesse processo, Carlos. Vamos explorar algumas estratégias para você continuar a progredir nessa área.*

Passo 2: Identificação de gatilhos e sinais de alerta

Neste passo, o foco será auxiliar o paciente a identificar e se preparar para possíveis gatilhos e sinais de alerta que possam levá-lo a uma recaída ou retorno dos sintomas. É fundamental que o terapeuta explore esses fatores de risco tanto no contexto profissional quanto na vida pessoal do paciente. Nesse sentido, o terapeuta pode ensinar o paciente a identificar sinais de alerta tanto físicos (como tensão muscular, alterações no sono ou apetite), quanto emocionais (humor deprimido, ansiedade) ou cognitivos (distorções cognitivas, como pensamentos catastróficos).

Com base nos gatilhos e sinais de alerta identificados, o terapeuta e o paciente devem desenvolver um plano de ação personalizado para lidar com essas situações de risco. Esse plano pode incluir estratégias como a prática regular de técnicas de enfrentamento, o estabelecimento de rotinas

de autocuidado ou o engajamento em atividades de lazer e descompressão após situações particularmente desafiadoras no trabalho.

É importante enfatizar que flutuações nos sintomas são normais e não indicam necessariamente uma recaída completa. Como ainda, desenvolver estratégias proativas, com o objetivo de capacitar o paciente a prevenir uma recaída completa dos sintomas e manter os ganhos terapêuticos alcançados durante o tratamento.

Terapeuta:	*Olá, João. Como você tem se sentido desde a nossa última sessão?*
Paciente:	*Olá, Ana. Tenho tido altos e baixos emocionais, especialmente no trabalho.*
Terapeuta:	*É perfeitamente normal experimentar essas oscilações, especialmente considerando a natureza desafiadora do seu trabalho. O importante é não julgar ou criticar esses altos e baixos, mas sim estar preparado para lidar com eles de maneira saudável e adaptativa, utilizando as habilidades que aprendemos durante o tratamento. Como você tem lidado com essas mudanças de humor?*
Paciente:	*Tenho tentado me concentrar nas técnicas que aprendemos nas sessões, como a respiração profunda e a reestruturação cognitiva. Elas têm me ajudado a lidar com o estresse, mas ainda sinto que poderia melhorar minha resposta emocional em certas situações.*
Terapeuta:	*É ótimo ouvir que as técnicas estão sendo úteis. Reconhecer áreas onde podemos melhorar é um passo importante. Vamos explorar juntos maneiras de fortalecer suas habilidades de enfrentamento e encontrar estratégias adicionais que possam ajudá-lo a lidar com essas oscilações emocionais de maneira mais eficaz. Estou aqui para apoiá-lo nesse processo, João.*

Passo 3: Estratégias de manutenção e apoio contínuo

Nesta etapa, o foco será estabelecer estratégias e um plano de ação para que o paciente possa manter os ganhos terapêuticos alcançados durante

o tratamento a longo prazo. Então, é fundamental que o terapeuta explore opções personalizadas de acordo com o contexto específico do paciente, auxiliando na identificação de fontes de apoio social e profissional que possam auxiliar nesse processo, como por exemplo: encaminhamento na rede de ampla de saúde, uso de recursos como aplicativos de saúde mental para monitoramento contínuo, dentre outros.

Nas sessões de encerramento, nunca é demais reforçar a capacidade do paciente em enfrentar desafios futuros de maneira adaptativa, utilizando as habilidades adquiridas. Portanto, invista no acolhimento e incentive seu paciente a continuar investindo num um estilo de vida equilibrado!

Terapeuta:	*Olá, João. Como tem passado desde nossa última sessão?*
Paciente:	*Olá, Ana. Tenho me sentido um pouco sobrecarregado ultimamente, especialmente após os últimos resgates que participei.*
Terapeuta:	*Compreendo, João. Ser bombeiro pode ser emocionalmente desgastante, especialmente diante de situações tão intensas. Como você tem lidado com esses sentimentos?*
Paciente:	*Tenho tentado me manter firme, mas há momentos em que sinto que o peso do que vivenciei se torna difícil de carregar. Às vezes, questiono se estou fazendo o suficiente para ajudar as pessoas que precisam.*
Terapeuta:	*É normal se sentir assim diante das responsabilidades e das demandas emocionais da sua profissão. Você tem sido incrivelmente corajoso e dedicado, João. O trabalho que você faz é fundamental para a segurança e o bem-estar da comunidade. É importante lembrar que você também precisa cuidar de si mesmo. Como você tem se cuidado ultimamente?*
Paciente:	*Tenho tentado reservar um tempo para mim, praticando ioga e meditação quando posso. Ajuda a acalmar minha mente e a me reconectar comigo mesmo.*
Terapeuta:	*Isso é ótimo, João. Cuidar de si mesmo é essencial para conseguir lidar com as demandas do trabalho e manter sua saúde mental. Além disso, lembre-se de que estou*

aqui para apoiá-lo sempre que precisar. Juntos, podemos explorar estratégias adicionais para ajudá-lo a enfrentar esses momentos desafiadores e a encontrar um equilíbrio saudável entre sua vida profissional e pessoal.

Passo 4: Aplicação de pós-testes e avaliações

Neste passo, o terapeuta irá reaplicar as mesmas escalas e instrumentos de avaliação que foram utilizados na linha de base, antes do início do tratamento. Estas incluem escalas presentes na plataforma do Escuta SUSP para avaliar a gravidade dos sintomas de transtornos específicos, como depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida. Estas medidas permitem que o paciente avalie sua própria percepção de progresso ao longo do tratamento.

O terapeuta deve então revisar e discutir os resultados dessas avaliações com o paciente, comparando-os aos escores iniciais. É importante destacar as áreas em que houve maior melhora, bem como aquelas que ainda representam desafios a serem trabalhados. Essas avaliações fornecem dados objetivos sobre a eficácia do tratamento, permitindo que o terapeuta e o paciente tenham uma visão clara do progresso alcançado. Esses dados também podem orientar o planejamento de intervenções futuras, caso sejam necessárias.

Terapeuta: *Hoje vamos fazer algumas avaliações para entender como você está progredindo em nosso tratamento. Vamos revisitar as mesmas perguntas que fizemos quando começamos.*

Paciente: *Tudo bem, estou pronto.*

Terapeuta: *Ótimo. Vamos começar com as perguntas sobre como você está se sentindo em relação à sua saúde emocional e qualidade de vida.*
(Após a realização das avaliações) Terminamos. Agora, vamos dar uma olhada nos resultados juntos. Vejo que houve algumas melhorias em relação à última vez que fizemos essas perguntas. Isso é ótimo de ver!

Paciente: *Realmente? Isso é um alívio.*

Terapeuta: *No entanto, ainda há algumas áreas em que podemos focar para tornar as coisas ainda melhores para você.*

	Vamos trabalhar juntos para encontrar maneiras de lidar com o estresse e melhorar ainda mais sua qualidade de vida.
Paciente:	*Estou disposto a fazer o que for preciso para me sentir melhor.*
Terapeuta:	*Isso é maravilhoso de ouvir. Estou aqui para apoiá-lo em cada passo do caminho. Juntos, podemos superar esses desafios e garantir que você se sinta cada vez melhor.*
Paciente:	*Obrigado por estar sempre aqui por mim. Eu realmente valorizo todo o seu apoio e orientação.*
Terapeuta:	*Você é mais que bem-vindo. Obrigada por poder fazer parte do seu processo de cura. Estou aqui para você, sempre que precisar.*

Passo 5: Encerramento do tratamento e planejamento futuro

Por fim, o terapeuta irá encerrar formalmente o tratamento, por meio de um momento de reflexão, planejamento e preparação para a continuidade do cuidado com a saúde mental. Neste momento, o terapeuta deve enfatizar a importância da prática contínua das habilidades aprendidas, das atividades de autocuidado e de um estilo de vida saudável. Para encerrar o contrato terapêutico, cabe sinalizar que o paciente agora possui as ferramentas necessárias para gerenciar suas emoções de maneira mais eficaz.

Terapeuta:	*Olá, João. Como você está se sentindo hoje?*
Paciente:	*Olá, Ana. Estou me sentindo um pouco melhor, obrigado por perguntar.*
Terapeuta:	*Fico feliz em ouvir isso, João. Queria aproveitar nossa última sessão para refletirmos sobre o progresso que você fez ao longo do tratamento e discutirmos como você pode continuar cuidando da sua saúde mental daqui para frente.*
Paciente:	*Claro, Ana. Tem sido uma jornada importante para mim, e estou grato pelo seu apoio durante todo o processo.*

Terapeuta:	*É muito bom ouvir isso, João. Durante nossas sessões, você demonstrou uma incrível dedicação em aprender e aplicar as técnicas que discutimos. Agora, você possui as ferramentas necessárias para lidar com os desafios que surgirem no futuro.*
Paciente:	*Sim, tenho me esforçado para praticar tudo o que aprendi e continuar me cuidando.*
Terapeuta:	*Isso é ótimo, João. Lembre-se sempre da importância do autocuidado e de dedicar um tempo para atividades que lhe tragam alegria e relaxamento. Estou aqui para apoiá-lo em sua jornada contínua de bem- estar emocional, então não hesite em me procurar se precisar de algo.*
Paciente:	*Muito obrigado, Ana. Agradeço por todo o seu apoio e orientação ao longo do tratamento.*
Terapeuta:	*O prazer foi todo meu, João. Estou confiante de que você está no caminho certo para uma vida mais equilibrada e saudável. Mantenha-se forte e cuide-se. Estarei torcendo por você.*

Material Complementar

Anna Polak. (2022, 14 de janeiro). Capítulo 21 - Término e Prevenção de Recaídas - TCC Teoria e Prática (Judith Beck) 3ª edição [Vídeo]. https://www.youtube.com/watch?v=UspYiKdqKMM

Beck, J. (2013). Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática. Porto Alegre: .Artmed.

Knapp, P. (2004). Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica. Porto .Alegre: Artmed.

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *30*, s54–s64. https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002

Leahy, R. (2006). Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed.

13. MÓDULO: USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O uso abusivo de álcool e outras drogas é um grave desafio de saúde pública que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. O consumo dessas substâncias pode resultar em uma série de complicações físicas, mentais, sociais e profissionais, causando prejuízos significativos na vida dos indivíduos e na sociedade como um todo.

De modo geral, os transtornos relacionados ao abuso de álcool e drogas geram consequências negativas nos relacionamentos interpessoais, no desempenho profissional, e na estabilidade emocional do paciente. A dependência dessas substâncias pode levar a um ciclo vicioso de comportamentos autodestrutivos, recaídas frequentes e deterioração progressiva da qualidade de vida. Portanto, é fundamental compreender a complexidade desse problema e adotar abordagens terapêuticas eficazes, como a terapia cognitivo-comportamental, para oferecer suporte e tratamento adequado aos indivíduos que lutam contra o uso abusivo de álcool e drogas.

Nesse sentido, apresenta-se alguns dos principais aspectos da aplicação da TCC nesse contexto incluem:

- Identificação de crenças disfuncionais: identificar e modificar suas crenças disfuncionais relacionadas ao uso de substâncias, como pensamentos automáticos que justificam o abuso de álcool e drogas;
- Desenvolvimento de habilidades de enfrentamento: desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar com situações de alto risco, como o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas e habilidades de enfrentamento do estresse;
- Prevenção de recaídas: identificar gatilhos, desenvolver planos de prevenção de recaídas e fortalecer a resiliência diante de situações desafiadoras;
- Treinamento de habilidades sociais: melhorar a comunicação interpessoal e reduzir a dependência de substâncias como mecanismo de enfrentamento social;

- Exploração de pensamentos automáticos: identificar e desafiar pensamentos automáticos negativos que contribuem para o abuso de substâncias, promovendo a substituição por pensamentos mais adaptativos.

Esse módulo apresenta tem como objetivo auxiliar o terapeuta, de maneira prática, na modificação de padrões de pensamento e comportamento associados ao uso problemático de alcool e outras drogas por profissionais de segurança pública.

Duração estimada

Até duas sessões ou a depender da necessidade do paciente.

Objetivos

- Identificar e desafiar pensamentos automáticos e crenças disfuncionais que contribuem para o uso de substâncias;
- Desenvolver habilidades sociais saudáveis, como assertividade, comunicação não-verbal e empatia, para construir relacionamentos de apoio e evitar situações de risco;
- Aprimorar estratégias de regulação emocional, resolução de problemas e manejo do estresse por meio de técnicas como relaxamento, *mindfulness* e engajamento em atividades prazerosas.

Passo 1: Psicoeducação do modelo cognitivo no uso e abuso de álcool e outras drogas

No contexto do abuso de álcool e outras drogas, é comum que os pensamentos automáticos e crenças disfuncionais desempenhem um papel importante na manutenção do comportamento de uso de substâncias. Por exemplo, um policial militar pode ter o pensamento automático “Preciso beber para relaxar depois de um confronto violento”, ou a crença “Só consigo lidar com as lembranças perturbadoras do meu trabalho se usar drogas”. Esses pensamentos distorcidos podem levá-lo a usar álcool e substâncias como forma de enfrentamento, perpetuando o abuso.

Através da psicoeducação, o paciente irá aprender a identificar e desafiar esses padrões cognitivos distorcidos; a reconhecer os gatilhos situacionais, emocionais e cognitivos que precedem o desejo de usar substâncias, bem

como as consequências negativas que resultam do uso. Assim, ao reestruturar suas crenças e desenvolver pensamentos mais equilibrados, ele poderá adotar estratégias de enfrentamento mais saudáveis em detrimento do uso de substância.

Terapeuta:	*Olá, como você está hoje?*
Paciente:	*Oi, estou um pouco tenso, para ser sincero.*
Terapeuta:	*Entendo, é normal se sentir assim, especialmente considerando o que discutimos nas últimas sessões. Hoje, gostaria de abordar um tema importante relacionado ao seu bem-estar: o uso de álcool. Você já notou se seus pensamentos têm afetado seu desejo de beber?*
Paciente:	*Às vezes, sim. Principalmente quando estou sob pressão no trabalho.*
Terapeuta:	*Compreendo. É bastante comum que pensamentos automáticos, como "Preciso beber para relaxar", surjam em momentos estressantes. No entanto, é importante reconhecer que esses pensamentos podem nos levar a um ciclo vicioso de uso de substâncias como uma forma de enfrentamento.*
Paciente:	*Sim, eu vejo isso acontecer comigo às vezes.*
Terapeuta:	*É um padrão comum, mas podemos trabalhar juntos para identificar e questionar esses padrões cognitivos. Ao fazermos isso, podemos explorar maneiras mais saudáveis de lidar com o estresse e encontrar alternativas ao uso de álcool. Como você se sente em relação a explorar essas estratégias?*
Paciente:	*Eu estou disposto a tentar. Acho que seria bom aprender maneiras mais saudáveis de lidar com o estresse.*
Terapeuta:	*Fico feliz em ouvir isso. Estou aqui para apoiá-lo nesse processo e juntos podemos encontrar as melhores formas para você lidar com esses momentos desafiadores.*

Passo 2: Treinamento de habilidades sociais

O abuso de álcool e outras drogas pode ter um impacto significativo nas habilidades sociais e nos relacionamentos interpessoais. Por exemplo, um bombeiro que tem dificuldade em ser assertivo pode ceder à pressão de colegas para beber após um resgate traumático, ou uma policial civil pode ter dificuldades em sua relação conjugal por falta de empatia e habilidades de comunicação não- verbal, prejudicando o apoio necessário para a recuperação.

Por isso, neste passo, o terapeuta deve orientar o paciente sobre como expressar suas necessidades de forma clara e respeitosa, interpretar sinais não- verbais, fornecer e receber críticas construtivas, negociar compromissos e compreender a perspectiva das outras. Essas habilidades podem ajudar o paciente a evitar situações de risco, construir relacionamentos saudáveis e obter o apoio necessário para a abstinência.

Terapeuta:	*Olá, João. Como você está hoje? Espero que esteja se sentindo bem. Gostaria de aproveitar nossa sessão de hoje para praticarmos juntos algumas técnicas de assertividade. Sabemos que lidar com situações estressantes pode ser desafiador, e é exatamente por isso que estamos aqui para apoiá-lo. Como tem se sentido ultimamente em relação às interações sociais?*
Paciente:	*Olá, Ana. Estou bem, obrigado por perguntar. Tenho me sentido um pouco inseguro em algumas situações, especialmente quando colegas oferecem bebidas após o trabalho. Eu sei que deveria recusar, mas às vezes me sinto pressionado a aceitar.*
Terapeuta:	*Entendo, João. Vamos praticar juntos como você pode lidar com essas situações de uma forma mais assertiva. Quero que você se sinta confortável e confiante ao expressar suas necessidades. Vou interpretar o papel do seu colega oferecendo a bebida, e você poderá praticar a recusa firme, mas respeitosa. Está pronto para tentarmos?*
Paciente:	*Sim, estou pronto;*

Terapeuta:	*Ótimo. Aqui vou eu: 'Ei, João, quer uma cerveja depois do expediente?*
Paciente:	*Ah, obrigado pelo convite, mas hoje estou optando por não beber. Mas adoraria participar de uma outra atividade, se estiverem planejando alguma.*
Terapeuta:	*Excelente, João! Você foi muito claro e assertivo na sua resposta. Como se sente após praticarmos juntos?*
Paciente:	*Me sinto melhor. Acho que consigo lidar melhor com essas situações agora.*
Terapeuta:	*Fico feliz em ouvir isso, João. A prática é fundamental para o desenvolvimento das habilidades sociais. Continuaremos trabalhando juntos para que você se sinta cada vez mais confiante e confortável nessas situações. Estou aqui para apoiá-lo em sua jornada.*

Passo 3: Técnicas de relaxamento

O estresse e a ansiedade são fatores de risco importantes para o abuso de substâncias, pois muitas pessoas usam álcool e outras drogas como uma forma de lidar com essas emoções desconfortáveis. Por exemplo, um policial científico que lida diariamente com cenas de crime violentas pode recorrer ao álcool para aliviar a tensão acumulada, por falta de estratégias saudáveis de relaxamento.

Assim, serão apresentadas ao paciente técnicas de relaxamento, como respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo e meditação mindfulness. Essas estratégias podem ajudá-lo a reduzir os níveis de estresse e ansiedade de forma saudável, diminuindo a necessidade de recorrer ao uso de substâncias como um meio de lidar com emoções intensas.

Terapeuta:	*Olá, João. Como você está se sentindo hoje?*
Paciente:	*Oi, estou me sentindo um pouco ansioso e com dificuldade para relaxar.*
Terapeuta:	*Entendo. É normal sentir-se assim, especialmente durante o processo de abstinência do álcool. Gostaria*

	de experimentar uma técnica de relaxamento que pode ajudá-lo a se acalmar?
Paciente:	*Sim, por favor. Estou aberto a qualquer coisa que possa aliviar essa ansiedade.*
Terapeuta:	*Ótimo. Vamos tentar uma técnica de respiração diafragmática. É uma forma eficaz de acalmar a mente e relaxar o corpo. Vamos começar?*
Paciente:	*Sim, estou pronto.*
Terapeuta:	*Primeiro, encontre uma posição confortável. Você pode sentar-se com as costas retas ou deitar-se de costas, o que for mais confortável para você. Agora, coloque uma mão sobre o seu peito e a outra sobre o seu abdômen, logo abaixo das costelas.*
Paciente:	*Ok, estou pronto.*
Terapeuta:	*Agora, inspire profundamente pelo nariz, permitindo que seu abdômen se expanda completamente. Sinta o ar enchendo seus pulmões e empurrando sua mão para fora. Conte até quatro enquanto inspira.*
Paciente:	*(Inspira conforme orientado pelo terapeuta)*
Terapeuta:	*Muito bem, João. Agora, segure a respiração por um momento e depois expire lentamente pela boca, permitindo que seu abdômen se contraia suavemente. Sinta o ar deixando seus pulmões e sua mão retornando à posição inicial. Conte até quatro enquanto expira.*
Paciente:	*(Expira conforme orientado pelo terapeuta)*
Terapeuta:	*Isso mesmo, João. Vamos repetir esse ciclo algumas vezes. Inspire profundamente pelo nariz, permitindo que seu abdômen se expanda, segure a respiração por um momento e depois expire lentamente pela boca, permitindo que seu abdômen se contraia. Continue nesse ritmo por mais algumas respirações, focando apenas na sua respiração e relaxando seu corpo.*
Paciente:	*(Segue as instruções do terapeuta)*

Terapeuta:	*Como você está se sentindo agora, João?*
Paciente:	*Sinto-me mais relaxado e tranquilo. Essa técnica realmente ajudou.*
Terapeuta:	*Fico feliz em ouvir isso, João. A respiração diafragmática é uma ferramenta poderosa que você pode usar sempre que precisar relaxar e acalmar a mente. Pratique regularmente para obter os melhores resultados. Estou aqui para apoiá-lo em sua jornada de bem-estar.*

Passo 4: Técnicas de resolução de problemas

Muitas vezes, o abuso de álcool e outras drogas é uma tentativa mal-adaptativa de lidar com problemas da vida. Por exemplo, um bombeiro que enfrenta dificuldades financeiras pode recorrer ao uso de substâncias como uma forma de fuga temporária, em vez de enfrentar o problema de maneira construtiva.

Nesta etapa, o terapeuta deverá apresentar ao paciente um processo estruturado para identificar e definir problemas de forma clara, gerar alternativas de solução, avaliar as consequências de cada opção e implementar a solução escolhida. Essas habilidades de resolução de problemas podem ajudá-los a lidar com desafios de maneira mais eficaz, reduzindo a necessidade de usar substâncias como um mecanismo de enfrentamento inadequado.

Terapeuta:	*Olá, João. Como você está se sentindo hoje?*
Paciente:	*Oi, estou me sentindo um pouco sobrecarregado. Estou lutando contra a abstinência e está sendo difícil lidar com isso.*
Terapeuta:	*Compreendo, João. Lidar com a abstinência pode ser uma jornada desafiadora. No entanto, há estratégias que podemos explorar juntos para enfrentar essa situação. Uma dessas estratégias é a resolução de problemas*
Paciente:	*Resolução de problemas? Como isso pode me ajudar com a abstinência?*
Terapeuta:	*A resolução de problemas pode ajudá-lo a identificar os*

	desafios específicos que você está enfrentando durante a abstinência e a encontrar maneiras práticas de lidar com eles. Por exemplo, se você está enfrentando gatilhos que o fazem querer beber, podemos trabalhar juntos para desenvolver estratégias para lidar com essas situações de maneira eficaz.
Paciente:	*Entendi. Mas como começamos?*
Terapeuta:	*Vamos começar identificando alguns dos desafios que você enfrenta durante a abstinência. Você pode pensar em alguma situação específica que o faça sentir vontade de beber?*
Paciente:	*Bem, às vezes, quando estou em casa depois de um turno estressante, sinto uma forte vontade de pegar uma bebida para relaxar.*
Terapeuta:	*Entendo. Agora que identificamos esse desafio, podemos começar a pensar em possíveis soluções. Por exemplo, em vez de pegar uma bebida imediatamente, podemos explorar outras maneiras de relaxar, como praticar técnicas de respiração, fazer exercícios físicos ou encontrar uma atividade que o distraia e o ajude a se acalmar. O que você acha dessas opções?*
Paciente:	*Parecem boas alternativas. Acho que posso tentar algumas delas na próxima vez que sentir essa vontade.*
Terapeuta:	*Ótimo, João. Estou aqui para apoiá-lo enquanto você trabalha nessas estratégias de enfrentamento. Lembre-se de que a resolução de problemas é uma ferramenta poderosa que pode ajudá-lo a enfrentar os desafios da abstinência de maneira eficaz.*

Passo 5: Manejo dos sentimentos

O abuso de álcool e outras drogas, frequentemente, está relacionado a dificuldades na regulação emocional. Por exemplo, um policial civil pode recorrer ao uso de substâncias como uma forma de lidar com o medo ou a raiva decorrentes de situações traumáticas enfrentadas no trabalho.

Desse modo, o terapeuta deve auxiliar o paciente a reconhecer e aceitar uma ampla gama de emoções, incluindo raiva, medo, tensão, tristeza e alegria. Como ainda, a desenvolver estratégias saudáveis para lidar com emoções intensas, como a identificação de gatilhos emocionais e situações de risco para o uso de substâncias. O objetivo é ajudá-lo a regular suas emoções de maneira adaptativa, em vez de recorrer ao uso de álcool ou drogas como forma de fuga ou enfrentamento.

Terapeuta:	*João, gostaria de conversar um pouco sobre as emoções que você está enfrentando neste momento. É perfeitamente normal experimentar uma ampla gama de emoções durante o processo de abstinência do álcool. Você pode sentir raiva, medo, tensão, tristeza e até mesmo momentos de alegria. Todos esses sentimentos são válidos e fazem parte do seu processo de recuperação.*
Paciente:	*Sim, tenho sentido uma mistura de emoções ultimamente. Às vezes, é difícil lidar com tudo isso.*
Terapeuta:	*Compreendo completamente, João. Reconhecer e aceitar essas emoções é o primeiro passo importante para lidar com elas de forma saudável. Quero que saiba que estou aqui para te apoiar durante esse processo. Se você estiver se sentindo sobrecarregado ou confuso com suas emoções, não hesite em me procurar. Estamos juntos nessa jornada e vamos encontrar maneiras de enfrentar esses desafios juntos.*
Paciente:	*Obrigado por seu apoio, significa muito para mim. Às vezes, fica tudo uma confusão na minha cabeça e é bom poder conversar sobre o que estou sentindo.*
Terapeuta:	*Entendo, João. Identificar as emoções que você está experimentando pode ser um processo desafiador, mas também muito esclarecedor. Vamos tentar separar esses sentimentos juntos. Quando você pensa sobre a sua abstinência do álcool, que emoções surgem com mais frequência para você?*

Paciente:	*Bem, eu acho que tenho me sentido muito ansioso ultimamente. E também um pouco de irritação, especialmente quando sinto vontade de beber.*
Terapeuta:	*Entendi, ansiedade e irritação são emoções comuns durante a abstinência. É importante reconhecê-las e entender que fazem parte do processo. Além disso, é fundamental encontrar maneiras saudáveis de lidar com essas emoções.*

Passo 6: Importância do lazer e atividades prazerosas

Geralmente, aqueles que abusam de álcool e outras drogas têm uma vida desequilibrada, com pouco tempo dedicado a atividades de lazer e prazer. Por exemplo, um policial científico que trabalha longas horas e não tem hobbies ou atividades recreativas pode estar mais propenso a recorrer ao uso de substâncias como uma forma de "recompensa" ou alívio temporário.

Como intervenção nestes casos, o terapeuta pode apresentar ao paciente a importância de fazer pausas regulares para atividades prazerosas e de lazer como uma forma de evitar pensamentos negativos e a necessidade de usar substâncias. Assim , os pacientes identificarão interesses e atividades que lhes proporcionam satisfação e prazer, e aprenderão a planejar e agendar essas atividades em sua rotina regular.

Terapeuta:	*João, quero destacar a importância de dedicar um tempo para atividades prazerosas e de lazer em sua vida. Quando estamos sob muito estresse e pressão, como é comum na sua profissão de policial, é crucial reservar momentos para relaxar e se divertir. Fazer isso não apenas ajuda a aliviar a tensão acumulada, mas também pode reduzir a vontade de recorrer ao álcool como uma forma de escape. Você já pensou em algum hobby ou atividade que gostaria de explorar, algo que lhe traga satisfação e alegria?*
Paciente:	*Bem, eu costumava gostar de jogar futebol nos fins de semana, mas ultimamente tenho estado tão ocupado que mal tenho tempo para isso.*

Terapeuta:	*Entendo, a rotina agitada pode realmente interferir em nossos passatempos favoritos. Que tal começarmos planejando um horário específico para você praticar futebol, mesmo que seja apenas uma vez por semana? Isso pode ser uma maneira eficaz de incorporar uma atividade prazerosa em sua rotina e ajudá-lo a se desconectar do estresse do trabalho.*

Passo 6: Rede de apoio social

O apoio social é um fator essencial na recuperação e prevenção de recaídas no abuso de álcool e outras drogas. Por exemplo, um policial militar pode ter dificuldade em pedir ajuda a familiares ou amigos devido a crenças como "Eu devo ser forte o suficiente para lidar com meus problemas sozinho".

Nesta etapa, o paciente irá identificar possíveis fontes de apoio em sua rede social e determinar que tipos de apoio (emocional, instrumental, informacional, etc.) seria mais benéficos para eles. Ele também irá praticar habilidades para pedir ajuda de forma eficaz e direta, utilizando exemplos de cenários relevantes para suas profissões e situações de vida. O objetivo é ajudá-lo a construir uma rede de apoio sólida e a superar barreiras para buscar ajuda quando necessário. Além disso, o terapeuta deverá estar preparado para realizar encaminhamentos para serviços presenciais e articular com a rede de serviços em saúde sempre que necessário, garantindo assim uma abordagem integral e abrangente ao cuidado do paciente.

Paciente:	*Sabe, Ana, tenho refletido sobre o que conversamos na última sessão e percebi que talvez eu precise de mais apoio do que imaginava.*
Terapeuta:	*Isso é um grande avanço, João. Reconhecer a importância do apoio social é o primeiro passo para construir uma rede sólida de apoio.*
Paciente:	*Sim, mas ainda sinto um pouco de dificuldade em pedir ajuda. Sinto como se precisasse lidar com meus problemas sozinho.*
Terapeuta:	*É compreensível se sentir assim, mas lembre-se de que pedir ajuda não é sinal de fraqueza, mas sim de coragem*

	e autenticidade. Você já pensou em quem poderia ser uma fonte confiável de apoio em sua vida?
Paciente:	*Bem, acho que meu irmão sempre esteve ao meu lado e poderia me ajudar se eu precisasse.*
Terapeuta:	*Ótimo! Identificar pessoas em quem você confia é o primeiro passo. Agora, que tal praticarmos como você pode abordá-lo e pedir apoio de forma direta e eficaz? Podemos elaborar juntos algumas estratégias para isso.*

Material Complementar

Artmed. (2022, 02 de junho). Consumo excessivo de álcool e drogas e saúde mental [Vídeo]. https://www.youtube.com/watch?v=YPQoJbOJBiI

ABEAD_oficial. (2022, 14 de setembro). Terapia Cognitivo Comportamental na Dependência Química [Vídeo]. https://www.youtube.com/results?-search_query=https%3A%2F%2Fwww.youtube.com%2Fwatch%3F-+v%-3D2UDlwPdaek8

Dos Santos, M. F. R., & de Castro Ferreira, A. (2023). Eficácia da terapia cognitivo comportamental no tratamento do alcoolismo: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, *6*(5), 21074-21085.

Fonseca, L. S. O., da Silva, S. P., Fonseca, L. O., Vieira, L. T. Q., de Santana, T. S., Rocha, M. E., Barbosa, M. A., & do Amaral, W. N. (2021). Dependência alcoolica e a atividade policial militar / Alcohol dependency and military police activity. Brazilian Journal of Development, 7(3), 21207–21212. https://doi.org/10.34117/bjdv7n3-027

Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool *e drogas. Brazilian Journal of Psychiatry, 30, s88–s95. https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600006*

14. MÓDULO: IDEAÇÃO SUICIDA

A ideação suicida é um fenômeno de extrema importância no âmbito da saúde mental, sendo considerado um dos principais desafios enfrentados pelos profissionais da área. A presença de pensamentos suicidas em um indivíduo não apenas reflete um sofrimento psicológico profundo, mas também sinaliza a urgência de intervenções terapêuticas específicas e eficazes.

Esses pensamentos podem estar enraizados em uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, resultando em um estado de desesperança e angústia que afeta significativamente a qualidade de vida e o bem-estar do sujeito. Assim, a compreensão aprofundada da ideação suicida, juntamente com a identificação precoce dos fatores de risco e a implementação de estratégias terapêuticas adequadas, são essenciais para a prevenção do suicídio e para o cuidado integral dos indivíduos em situação de vulnerabilidade emocional.

Nesse contexto, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) se destaca como uma abordagem fundamentada em evidências, capaz de oferecer suporte e orientação para modificar padrões de pensamento negativos, promover a esperança e fortalecer a resiliência emocional dos pacientes com ideação suicida. Para tanto, o terapeuta deve considerar os seguintes pontos:

- Psicoeducação do paciente: educar o paciente sobre o modelo cognitivo, destacando as interpretações e distorções cognitivas associadas às emoções e comportamentos;
- Intervenções focadas: verificar como o paciente interpreta cada situação, buscando avaliá-la dentro da realidade. Isso ajuda a modificar padrões de pensamento disfuncionais que contribuem para a desesperança e os pensamentos suicidas;
- Engajamento do paciente: trabalhar o engajamento do paciente no processo terapêutico, avaliar os riscos de comportamentos suicidas, desenvolver planos para lidar com possíveis fatores desencadeadores de crises e transmitir esperança;
- Intervenções específicas: utilizar estratégias como psicoeducação, resolução de problemas, controle de impulsos e busca de apoio social para auxiliar no tratamento de pacientes com ideação suicida.

A abordagem terapêutica também pode envolver a colaboração de profissionais de áreas complementares, como psiquiatria e serviço social, para promover a esperança e o bem-estar do paciente.

Duração estimada

Até duas sessões ou a depender da necessidade do paciente.

Objetivos

- Desenvolver um plano de segurança prático para lidar com crises de ideação suicida.

Passo 1: Desenvolvimento de habilidades de enfrentamento

O terapeuta trabalhará no desenvolvimento de um conjunto de habilidades adaptativas que podem ajudar o paciente a lidar com crises suicidas de maneira mais saudável. Inicialmente, treinará um processo estruturado de resolução de problemas, quebrando desafios complexos em etapas menores e administráveis. Por exemplo, se o paciente enfrentar dificuldades financeiras severas, o terapeuta o orientará a identificar especificamente os problemas, gerar soluções possíveis, avaliar prós e contras de cada uma e criar um plano de ação.

Além disso, o terapeuta explorará as razões pelas quais vale a pena continuar vivendo, contrapondo-as aos pensamentos de desesperança. Se um paciente policial valorizar sua família, poderá refletir: “Meus filhos ainda precisam de mim. Quero vê-los crescer”. O terapeuta incentivará o paciente a ampliar sua perspectiva em direção a pensamentos mais esperançosos.

O fortalecimento dos vínculos sociais do paciente será enfatizado, identificando pessoas em quem ele pode se apoiar emocionalmente. Um exemplo para um bombeiro seria lembrar: “Meu melhor amigo sempre esteve lá para mim”. O terapeuta estimulará a busca por esse suporte disponível.

Por fim, destacará a importância do tratamento multiprofissional, integrando o acompanhamento psiquiátrico, psicoterapêutico e serviços sociais para uma abordagem mais completa.

Passo 2: Elaboração de plano de segurança

Construir em conjunto com o paciente um plano de segurança detalhado e por escrito que pode ser consultado em crises agudas de ideação suicida.

Esse plano deverá incluir uma lista de contatos confiáveis que o paciente poderá acionar em crise, sejam familiares, amigos ou serviços telefônicos. Para um policial científico: “Ligo para meu amigo Carlos se os pensamentos suicidas ficarem intensos”.

Feito esta etapa, listar os sinais de alerta que precedem essas crises, como insônia severa ou aumento de consumo de álcool em um policial. Em seguida, determinar estratégias específicas que o paciente pode implementar para enfrentar esses sinais, como técnicas de respiração ou ligar para um familiar próximo. Um exemplo para um policial civil é: “Quando estiver estressado e com vontade de beber, ligar para sua irmã e marcar um café”.

O terapeuta deve encorajar a revisão frequente desse plano e pedir para o paciente deixá-lo disponível, como foto no celular, para consulta imediata se necessário. O objetivo é estabelecer uma rotina clara de enfrentamento.

Terapeuta:	*João, hoje gostaria de discutir a criação de um plano de segurança, algo que possa ajudá-lo a enfrentar momentos difíceis, especialmente em crises agudas de ideação suicida. O que você acha?*
Paciente:	*Eu acho uma boa ideia, Ana. Sinto que seria útil ter algo para me apoiar em momentos difíceis.*
Terapeuta:	*Ótimo. Então, vamos começar listando algumas pessoas de confiança que você pode contatar em caso de emergência. Quem você gostaria de incluir nessa lista?*
Paciente:	*Bem, definitivamente meu amigo Carlos. Ele sempre foi alguém em quem eu posso confiar e com quem posso conversar.*
Terapeuta:	*Excelente. Além do Carlos, mais alguém que você sinta que poderia estar disponível para você em momentos de crise?*
Paciente:	*Acho que minha irmã também poderia ser uma boa opção. Ela sempre foi solidária e compreensiva.*
Terapeuta:	*Perfeito. Agora, vamos falar sobre os sinais de alerta que podem indicar que você está enfrentando uma crise. Você consegue identificar alguns desses sinais em sua própria experiência?*

Paciente:	*Sim, eu diria que quando começo a ter insônia severa ou quando sinto um aumento no consumo de álcool, isso geralmente indica que estou passando por um momento difícil.*
Terapeuta:	*Entendi. Agora, precisamos pensar em estratégias específicas que você pode usar para lidar com esses sinais quando surgirem. Que tipo de técnicas ou recursos você acha que poderiam ser úteis?*
Paciente:	*Acho que praticar técnicas de respiração profunda pode me ajudar a acalmar a mente. E ligar para meu amigo João ou minha irmã para conversar também pode ser reconfortante.*
Terapeuta:	*Ótimas sugestões, João. Vamos anotar tudo isso e criar um plano detalhado. Depois, eu gostaria que você mantivesse esse plano disponível para consulta imediata, talvez até mesmo como uma foto em seu celular. Como você se sente em relação a isso?*
Paciente:	*Eu acho que é uma boa ideia. Me sinto mais preparado para enfrentar o que vier com esse plano em mãos.*
Terapeuta:	*Fico feliz em ouvir isso, João. Estamos juntos nessa jornada e estarei aqui para apoiá-lo em cada passo do caminho.*

Passo 3: Compreensão aprofundada sobre a crise suicida

Nesta etapa, o terapeuta deverá explorar os fatores históricos, contextuais e mantenedores por trás das crises suicidas do paciente. Para que seja trabalhado a conscientização sobre gatilhos cognitivos, emocionais, comportamentais e situacionais precipitantes da crise no paciente.

Por exemplo, um bombeiro pode relatar que ocorrências envolvendo crianças desencadeiam lembranças de um resgate trágico, pesadelos, insônia e pensamentos de desesperança. Esses seriam sinais importantes a monitorar.

O terapeuta deverá identificar os padrões de pensamentos negativos automáticos, emoções intensas e comportamentos prejudiciais que se retroalimentam durante a crise suicida, construindo a compreensão do ciclo se repetindo. O objetivo é permitir que o paciente reconheça com clareza os

processos envolvidos, para poder intervir de forma mais eficaz nesses padrões desadaptativos.

Terapeuta:	*João, antes de seguirmos adiante, eu queria perguntar se, na última semana, você tentou algo para se machucar ou se machucou?*
Paciente:	*Sim, eu... Eu tentei.*
Terapeuta:	*Obrigada por dividir isso comigo, João. Se se sentir à vontade, você poderia me contar o que aconteceu?*
Paciente:	*É... Eu estava no trabalho na última terça-feira e... Eu não sei, Ana, tudo ficou tão insuportável. Meu chefe estava constantemente me pressionando, as críticas pareciam não ter fim. Eu me senti tão sufocado, tão sem saída... Foi quando me vi pensando em acabar com tudo ali mesmo. Era como se o quartel dos bombeiros tivesse se transformado em um cenário de pesadelo, e eu não conseguia mais lidar com a dor. A única coisa que me veio à mente foi... foi pegar uma mangueira de incêndio e...*
Terapeuta:	*João, eu sinto muito que você tenha passado por isso. Fico grata por você ter compartilhado esse momento tão difícil comigo. É muito corajoso de sua parte falar sobre isso. Como você se sente agora ao relembrar esse momento?*
Paciente:	*Eu... Eu me sinto assustado, Ana. Assustado com o quão perto estive de fazer algo tão terrível. Não quero mais me sentir assim, não quero mais pensar nessa possibilidade.*
Terapeuta:	*Você mencionou que se sentiu sufocado e sem saída no trabalho, especialmente quando seu chefe estava lhe pressionando e criticando. Essas situações no trabalho parecem ser um dos gatilhos importantes para seus sentimentos de desespero. Podemos explorar mais profundamente o que exatamente aconteceu nesses momentos? Talvez identificar situações específicas ou interações que desencadearam essas emoções intensas*

	possa nos ajudar a entender melhor como lidar com elas no futuro.
Paciente:	*Bem, Ana, foi como se tudo estivesse acontecendo ao mesmo tempo. Naquele dia, nós recebemos uma chamada de emergência para um incêndio em um prédio residencial. A situação já era tensa o suficiente, mas quando chegamos lá, percebemos que havia crianças presas dentro do prédio em chamas. Foi uma corrida contra o tempo para resgatá-las, e a pressão estava insuportável. Conseguimos salvar todas as crianças, graças a Deus, mas foi uma experiência extremamente estressante. De volta ao quartel, meu chefe começou a criticar cada movimento que fizemos durante o resgate. Ele estava furioso comigo e com a equipe, e suas palavras pareciam cortar fundo. Eu me senti tão impotente e desvalorizado naquele momento. Foi quando tudo desabou dentro de mim, e eu comecei a pensar que talvez não valesse a pena continuar lutando.*
Terapeuta:	*João, quando você mencionou que pensou que talvez não valesse a pena continuar lutando, isso me preocupa muito. Você poderia me contar mais sobre esse pensamento e como ele se relaciona com sua vida pessoal e profissional?*
Paciente:	*Claro, Ana. Essa sensação de que não vale a pena continuar lutando tem sido uma constante na minha vida ultimamente. Profissionalmente, tenho me esforçado tanto para fazer o meu melhor no trabalho, mas parece que nunca é o suficiente. Meu chefe está sempre me criticando e me colocando para baixo, e isso mina minha confiança e autoestima. Além disso, a pressão constante e as situações estressantes que enfrento como bombeiro só aumentam esse sentimento de desânimo. E, pessoalmente, as dificuldades no meu relacionamento com minha esposa têm sido um peso adicional. Ela mencionou a possibilidade de nos separarmos, e isso me deixou completamente desorientado. Sinto como se estivesse perdendo o controle sobre todos os aspectos da*

minha vida, e a ideia de continuar lutando parece cada vez mais difícil de sustentar.

Terapeuta: *João, ouvir você falar sobre essas dificuldades me entristece profundamente. Parece que você está enfrentando uma sobrecarga de estresse em várias áreas da sua vida, e isso está afetando sua saúde mental e emocional de maneira significativa. Mas quero que saiba que você não está sozinho nessa luta. Estou aqui para ajudá-lo a encontrar maneiras de lidar com esses desafios e a recuperar o controle sobre sua vida. Vamos trabalhar juntos para encontrar soluções e estratégias que possam trazer mais esperança e bem-estar para você.*

Passo 4: Estabelecimento de problemas e metas terapêuticas

Com base na compreensão desenvolvida, o terapeuta irá elaborar com o paciente uma lista clara e objetiva dos principais problemas a serem tratados. A partir dessa lista, irão definir, colaborativamente, metas terapêuticas a partir de habilidades-chave para alcançar esses objetivos. Essa etapa terá como produto final uma lista tangível de metas estabelecidas para estruturar melhor as intervenções necessárias.

Terapeuta: *João, agora que entendemos melhor o que você está enfrentando, gostaria de trabalhar juntos para identificar áreas em que podemos focar para ajudá-lo. Quero criar uma lista de coisas importantes para você, algo que possamos referenciar sempre que precisarmos durante nossas sessões. O que acha?*

Paciente: *Parece uma boa ideia, Ana. Estou disposto a colaborar.*

Terapeuta: *Excelente. Então, com base no que discutimos, vejo que lidar com o estresse do trabalho, melhorar o relacionamento com sua esposa e encontrar maneiras de lidar com seus pensamentos difíceis são algumas das áreas em que podemos nos concentrar. Você concorda com isso?*

Paciente:	*Sim, esses são definitivamente os pontos em que venho lutando.*
Terapeuta:	*Ótimo. Vamos criar uma lista de metas que façam sentido para você. Podemos pensar em maneiras práticas de superar esses desafios juntos. Por exemplo, uma meta pode ser encontrar formas de relaxar no trabalho, algo que o ajude a aliviar o estresse. Outra meta pode ser fortalecer a comunicação e a conexão com sua esposa. E talvez outra meta seja descobrir maneiras de se apoiar quando os pensamentos difíceis aparecerem. Como você se sente em relação a essas ideias?*
Paciente:	*Parecem passos que eu posso dar, Ana. Acho que isso pode realmente me ajudar.*
Terapeuta:	*Ótimo. Vamos então detalhar essas metas de forma que elas realmente reflitam seus desejos e necessidades. Vamos começar devagar e ajustar conforme avançamos. Estou aqui para ajudá-lo em cada passo do caminho.*

Passo 5: Prevenção de recaídas

A prevenção de novas crises suicidas pode ser organizada da seguinte forma:

1. **Preparação:**
   O terapeuta deverá iniciar apresentando as etapas que serão seguidas durante os exercícios de prevenção de recaída e confirmar o consentimento do paciente para o processo. Em seguida, o terapeuta irá descrever ao paciente algumas reações emocionais negativas que podem surgir, como ansiedade, tristeza ou frustração, e discutir estratégias saudáveis para lidar com elas, como respiração profunda ou uma reavaliação positiva.

2. **Revisão da crise suicida recente:**
   Primeiro, avaliar se o paciente consegue formar uma imagem mental vívida do episódio. Caso não consiga, apresentar orientações sobre como desenvolver essa habilidade. Em seguida, estabelecer

a cena específica e pedir que o paciente a descreva no tempo presente, de forma detalhada e realista. Durante a descrição, destacar os pensamentos automáticos negativos, emoções intensas, comportamentos e situações gatilho que contribuíram para a crise suicida.

3. **Revisão usando habilidades:**
   Pedir que o paciente descreva novamente a sequência de eventos que desencadeou a crise suicida no tempo presente. Desta vez, incentivá-lo a identificar as estratégias de enfrentamento adaptativas que já utilizou, mesmo que parcialmente. O objetivo é realçar e reforçar suas habilidades de *coping* existentes.

4. **Revisão de crise futura:**
   Orientar o paciente a imaginar e descrever com riqueza de detalhes uma situação hipotética que poderia desencadear uma futura crise suicida. Durante a narrativa, busque identificar possíveis gatilhos cognitivos, emocionais, comportamentais e situacionais que poderiam levar à uma crise. Em seguida, peça que o paciente descreva como reagiria idealmente, empregando as habilidades desenvolvidas durante o tratamento.

5. **Debriefing e seguimento:**
   Após os exercícios, o terapeuta deve abordar com o paciente os aprendizados e insights durante o processo, bem como identificar quaisquer questões emergentes que precisam ser endereçadas ainda. Se o paciente ainda relatar ideação suicida, elaborar conjuntamente um plano específico de enfrentamento. Outro ponto importante, é revisar o plano de segurança estabelecido previamente, reforçando sua importância e realizando ajustes necessários com base nos exercícios. Por fim, caso necessário, oferecer sessões adicionais de tratamento ou disponibilidade para contato telefônico se o paciente necessitar de maior apoio durante crises agudas. O objetivo geral é proporcionar uma experiência de aprendizado prático por meio da exposição guiada, solidificando as habilidades de prevenção de recaída do paciente em risco de suicídio.

Terapeuta:	*Antes de começarmos, quero ter certeza de que você se sente confortável com isso e está de acordo em seguir adiante.*
Paciente:	*Sim, estou pronto para tentar.*
Terapeuta:	*Ótimo. Durante esses exercícios, é importante que você saiba que estaremos aqui para ajudá-lo com qualquer emoção difícil que surgir, como ansiedade ou tristeza. Vamos usar algumas estratégias simples, como respiração profunda, para lidar com isso.*
Paciente:	*Entendido. Estou disposto a tentar.*
Terapeuta:	*Primeiro, vamos lembrar da crise que você enfrentou recentemente. Você se lembra dos detalhes?*
Paciente:	*Sim, consigo lembrar.*
Terapeuta:	*Ótimo. Quero que você descreva para mim como se sentia naquele momento, o que passava pela sua cabeça e o que estava fazendo.*
Paciente:	*Eu me sentia sobrecarregado e... pensava que não tinha mais saída.*
Terapeuta:	*Entendo. É importante explorar esses sentimentos. E quanto aos pensamentos que estavam passando pela sua mente?*
Paciente:	*Eu pensava que... talvez desistir fosse a única solução.*
Terapeuta:	*Obrigado por compartilhar isso. Agora, vamos conversar sobre como você lidou com situações difíceis no passado. Lembra de alguma vez em que conseguiu superar um momento difícil?*
Paciente:	*Sim, lembro. Uma vez fui dar uma caminhada e isso me ajudou a clarear a mente.*
Terapeuta:	*Incrível. Essa é uma ótima estratégia! Agora, quero que você pense em uma situação hipotética que poderia desencadear uma crise no futuro. Como você acha que reagiria?*
Paciente:	*Acho que... tentaria pedir ajuda a um amigo ou mandar mensagem para você!*

Terapeuta: *Excelente pensamento. É importante ter apoio. Depois desses exercícios, quero saber como você está se sentindo e se precisa de mais alguma coisa.*

Material Complementar

ABRP. (2020, 07 de dezembro). 1° ABRPlay - "Crise Suicida: Avaliação e Manejo" - Prof. Dr. Neury Botega [Vídeo]. https://www.youtube.com/watch?v=S9b_AO_kts0

Gatti, Priscila Vargas, & Mendes, Ana Irene Fonseca. (2020). As contribuições da terapia cognitivo-comportamental para a prevenção do suicídio em pacientes com depressão: revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 16*(1),83-91. https://rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=306

Marback, Roberta Ferrari, & Pelisoli, Cátula. (2014). Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *10*(2), 122-129. https://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=205

15. MÓDULO: CRISES DE ANSIEDADE E EPISÓDIOS DEPRESSIVOS

A ansiedade e a depressão são transtornos mentais comuns e impactantes, afetando milhões de pessoas em todo o mundo. Essas condições podem causar sofrimento significativo, prejudicar a qualidade de vida e interferir nas atividades diárias.

Diante da prevalência desses transtornos, a busca por abordagens terapêuticas eficazes e acessíveis se torna essencial. Nesse contexto, a TCC tem se destacado como uma opção promissora, especialmente quando aplicada de forma breve e focada, visto que foca em identificar e modificar padrões de pensamento negativos e comportamentos disfuncionais que contribuem para a manutenção dos sintomas.

Além disso, ao trabalhar de forma ativa e colaborativa com o paciente, a TCC breve ajuda a promover a conscientização sobre os pensamentos automáticos negativos, a desenvolver estratégias para desafiar e modificar esses pensamentos, e a implementar mudanças comportamentais saudáveis. Outro ponto importante é que, a TCC breve geralmente define metas terapêuticas claras e específicas, o que pode resultar em ganhos terapêuticos rápidos e tangíveis, proporcionando aos pacientes ferramentas práticas para lidar com suas dificuldades emocionais e melhorar sua qualidade de vida. Assim, esse módulo vem apresentar técnicas e estratégias para contribuir na condução da sessão e na promoção de mudanças positivas e duradouras no bem-estar emocional dos pacientes. Dentre os recursos utilizados, estão: técnicas como a identificação de pensamentos disfuncionais, o questionamento desses pensamentos e a substituição por pensamentos mais realistas e adaptativos, desenvolvimento de estratégias comportamentais saudáveis, exposição gradual a situações temidas e tarefas entre as sessões para reforçar a prática de novas habilidades aprendidas.

Duração estimada

Até duas sessões ou a depender da necessidade do paciente.

Objetivos

- Promover a conscientização sobre os modelos cognitivo-comportamentais da ansiedade e depressão, bem como os ganhos de se adotar padrões mais adaptativos de pensamentos e ações;
- Aumentar o engajamento em atividades prazerosas e gratificantes;
- Desenvolver habilidades de identificação, questionamento e reestruturação de pensamentos e crenças disfuncionais relacionadas aos sintomas ansiosos e depressivos.

Passo 1: Psicoeducação sobre sintomas de ansiedade e depressão

O terapeuta deverá iniciar pela psicoeducação sobre os sintomas de ansiedade e depressão. Assim, deve buscar exemplos concretos vivenciados pelo paciente para ilustrar como esses sintomas se manifestam. Utilizando esses exemplos, o terapeuta irá explicar o modelo cognitivo dos transtornos, ressaltando como pensamentos, emoções, comportamentos e reações físicas se influenciam mutuamente. Além disso, deve enfatizar a importância de identificar e modificar padrões desadaptativos de pensamentos e comportamentos para que mudanças emocionais e fisiológicas possam ocorrer. O objetivo principal é que o paciente desenvolva uma compreensão profunda sobre o funcionamento e a manutenção dos sintomas ansiosos e depressivos que vivencia.

Terapeuta:	*Olá, como você está se sentindo hoje?*
Paciente:	*Estou me sentindo muito ansioso e nervoso. Minha mente está uma bagunça e meu coração está acelerado.*
Terapeuta:	*Entendo, parece que você está enfrentando uma crise de ansiedade. Vamos conversar um pouco sobre isso. A ansiedade pode se manifestar de diferentes maneiras, como sensação de sufocamento, tremores, pensamentos acelerados e preocupações constantes. Você está experimentando algum desses sintomas agora?*
Paciente:	*Sim, exatamente isso. Parece que estou preso em um turbilhão de pensamentos negativos e não consigo me acalmar.*
Terapeuta:	*É compreensível sentir-se assim, especialmente considerando a natureza estressante do seu trabalho.*

	Vamos tentar entender melhor o que está desencadeando essa ansiedade agora. Você consegue identificar algum gatilho específico que esteja contribuindo para esses sentimentos?
Paciente:	*Acho que é principalmente por causa de uma operação importante que está se aproximando. Estou preocupado em garantir que tudo corra bem e em manter minha equipe segura.*
Terapeuta:	*Compreendo. A proximidade de uma operação importante certamente pode aumentar os níveis de ansiedade. Quero compartilhar algumas informações importantes sobre a ansiedade. Ela pode ser desencadeada por situações estressantes e é uma resposta natural do corpo a esses estímulos. Durante esses momentos, nosso corpo libera hormônios do estresse, o que pode causar sintomas físicos E emocionais, como os que você está experimentando agora. É fundamental reconhecer esses sintomas para poder lidar com eles de forma eficaz. Além dos sintomas físicos, é importante também prestar atenção aos seus pensamentos durante esses momentos de ansiedade. Muitas vezes, nossos pensamentos podem se tornar automáticos e negativos, alimentando ainda mais a ansiedade. Por exemplo, você pode estar pensando que algo terrível vai acontecer na operação, ou que não será capaz de lidar com as responsabilidades. Identificar e desafiar esses pensamentos é uma parte importante do processo de lidar com a ansiedade. Estou aqui para ajudá-lo a reconhecer e mudar esses padrões de pensamento que contribuem para a sua ansiedade.*

Passo 2: Quadro de atividades

Nesta etapa, o terapeuta irá orientar o paciente a fazer um levantamento das atividades prazerosas e/ou que proporcionam senso de realização que poderiam ser integradas gradualmente à sua rotina. Assim, o terapeuta deve

incentivar o paciente a pensar criativamente em novas opções que possam ser interessantes de se experimentar. O objetivo é auxiliar o paciente a retomar o engajamento em atividades significativas e gratificantes, ampliando suas fontes de satisfação na vida.



Terapeuta:	*Olá, João! Como você está hoje?*
Paciente:	*Oi, Ana. Estou bem, mais ou menos. Sinto que estou meio estagnado, sabe?*
Terapeuta:	*Entendo. Parece que você está procurando maneiras de trazer um pouco mais de aventura e empolgação para sua vida. Estou aqui para ajudar com isso. Vamos pensar em algumas atividades que costumavam te animar, mesmo que fossem um pouco mais agitadas!*
Paciente:	*Ah, isso seria ótimo. Mas, para ser honesto, estou meio sem ideias no momento.*
Terapeuta:	*Não se preocupe, estamos aqui para explorar juntos. Vamos lembrar das coisas que você gostava de fazer no passado, aquelas que te faziam sentir vivo e cheio de energia. Pode ser algo relacionado ao ar livre, uma nova experiência esportiva, ou até mesmo algo que envolva um pouco de adrenalina. O importante é encontrar algo que te faça sentir animado e que seja viável para você agora.*
Paciente:	*Hmm, nunca pensei nisso dessa maneira. Talvez eu possa tentar resgatar algumas das aventuras que costumava curtir, mesmo que eu tenha me afastado delas.*
Terapeuta:	*Exatamente! A ideia é dar pequenos passos em direção à emoção e à satisfação. Estou aqui para te apoiar ao longo desse caminho, e juntos podemos encontrar maneiras de trazer de volta um pouco mais de aventura para sua vida. Que tal começarmos fazendo uma lista de algumas ideias para você experimentar?*
Paciente:	*Isso parece uma boa ideia. Vamos lá!*

Passo 3: Lista de prazer e satisfação

Nesta etapa, o paciente irá elaborar uma lista detalhada das atividades que costumava realizar no passado e que lhe proporcionaram senso de prazer e/ou satisfação antes do surgimento dos sintomas ansiosos/depressivos. Então, o terapeuta irá ajudar o paciente a reconstruir essas memórias de forma vívida, ressaltando as emoções e sensações positivas associadas. A conscientização sobre esses aspectos recompensadores já vivenciados no passado será essencial para motivar o paciente a buscar reintegrá-los gradualmente em seu dia-a-dia atual.

Terapeuta:	*Às vezes, quando nos afastamos do que nos traz alegria, podemos nos sentir um pouco perdidos. Mas estamos aqui para encontrar um caminho de volta para essas experiências. Você poderia compartilhar o que gostava de fazer?*
Paciente:	*Claro. Antes de tudo isso, eu adorava fazer trilhas e escaladas. Era incrível estar em contato com a natureza, sentir o desafio e a superação em cada passo que dava.*
Terapeuta:	*Isso soa maravilhoso. Imagine-se lá novamente, revivendo esses momentos. Feche os olhos e sinta a brisa, ouça os pássaros, deixe-se envolver por essa sensação de liberdade e realização. Como você se sente ao relembrar essas aventuras?*
Paciente:	*É como se uma luz se acendesse dentro de mim. Essas lembranças realmente me trazem uma sensação de paz e alegria.*
Terapeuta:	*Que ótimo ouvir isso. Essas memórias são preciosas e podem nos guiar enquanto buscamos reintegrar essas experiências na sua vida. Vamos começar fazendo uma lista dessas atividades que você costumava adorar. O que mais você gostava de fazer além das trilhas e escaladas?*
Paciente:	*Além das trilhas e escaladas, eu também adorava fazer rapel em cachoeiras e explorar novos lugares para acampar. Era uma sensação incrível estar no meio da*

	natureza, longe de tudo, apenas com meus pensamentos e a beleza ao meu redor.
Terapeuta:	*Parece que você tinha uma conexão profunda com a natureza e a aventura. Essas são experiências realmente enriquecedoras. Vamos adicionar rapel em cachoeiras e acampamento à sua lista.*

Passo 4: Inventário de custos e benefícios

Nesta etapa, o terapeuta irá pedir ao paciente que faça um inventário das atividades que vem realizando (ou não) em seu cotidiano e avalie os custos e benefícios associados a esses padrões atuais de comportamento. O objetivo é que o paciente possa ponderar de forma realista os aspectos negativos de se manter nos padrões atuais disfuncionais versus os ganhos potenciais de adotar comportamentos mais saudáveis. Essa análise irá ajudá-lo a se motivar para promover mudanças comportamentais.

Terapeuta:	*Agora, gostaria que você fizesse um pequeno inventário das atividades que vem realizando ultimamente. Isso inclui desde as atividades do trabalho até as atividades de lazer.*
Paciente:	*Bem, no trabalho tenho estado muito ocupado com os plantões e as emergências. Às vezes, mal tenho tempo para uma pausa. Fora do trabalho, tenho me isolado um pouco, evitando sair com amigos ou praticar meus hobbies.*
Terapeuta:	*Entendi. Agora, gostaria que você avaliasse os custos e benefícios associados a esses padrões de comportamento. Por exemplo, quais são os custos de se manter tão ocupado no trabalho e se isolar do convívio social? E quais seriam os benefícios de tentar equilibrar melhor suas atividades e reservar um tempo para suas próprias necessidades e interesses?*
Paciente:	*Bem, os custos de estar tão ocupado no trabalho são altos. Sinto-me constantemente sobrecarregado e*

	estressado, e percebo que isso afeta minha saúde física e emocional. Além disso, o isolamento social tem me deixado solitário e desconectado dos outros, o que aumenta meus sentimentos de tristeza e desânimo.
Terapeuta:	*Compreendo como esses custos podem ser impactantes. Agora, e quanto aos benefícios de tentar equilibrar suas atividades e reservar um tempo para si mesmo? Como você imagina que isso poderia melhorar sua qualidade de vida?*
Paciente:	*Acho que reservar um tempo para mim mesmo poderia me ajudar a recarregar as energias e a encontrar um equilíbrio entre o trabalho e o lazer. Poderia me dar a oportunidade de praticar minhas atividades favoritas, como escalada e trilhas, o que sempre me proporcionou uma sensação de liberdade e prazer.*
Terapeuta:	*Parece que você identificou algumas vantagens importantes em priorizar o autocuidado e a busca por atividades que lhe tragam satisfação pessoal. Estou aqui para ajudá-lo a explorar maneiras de integrar essas mudanças positivas em sua rotina diária. Vamos trabalhar juntos nisso?*

Passo 5: Registro de pensamentos e crenças

O terapeuta deverá orientar o paciente a registrar sistematicamente seus pensamentos automáticos e crenças centrais relacionadas às situações geradoras de ansiedade ou humor depressivo. Ao registrar esses processos cognitivos disfuncionais recorrentes, o paciente conseguirá identificar seus padrões negativos de pensamento e como eles impactam seus sentimentos e comportamentos de forma prejudicial. Essa conscientização é fundamental para o próximo passo de questionamento e modificação cognitiva.

Terapeuta:	*Olá! Como você está se sentindo hoje?*
Paciente:	*Olá. Bem, na verdade estou me sentindo um pouco para baixo ultimamente.*

Terapeuta:	*Entendo, é difícil lidar com esses sentimentos. Você percebe algum padrão de pensamento recorrente que parece estar contribuindo para essa sensação?*
Paciente:	*Sim, sempre que estou em situações estressantes, parece que minha mente fica inundada com pensamentos negativos.*
Terapeuta:	*Compreendo. Seria útil se você pudesse começar a registrar sempre que se sentisse assim. Pode ser algo tão simples como anotar algumas frases ou palavras que vêm à mente quando você se sente ansioso ou triste. Isso pode nos ajudar a identificar padrões e entender melhor como esses pensamentos estão afetando você.*
Paciente:	*Ok, vou tentar fazer isso.*
Terapeuta:	*Ótimo! E lembre-se, não se trata de julgar seus pensamentos, mas sim de entender melhor como eles estão influenciando suas emoções e comportamentos. Estou aqui para ajudá-lo ao longo desse processo, então fique à vontade para compartilhar qualquer coisa que surgir.*

Passo 6: Avaliação de pensamentos e crenças

Nesta etapa final, o terapeuta irá trabalhar junto com o paciente para avaliar criticamente a validade e utilidade dos pensamentos automáticos e crenças disfuncionais registradas anteriormente. Ferramentas como o questionamento socrático, na busca de evidências para e contra esses pensamentos, serão empregadas. Outras técnicas úteis são o Inventário de Vantagens e Desvantagens de se manter determinada crença, técnicas da seta descendente, minuta de crenças, continuum cognitivo e resolução de problemas. O objetivo é que o paciente possa desenvolver formas mais equilibradas, flexíveis e adaptativas de interpretar as situações temidas ou desafiadoras, substituindo crenças rígidas por perspectivas mais funcionais. Ao reestruturar seus padrões cognitivos centrais, consequências emocionais e comportamentais mais saudáveis tenderão a se seguir.

Terapeuta:	*Agora que registramos alguns dos seus pensamentos, é hora de darmos uma olhada mais de perto neles. O que acha disso?*
Paciente:	*Parece interessante, mas como exatamente isso funciona?*
Terapeuta:	*Vamos pegar um exemplo que você registrou e examiná-lo juntos. Aqui está um pensamento que você anotou: "Nunca consigo fazer nada direito, sempre acabo falhando." Vamos tentar encontrar algumas evidências que apoiem essa ideia e outras que a contradigam. Você consegue pensar em algum momento em que conseguiu realizar algo com sucesso?*
Paciente:	*Bem, na verdade, houve uma vez em que eu consegui evitar um assalto em uma situação de alto risco e...*
Terapeuta:	*Isso é incrível! Parece que você teve um desempenho excepcional nessa situação. Esse é um exemplo concreto de algo que você fez muito bem. Isso sugere que o pensamento automático "nunca consigo fazer nada direito" pode não ser totalmente verdadeiro. Vamos explorar isso mais profundamente e ver como podemos reavaliar essas crenças juntos.*

Material Complementar

Como controlar uma crise de ansiedade (youtube.com)

(112) 'Eu tenho um cachorro preto e seu nome é depressão' (youtube.com)

[WEBINAR] Depressão e o risco de suicídio | Artmed360 (youtube.com)

Agostinho, Tayla Fernandes, Donadon, Mariana Fortunata, & Bullamah, Sabrina Kerr. (2019). Terapia cognitivo-comportamental e depressão: intervenções no ciclo de manutenção. Revista *Brasileira de Terapias Cognitivas, 15*(1), 59-65. https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190009

Moreno, André Luiz, & Carvalho, Rubem Gomes Neves de. (2014). Terapia cognitivo-comportamental breve para sintomas de ansiedade e depressão.

Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 10(2), 70-75. https://rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=199

Drauzio Varella. (2021, 03 de janeiro). Como controlar uma crise de ansiedade [Vídeo]. https://www.youtube.com/watch?v=8YG8HABY25w

ONU Brasil. (2017, 07 de abril). 1º ABRPlay - 'Eu tenho um cachorro preto e seu nome é depressão' [Vídeo]. https://www.youtube.com/watch?v=-DzU63rT4L5Y

Artmed. (2020, 25 de setembro). [WEBINAR] Depressão e o risco de suicídio | Artmed360 [Vídeo]. https://www.youtube.com/watch?v=nIHSLwwV_jo

Gatti, Priscila Vargas, & Mendes, Ana Irene Fonseca. (2020). As contribuições da terapia cognitivo-comportamental para a prevenção do suicídio em pacientes com depressão: revisão narrativa. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 16(1), 83- 91. https://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=306

Marback, Roberta Ferrari, & Pelisoli, Cátula. (2014). Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *10*(2), 122-129. https://www.rbtc.org.br/detalhe_abstract.asp?id=205

16. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É com satisfação que concluímos este protocolo, no qual esperamos ter proporcionado a você insights valiosos sobre o importante papel desempenhado pelos profissionais da segurança pública em nossa sociedade. Esperamos também que você possa ter compreendido os desafios específicos que estes profissionais enfrentam no dia a dia de trabalho, mas também na vida pessoal.

Pensar a promoção da saúde mental desses profissionais exige de nós, terapeutas, sensibilidade, empatia e respeito. Muitas vezes teremos de transpor nossos próprios preconceitos e estereótipos para mergulhar, de maneira compassiva e colaborativa, no percurso e experiência de cada paciente.

Por isso, à medida que você continua sua jornada como terapeuta, incentivamos que você permaneça aberto(a) ao aprendizado contínuo e à busca por recursos adicionais para aprimorar suas habilidades. A prática da terapia é uma jornada de desenvolvimento pessoal e profissional, e cada experiência traz consigo oportunidades de crescimento.

Lembre-se que nosso trabalho de apoio emocional e de aconselhamento pode transformar vidas. Assim, sua escuta atenta e validativa poderá fazer diferença significativa na saúde e no bem-estar dos profissionais da segurança pública e, por extensão, na comunidade em geral.

Agradecemos por seu compromisso e continue sua jornada com paixão, determinação e compaixão. Saiba que você está contribuindo para a valorização de profissionais que estão lá para “serem heróis sem capa” e “fazerem justiça” apesar das condições precárias de trabalho e de suas dores humanas.

Desejamos a você todo o sucesso e estamos aqui para apoiá-lo em cada passo do caminho.

17. REFERÊNCIAS

Agostinho, Tayla Fernandes, Donadon, Mariana Fortunata, & Bullamah, Sabrina Kerr. (2019). Terapia cognitivo-comportamental e depressão: intervenções no ciclo de manutenção. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *15*(1), 59-65. https://rbtc.org.br/detalhe_resumo.asp?id=289

Banaco, R. A. (1999). *Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional*. Em: R. R. Kerbauy eR. C. Wielenska (Org.):, (pp. 75-82). Santo André: Arbytes.

Barlow, David H., and others, 'Module 2: Understanding Emotions: (Corresponds to Chapters 5 and 6 of the UP Workbook)', *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*, 2 edn, Treatments That Work (New York, 2017; online edn, Oxford Academic, 1 Jan. 2018), https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190685973.003.0007, accessed 1 May 2024.

Barlow, D. H., Harris, B. A., Eustis, E. H., & Farchione, T. J. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *19*(2), 245–246. https://doi.org/10.1002/wps.20748

Beck, J. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.

Day, M. A., Eyer, J. C., Thorn, B. E. (2014). Therapeutic relaxation, in *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*. John Wiley & Sons, Ltd.

Dos Santos, M. F. R., & de Castro Ferreira, A. (2023). Eficácia da terapia cognitivo comportamental no tratamento do alcoolismo: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, *6*(5), 21074-21085. https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/ BJHR/article/view/63001/45316

Fonseca, L. S. O., da Silva, S. P., Fonseca, L. O., Vieira, L. T. Q., de Santana, T. S., Rocha, M. E., Barbosa, M. A., & do Amaral, W. N. (2021). Dependência

alcoolica e a atividade policial militar / Alcohol dependency and military police activity. *Brazilian Journal of Development*, *7*(3), 21207–21212. https://doi.org/10.34117/bjdv7n3-027

Gatti, Priscila Vargas, & Mendes, Ana Irene Fonseca. (2020). As contribuições da terapia cognitivo-comportamental para a prevenção do suicídio em pacientes com depressão: revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *16*(1), 83-91. https://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=306

Hales, S., Blackwell, S. E., Di Simplicio, M., Iyadurai, L., Young, K., & Holmes, E. A. (2014). Imagery-based cognitive-behavioral assessment. *Assessment in cognitive therapy*, 69-93.

Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*.

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *30*, s54–s64. https://www.scielo.br/j/rbp/a/HLpWbYk4bJHY39sfJfRJwtn/?lang=pt

Leahy, R. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.

Machado de Paula Silveira, M. (2024, 19 de fevereiro). *Reestruturação cognitiva: entenda como aplicar com seu paciente*. Blog do Secad. Recuperado de https://www.artmed.com.br/artigos/reestruturacao-cognitiva-entenda-como-aplicar-com-seu-paciente

Marback, Roberta Ferrari, & Pelisoli, Cátula. (2014). Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *10*(2), 122-129. https://www.rbtc.org.br/detalhe_abstract.asp?id=205

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. de O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista De Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, *25*, 65–74. https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008

Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos De Psicologia (campinas)*, *16*(3), 8–18. https://doi.org/10.1590/S0103-166X1999000300002

Miguel, F. K. (2015). Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. *Psico-usf, 20*(1), 153–162. https://doi.org/10.1590/1413-82712015200114

Moreno, André Luiz, & Carvalho, Rubem Gomes Neves de. (2014). Terapia cognitivo- comportamental breve para sintomas de ansiedade e depressão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 10*(2), 70-75. https://rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=199

Murta, Sheila Giardini, & Rocha, Sheila Giovana Morais. (2014). Instrumento de apoio para a primeira entrevista em psicoterapia cognitivo-comportamental. *Psicologia Clínica, 26*(2), 33- 47. Recuperado em 10 de maio de 2024, de https://www.scielo.br/j/pc/a/g5nZmckkNbgCY8hyW5KsSCG/?format=html&lang=pt&ilang=pt_BR.

Neufeld, C. B., & Cavenage, C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo- comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 6*(2), 3-36. Recuperado em 10 de maio de 2024, de https://www.rbtc.org.br/detalhe_abstract.asp?id=109.

Neves Neto, A. R. (2011). Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 56*(3), 158-168.

Payne, L. A., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2023). Transtornos emocionais: Um protocolo unificado para tratamento transdiagnóstico. In D. H. Barlow (Ed.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo* (6a ed., pp. 200-238).

Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *30*, s88–s95. https://www.scielo.br/j/rbp/a/Ht4t7VqdH3BwnQTVHywhSfD/abstract/?lang=pt

Rebessi, I. P., Lobo, B. O. M., & Neufeld, C. B. (2023, 18 de dezembro). *Aliança terapêutica: importância para a formação de vínculo e permanência*

na psicoterapia. Blog do Secad. Recuperado de https://artmed.com.br/artigos/alianca-terapeutica-importancia-para-a-formacao-de-vinculo-e-permanencia-na-psicoterapia

Scotton, I. L., Barletta, J. B., & Neufeld, C. B. (2021). Competências Essenciais ao Terapeuta Cognitivo-Comportamental. *Psico-usf, 26*(1), 141–152. https://doi.org/10.1590/1413-82712021260112

Wright, J.H.; Basco, M. R. & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo- comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.

Wright, J. H.; Sudak, Turkington, D. & Thase, M.E. (2012). *Terapia cognitivo- comportamental de alto rendimento para sessões breves: Guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

Anexo 1: Modelo ARCo

Antecedentes	**Respostas**			**Consequências**	
Situação	Pensamentos	Sensações físicas	Comportamentos	Curto prazo	Longo prazo
O que aconteceu?	*O que você pensou?*	*O que você sentiu?*	*O que você fez?*	*...de imediato?*	*...ao longo do tempo?*
Um policial civil, durante uma investigação, depara-se com violência doméstica	Questionou suas habilidades e competências, sentindo-se culpado e impotente	Taquicardia, tensão muscular	Sentiu-se sobrecarregado, evitando o enfrentamento do caso	Dificuldade em trabalhar, aumento do estresse e da ansiedade	Isolamento social, piora dos sintomas de depressão e ansiedade, deterioração do desempenho no trabalho
Um policial militar, durante uma operação enfrenta um agressor armado	Sentiu-se desamparado e incapaz de controlar a situação	Taquicardia, falta de ar	Ficou paralisado pelo medo	Intervenção inadequada, risco aumentado para si e para os outros, traumas adicionais	TEPT, dificuldade em retornar ao trabalho, problemas de relacionamento
Um policial científico, durante análise de evidências	Sentiu-se inadequado e incompetente	Tremores, sudorese excessiva	Fugiu da situação estressante	Interrupção do trabalho, perda de produtividade, aumento do estresse	Piora dos sintomas de ansiedade, evitação persistente de situações estressantes, diminuição da autoestima
Um bombeiro, durante um resgate em incêndio	Sentiu-se sobrecarregado por pensamentos intrusivos sobre experiências passadas	Sensação de sufocamento, tremores	Desligou-se emocionalmente da situação presente	Risco aumentado para si e para os outros, comprometimento da eficácia no resgate, traumas adicionais	TEPT, dificuldade em retornar ao trabalho, deterioração do bem-estar emocional e físico

Anexo 2: Registro de pensamentos disfuncionais

Situação	Pensamento automático	Emoção e estado de espírito	Evidências que apontam o pensamento	Evidências que não apontam o pensamento	Pensamento alternativo	Avaliar o estado de espírito atual
O que realmente aconteceu? Onde? O quê? Como? Quando?	*Quais pensamentos passaram pela sua mente? Quanto você acreditou nisso? (1-100)*	*Que emoção(s) você sentiu naquele momento? Avalie o quão intensas foram (1-100).*	*O que aconteceu para fazer você acreditar que o pensamento é verdadeiro?*	*O que aconteceu para provar que o pensamento não é verdadeiro?*	*Qual é outra maneira de pensar sobre esta situação?*	*Avalie de 0 a 100 (pior para melhor).*
Durante uma patrulha noturna, um policial civil observa um carro estacionado em um local suspeito.	"Este carro pode estar envolvido em atividades ilegais."	Sentimento de alerta e preocupação. Intensidade: 80.	Observação de movimentação suspeita próxima ao veículo.	O local também é conhecido por ser frequentado por moradores locais.	"Pode ser que o carro esteja apenas estacionado aqui por acaso."	60
Durante uma reunião de equipe, um agente de segurança pública comete um erro ao relatar informações sobre um incidente recente.	"Todos estão me julgando por causa desse erro."	Sentimento de vergonha e inadequação. Intensidade: 90.	Percebendo olhares desconfortáveis dos colegas e uma atmosfera de desconforto na sala.	Reconhecimento de que todos cometem erros e que a reunião está focada na resolução de problemas, não em culpar indivíduos	"Todos podem entender que erros acontecem, e estou aqui para aprender com isso."	70
Durante uma abordagem a um suspeito, uma policial percebe um movimento brusco do indivíduo	"Estou em perigo, ele pode estar armado."	Sentimento de medo e tensão. Intensidade: 95.	Observação do comportamento evasivo do suspeito e a falta de cooperação durante a abordagem.	Ausência de qualquer arma visível e a presença de colegas policiais próximos para apoio.	"Estou treinada para lidar com situações desafiadoras, e tenho apoio da equipe."	80

Anexo 3: Registro de pensamentos disfuncionais

Padrão de pensamento	Definição	Exemplo
Leitura mental	Você imagina que sabe o que as pessoas pensam sem ter evidências suficientes dos seus pensamentos.	*"Aquele cidadão acha que sou corrupto só porque sou policial."*
Adivinhação do futuro	Você prevê o futuro – que as coisas vão piorar ou que há perigos pela frente.	*"Essa ocorrência vai terminar em tragédia, eu já vi isso antes."*
Catastrofização	Você acredita que o que aconteceu ou vai acontecer é tão terrível e insuportável que não conseguirá aguentar.	*"Ser baleado em serviço seria o pior que poderia me acontecer, não suportaria isso."*
Rotulação	Você atribui traços negativos globais a si mesmo e aos outros.	*"Aquele traficante é um monstro" ou Sou um policial incompetente."*
Desqualificação dos aspectos positivos	Você alega que as realizações positivas, suas ou alheias, são triviais.	*"Salvei uma vida hoje, mas é só o que se espera de um bombeiro."*
Filtro negativo	Você foca quase que exclusivamente nos aspectos negativos e raramente nota os positivos.	*"Ninguém reconhece o trabalho árduo que fazemos, só reclamam."*
Supergeneralização	Você percebe um padrão global de aspectos negativos com base em um único incidente.	*"Sempre que preciso abordar alguém, as coisas dão errado."*
Pensamento dicotômico	Você vê eventos, ou pessoas, em termos de tudo-ou-nada.	*"Ou prendemos esses criminosos hoje ou é um fracasso total."*
Afirmações do tipo "deveria"	Você interpreta os eventos em termos de como as coisas deveriam ser, em vez de simplesmente se concentrar no que elas são.	*"Eu deveria ter resolvido aquela ocorrência mais rápido."*

Anexo 4: Registro de pensamentos disfuncionais

Padrão de pensamento	Definição	Exemplo
Personalização	Você atribui a si mesmo uma culpa desproporcional por eventos negativos e não consegue ver que determinados eventos também são provocados por outros.	*"Se aquela vítima faleceu foi por minha culpa, eu falhei."*
Atribuição de culpa	Você se concentra na outra pessoa como fonte de seus sentimentos negativos e se recusa a assumir a responsabilidade pela mudança.	*"Meu estresse é culpa do meu chefe que não valoriza nosso trabalho."*
Comparações injustas	Você interpreta os eventos em termos de padrões irrealistas, comparando-se com outras pessoas que se saem melhor do que você, e então se considera inferior a elas.	*"Aquele investigador resolve casos muito melhor que eu."*
Orientação para o remorso	Você se concentra na ideia de que poderia ter se saído melhor no passado, em vez de no que pode fazer melhor agora.	*"Não deveria ter atirado naquele suspeito, me arrependo."*
E se...?	Você faz uma série de perguntas do tipo "e se" alguma coisa acontecer, e nunca fica satisfeito com as respostas.	*"E se eu for atacado na próxima abordagem? E se não conseguir reagir?"*
Raciocínio emocional	Você deixa os sentimentos guiarem sua interpretação da realidade.	*"Me sinto inseguro, então este bairro deve ser muito perigoso."*
Incapacidade de refutar	Você rejeita qualquer evidência ou argumento que possa contradizer seus pensamentos negativos.	*"Sempre haverá críticas ao trabalho policial, por mais que digam o contrário."*
Foco no julgamento	Você avalia a si próprio, os outros e os eventos em termos de preto-ou-branco (bom-mau, superior-inferior), em vez de simplesmente descrever, aceitar ou compreender.	*"Fui um policial ruim por não ter resolvido aquele caso."*

Caderno Técnico 3

ESCUTA SUSP
PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO

PROTOCOLO 6

Caderno Técnico 3

Serviço II

Psicoterapia on-line para os Profissionais de Segurança Pública Volume 2

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO 6

Coordenação geral do projeto
Prof. Dr. Maycoln L. Martins Teodoro (UFMG)

Docente
Profa. Dra. Katie Moraes de Almondes (UFRN)

Discentes
Brena Thaísa Queiroz de Melo (UFRN)
Isaak Felipe de Araújo Sales (UFRN)
Mateus Guimarães Nobre Frisch (UFRN)
Patrícia de Cássia Carvalho Campos (UFMG)

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

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CSJT	Conselho Superior da Justiça do Trabalho
ESE	Escala de Sonolência de Epworth
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
IGI	Índice de Gravidade de Insônia MTE Ministério do Trabalho e Emprego
OMS	Organização Mundial da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index / Questionário de Qualidade do Sono de Pittsburgh
SENASP	Secretaria Nacional de Segurança Pública
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCCp	Terapia Cognitivo-Comportamental para Psicoses
TED	Termo de Execução Descentralizada
TST	Tribunal Superior do Trabalho
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UnB	Universidade de Brasília
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFS	Universidade Federal de Sergipe
WHO	World Health Organization / Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 124

2. COMO UTILIZAR OS MÓDULOS TEMÁTICOS? 126
   Qual é o papel dos módulos temáticos no processo psicoterapêutico? 126
   Quando considerar a introdução de um módulo temático? 126
   Quais critérios clínicos orientam essa decisão? 127
   Como os módulos se articulam com a conceituação de caso em TCC? 127
   Os módulos devem ser trabalhados um de cada vez ou é possível trabalhar mais de um módulo ao mesmo tempo? 128
   Como decidir o que priorizar quando o paciente apresenta várias demandas ao mesmo tempo? 129
   Qual é o papel da supervisão no uso dos módulos temáticos? 129
   Como o terapeuta deve articular o uso do Protocolo de Orientações Gerais para a Prática da Psicoterapia On- line em TCC – Parte 1 com os módulos temáticos apresentados no Protocolo de Orientações Gerais para a Prática da Psicoterapia On-line em TCC – Parte 2? 130
   Em síntese, como este material deve ser utilizado pelo terapeuta? 131

3. MÓDULO 1: SITUAÇÕES DE ASSÉDIO E IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL 132
   Reconhecer, nomear e intervir: o papel da psicoterapia no enfrentamento do assédio em instituições de Segurança Pública 132
   Passo 1: Psicoeducação sobre Assédio 137
   Passo 2: Aplicação das estratégias trabalhadas nos outros módulos terapêuticos deste Protocolo 142
   Passo 3: Treinamento de Habilidades de Comunicação e Role-playing 143
   Referências 149

4. MÓDULO 2: USO E ABUSO DE ÁLCOOL, PSICOTRÓPICOS E OUTRAS DROGAS 150
   Compreendendo os impactos das substâncias lícitas e ilícitas na saúde mental de profissionais da Segurança Pública 150

Passo 1: Psicoeducação do modelo cognitivo no uso e abuso de álcool e outras drogas....152
Passo 2: Treinamento de Habilidades Sociais....153
Passo 3: Técnicas de Relaxamento....155
Passo 4: Técnicas de Resolução de Problemas....164
Passo 5: Manejo dos sentimentos....165
Passo 6: Importância do Lazer e Atividades Prazerosas....166
Passo 7: Rede de Apoio Social....167
Material Complementar....169
Referências....169

5. MÓDULO 3: PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO....170
Passo 1: A avaliação da qualidade do Sono....171
Passo 2: Psicoeducação....173
Passo 3: Implementação guiada de Higiene do Sono....174
Passo 4: Melhorando o Sono de Trabalhadores em Turno....176
Passo 5: Quando mudar o esquema do trabalho é uma necessidade terapêutica:....183
Passo 6: Quando é necessário encaminhar para um especialista em sono....184
Para aprofundamento....186
Referências....187
Anexo A: Proposta de avaliação clínica para transtornos de sono de Almondes (2022, p. 108), com permissão da autora....190
Anexo B: Diário do Sono para 7 dias (Adaptado de Carney, 2012)....192
Anexo C: Índice de Gravidade da Insônia (IGI) - Morin (1993)....194
Anexo D: Escala de Sonolência de Epworth (ESE) - Johns (1991)....196
Anexo E: Questionário de Avaliação de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) - Buysse et al. (1989)....197

6. MÓDULO 4: MANEJO DE SINTOMAS PSICÓTICOS....201
Passo 1: Avaliação e Diagnóstico Diferencial sobre a etiologia da Psicose....202
Passo 2: Intervenções para Psicose Primária....205
Passo 3: Intervenções para Psicose Secundária....210
Passo 4: Considerar a segurança e o porte de armas....211
Material Complementar....216
Referências....216

7. MÓDULO 5: DEPENDÊNCIA EM JOGOS E APOSTAS ON-LINE 217
Compreendendo a dependência em jogos e apostas on-line 218
Passo 1: Avaliação e Objetivos 220
Passo 2: Motivação, Ambivalência e Objetivos 221
Passo 3: Psicoeducação Essencial 222
Passo 4: Manejo Financeiro como Estratégia de Proteção 223
Passo 5: Análise Funcional e Reestruturação Cognitiva 224
Passo 6: Resolução de Problemas para Lidar com Estressores 225
Passo 7: Orientação sobre Recursos Governamentais de Proteção e Apoio 226
Material Complementar 229
Referências 230

1. INTRODUÇÃO

Na prática clínica com profissionais de segurança pública, são frequentes situações em que o sofrimento é evidente, mas a contextualização clínica e as possibilidades de manejo não se apresentam de maneira clara. Demandas como assédio no trabalho, uso problemático de substâncias, alterações do sono, manifestações psicóticas e comportamentos de aposta aparecem de forma recorrente e apontam para a necessidade de intervenções sistemáticas.

É nesse contexto que apresentamos o Protocolo para a Promoção do Bem-Estar Psicológico para Profissionais de Segurança Pública – Parte 2, elaborado como desdobramento da primeira edição e voltado às especificidades clínicas desse público. O volume está organizado em cinco módulos temáticos, cada um dedicado ao aprofundamento de uma demanda recorrente na prática.

O Módulo 1: Situações de Assédio e Implicações na Saúde Mental aborda diferentes formas de assédio (moral, sexual, racial, virtual e institucional), bem como situações de violência física e verbal, evidenciando suas implicações subjetivas e institucionais. Já o Módulo 2: Uso e Abuso de Álcool, Psicotrópicos e Outras Drogas trata de padrões de uso problemático de substâncias lícitas e ilícitas, a partir da perspectiva da redução de danos e do fortalecimento de redes de apoio social.

Na sequência, o Módulo 3: Promoção da Qualidade do Sono apresenta aspectos ligados à avaliação da qualidade do sono, à psicoeducação e a estratégias de higiene do sono, considerando as especificidades do regime de trabalho da categoria. O Módulo 4 é uma seção que aborda o Manejo de Sintomas Psicóticos, apresentando distinções entre psicoses primárias e secundárias e descrevendo intervenções fundamentadas na Terapia Cognitivo- Comportamental para Psicoses (TCCp).

Por fim, o Módulo 5: Dependência em Jogos e Apostas on-line traz uma questão emergente na clínica contemporânea: comportamentos de aposta em plataformas digitais. O módulo sistematiza padrões de engajamento e prejuízos funcionais, além de discutir elementos centrais do manejo clínico e da prevenção de recaídas nesse contexto.

Desse modo, espera-se que este material acompanhe você, terapeuta, nos momentos em que a prática clínica se torna mais desafiadora. Sempre

que necessário, recomenda-se a utilização articulada dos dois volumes do Protocolo Serviço II – Psicoterapia On-line para Profissionais de Segurança Pública. Juntos, os dois volumes podem contribuir para uma condução terapêutica mais organizada, consistente e ajustada às demandas que emergem na prática.

2. COMO UTILIZAR OS MÓDULOS TEMÁTICOS?

Esta seção foi pensada para responder às dúvidas mais comuns de terapeutas que já atendem ou estão prestes a atender no âmbito do Escuta SUSP, oferecendo subsídios para refletir sobre quando, por que e como aprofundar determinadas demandas que emergem no processo psicoterapêutico. A proposta é apresentar orientações claras, práticas e formativas para o uso dos módulos temáticos, de modo que o terapeuta possa introduzi-los com segurança, em linguagem compreensível e no tempo do paciente, fortalecendo a colaboração, o vínculo e a confiança no trabalho terapêutico.

Qual é o papel dos módulos temáticos no processo psicoterapêutico?

Os módulos temáticos foram elaborados para apoiar o terapeuta do Escuta SUSP quando determinadas demandas passam a exigir maior aprofundamento clínico, conceitual e técnico. O objetivo é oferecer suporte ao raciocínio clínico diante de temas que, na prática, costumam gerar dúvidas, insegurança ou manejos pouco estruturados, especialmente em contextos de maior complexidade institucional, relacional e emocional. Portanto, os módulos funcionam como ferramentas de apoio à decisão clínica, e não como roteiros fechados ou prescrições técnicas.

Quando considerar a introdução de um módulo temático?

A introdução de um módulo temático deve ser considerada quando uma demanda específica se mostra persistente, central ou clinicamente relevante ao longo do acompanhamento. Em geral, essa decisão ocorre após a fase inicial de avaliação e construção de vínculo, quando o terapeuta já dispõe de elementos suficientes para compreender a história, o funcionamento e os principais eixos de sofrimento do paciente atendido no Escuta SUSP.

É importante destacar que a simples presença de um tema não justifica, por si só, o uso de um módulo. Por exemplo, relatos pontuais de dificuldades de sono não implicam automaticamente a necessidade de aprofundamento no módulo correspondente. O critério central é o impacto da demanda no sofrimento psíquico, no funcionamento cotidiano e no curso do processo terapêutico.

Nesse contexto, a supervisão desempenha papel fundamental, contribuindo para avaliar o momento clínico, ponderar riscos e verificar se o uso do módulo favorecerá, de fato, o cuidado ofertado.

Quais critérios clínicos orientam essa decisão?

Alguns critérios clínicos podem auxiliar o terapeuta na decisão de introduzir um módulo temático:

- Recorrência da demanda ao longo das sessões;
- Intensidade do sofrimento associado ao tema;
- Riscos envolvidos, como prejuízos funcionais importantes ou riscos à saúde;
- Dificuldade de manejo com intervenções mais gerais;
- Momento do processo terapêutico, considerando vínculo, adesão e estabilidade emocional;
- Condições do paciente para aprofundamento, como recursos emocionais, capacidade reflexiva e contexto de vida.

Nesse sentido, a supervisão é um espaço privilegiado para a análise desses critérios, permitindo ao terapeuta discutir hipóteses, ajustar leituras clínicas e evitar decisões precipitadas, como aprofundamentos desnecessários ou intervenções desalinhadas com o momento do caso.

Como os módulos se articulam com a conceituação de caso em TCC?

Os módulos temáticos devem ser utilizados em consonância com a conceituação de caso construída no modelo cognitivo- comportamental. As intervenções propostas precisam dialogar com as crenças centrais, pressupostos, padrões comportamentais e estratégias de enfrentamento já identificadas no acompanhamento.

O módulo não inaugura uma nova lógica de compreensão do paciente. Ao contrário, ele aprofundada e organiza a leitura clínica já em curso, contribuindo para maior coerência entre formulação e intervenção. Quando utilizado de forma desconectada da conceituação de caso, há o risco de fragmentar o atendimento e reduzir a efetividade das intervenções.

Por essa razão, é recomendável que o terapeuta retome sistematicamente, em supervisão, a pergunta: “De que modo este módulo se articula com a formulação do caso?”.

Os módulos devem ser trabalhados um de cada vez ou é possível trabalhar mais de um módulo ao mesmo tempo?

Não existe uma regra fixa que determine se os módulos devem ser trabalhados um de cada vez ou de forma simultânea. Essa decisão depende das prioridades clínicas do caso e do momento do processo terapêutico.

De modo geral, trabalhar um módulo por vez tende a ser mais indicado quando o paciente apresenta sofrimento intenso, dificuldade de organização emocional ou quando o terapeuta avalia que o aprofundamento em um único tema favorecerá maior clareza e vínculo. Essa estratégia costuma facilitar o foco, reduzir sobrecarga e dar mais direção ao processo.

Em alguns casos, no entanto, pode ser necessário trabalhar mais de um módulo ao mesmo tempo, especialmente quando as demandas estão fortemente interligadas ou quando uma interfere diretamente na outra. Nesses casos, o trabalho simultâneo deve ser feito de forma planejada, com objetivos claros e atenção constante para não fragmentar o acompanhamento.

Para decidir entre essas possibilidades, é fundamental considerar:

- o grau de urgência e os riscos envolvidos;
- o impacto das demandas no funcionamento do paciente;
- a capacidade do paciente de sustentar mais de um eixo de trabalho;
- a experiência e segurança do terapeuta no manejo do caso.

Sempre que houver dúvida, essa decisão deve ser discutida em supervisão, que é o espaço privilegiado para avaliar riscos, ajustar o ritmo do trabalho e evitar sobrecarga tanto para o paciente quanto para o terapeuta.

Como decidir o que priorizar quando o paciente apresenta várias demandas ao mesmo tempo?

Na prática clínica do Escuta SUSP, é comum que o paciente apresente múltiplas demandas de forma simultânea. Nesses casos, o primeiro passo não é escolher um módulo, mas definir prioridades clínicas, considerando o momento do acompanhamento e os riscos envolvidos.

De modo geral, devem ser priorizadas as demandas que:

- geram maior sofrimento no momento atual;
- trazem riscos mais imediatos ao paciente;
- comprometem de forma mais significativa o funcionamento cotidiano;
- interferem diretamente na continuidade do acompanhamento terapêutico.

Nem todas as demandas precisam, nem devem, ser aprofundadas ao mesmo tempo por meio de módulos específicos. A introdução simultânea de vários módulos pode aumentar a complexidade do processo, dificultar a organização do cuidado e enfraquecer o foco clínico e o vínculo terapêutico.

Nesse contexto, a supervisão é um dispositivo central de sustentação da decisão clínica. É na supervisão que o terapeuta pode discutir a coexistência das demandas, avaliar riscos, testar hipóteses de priorização e refletir sobre o impacto de cada escolha no andamento do caso. A definição do que será trabalhado primeiro deve, sempre que possível, ser construída em diálogo com o supervisor, especialmente em situações de maior complexidade.

Cabe ao terapeuta, em articulação com o paciente e com apoio da supervisão, explicitar essas prioridades e construir um acordo clínico sobre o foco do trabalho naquele momento. O objetivo do uso dos módulos temáticos é organizar o cuidado e qualificar o raciocínio clínico, com decisões sustentadas, compartilhadas e coerentes. E, não multiplicar frentes de intervenção de forma pouco integrada.

Qual é o papel da supervisão no uso dos módulos temáticos?

A supervisão ocupa um lugar central no uso adequado dos módulos temáticos no Escuta SUSP. É nesse espaço que o terapeuta pode:

- Avaliar a pertinência de introduzir um módulo;
- Discutir riscos e prioridades clínicas;
- Ajustar o ritmo e a profundidade das intervenções;
- Refletir sobre dificuldades no manejo do caso;
- Evitar decisões isoladas ou pouco sustentadas.

Os módulos não substituem a supervisão. Ao contrário, ganham sentido e efetividade quando utilizados de forma articulada a esse espaço de reflexão clínica.

Como o terapeuta deve articular o uso do "Protocolo Serviço II – Psicoterapia On-line para Profissionais de Segurança Pública – Volume 1" com os módulos temáticos apresentados no "Protocolo Serviço II – Psicoterapia On-line para Profissionais de Segurança Pública – Volume 2"?

O Volume 1 do Protocolo constitui a referência central do protocolo psicoterapêutico do Escuta SUSP, oferecendo o enquadre clínico, os fundamentos conceituais e as diretrizes técnicas que orientam o atendimento em Terapia Cognitivo-Comportamental ao longo de todo o processo terapêutico. É a partir desse referencial que o acompanhamento é estruturado, desde as etapas iniciais de avaliação e vínculo até a condução das intervenções.

Os módulos temáticos apresentados no Volume 2 do Protocolo não substituem esse referencial, nem funcionam de forma independente. Eles devem ser compreendidos como recursos de aprofundamento clínico, a serem utilizados quando determinadas demandas se mostram centrais, persistentes ou exigem manejo mais específico. Assim, o Volume 2 complementa o Volume 1, sem romper a lógica geral do cuidado em curso.

Na prática, o terapeuta não "migra" de um protocolo para outro, nem interrompe o protocolo ao iniciar um módulo temático. O atendimento segue sustentado pelo Volume 1, enquanto os módulos do Volume 2 são incorporados de forma articulada, conforme a avaliação clínica do caso. Esses módulos podem ser trabalhados de maneira sequencial ou, quando necessário, de forma paralela, desde que haja clareza de objetivos e organização do processo terapêutico.

A definição do momento, da forma e da profundidade com que os módulos serão utilizados deve considerar o impacto da demanda no sofrimento do paciente, os riscos envolvidos, a capacidade de elaboração clínica e o contexto institucional em que o atendimento ocorre. Nesse processo, a supervisão ocupa papel central, funcionando como espaço privilegiado para discutir prioridades, sustentar decisões clínicas e evitar fragmentação do cuidado.

A leitura integrada dos dois volumes, associada à discussão sistemática em supervisão, favorece maior segurança clínica, fortalece a coerência das intervenções e contribui para uma condução terapêutica mais consistente, ética e alinhada aos objetivos do Escuta SUSP.

Em síntese, como este material deve ser utilizado pelo terapeuta?

Este material foi elaborado para acompanhar o terapeuta do Escuta SUSP nos momentos em que a prática clínica se torna mais complexa e desafiadora, oferecendo suporte para a organização do raciocínio clínico e para a tomada de decisões ao longo do acompanhamento. Os módulos temáticos não são roteiros fechados, mas apoios técnicos e formativos, a serem utilizados de forma criteriosa e articulada ao processo terapêutico em curso.

Seu uso deve ser sempre crítico e contextualizado, em diálogo com a conceituação de caso, com a supervisão e com o protocolo psicoterapêutico, de modo a sustentar uma prática clínica segura, consistente e eticamente responsável no âmbito do Escuta SUSP.

3. MÓDULO 1: SITUAÇÕES DE ASSÉDIO E IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL

Reconhecer, nomear e intervir: o papel da psicoterapia no enfrentamento do assédio em instituições de Segurança Pública

A violência e o assédio no ambiente de trabalho consistem em comportamentos e práticas que tenham por objetivo, resultem ou sejam suscetíveis de resultar em dano físico, psicológico, sexual ou econômico, incluindo aquelas baseadas em gênero (OIT, 2021). Essa definição permite compreender o fenômeno para além de condutas individuais isoladas, sobretudo como expressão de arranjos institucionais e organizacionais que produzem, mantêm ou legitimam práticas violentas no cotidiano laboral.

Nessa perspectiva, a violência e o assédio no trabalho configuram-se como fenômenos multifatoriais, cujos efeitos não se restringem ao sofrimento individual, mas incidem diretamente sobre a saúde física, psicológica e relacional dos trabalhadores. Tais impactos tendem a se intensificar em contextos ocupacionais marcados por elevados níveis de estresse, exposição contínua a riscos e estruturas hierárquicas rígidas, nos quais as assimetrias de poder se tornam mais evidentes. Nesses cenários, modelos de gestão autoritários e culturas organizacionais permissivas contribuem para a naturalização da violência e do assédio como práticas toleráveis ou inevitáveis (OIT, 2021; Oliveira et al., 2020).

Esse é o caso das instituições de Segurança Pública, nas quais essas dinâmicas institucionais se expressam na fragilização de direitos fundamentais, na reprodução de práticas abusivas e na dificuldade de interromper ciclos de assédio já instaurados. Como consequência, consolidam-se ambientes de trabalho marcados pelo silêncio institucional, pelo medo de retaliações e pela compreensão da violência como parte constitutiva da cultura organizacional, o que amplia e aprofunda os impactos sobre a saúde mental dos profissionais (Lima, Bueno & Mingardi, 2016).

Documentos normativos e orientadores no contexto brasileiro têm enfatizado a necessidade de respostas institucionais organizadas, contínuas e centradas na proteção da vítima diante das situações de violência e assédio no trabalho (Brasil, MTE, 2024; TST/CSJT, 2023). Para a Psicologia, contudo, essas diretrizes assumem contornos específicos, na medida em que o reconhecimento do caráter institucional do assédio orienta diretamente a prática clínica.

Nesse sentido, a atuação psicoterapêutica é convocada a ultrapassar a compreensão estritamente individual do sofrimento, demandando intervenções eticamente fundamentadas, tecnicamente consistentes e articuladas aos fluxos institucionais de enfrentamento da violência no trabalho. Trata-se de uma prática que reconhece os limites da clínica, preserva o compromisso com o sigilo e reafirma a não conivência diante de contextos de violação de direitos, em consonância com as diretrizes éticas da profissão (CFP, 2025).

É a partir dessa articulação entre definição ampliada do fenômeno, compreensão de sua natureza multifatorial, a análise do contexto institucional e as implicações éticas da prática profissional que se torna fundamental que psicólogas e psicólogos reconheçam e compreendam as diferentes tipologias de violência e assédio no ambiente de trabalho, suas manifestações concretas e seus impactos potenciais sobre a saúde mental do trabalhador. Essa compreensão sustenta uma atuação clínica ética e tecnicamente qualificada, coerente com as diretrizes nacionais e internacionais de prevenção, cuidado e responsabilização no enfrentamento da violência e do assédio no trabalho (CFP, 2025; OIT, 2021).

Com base nesses pressupostos, apresenta-se, na sequência, uma sistematização das principais formas de assédio no ambiente de trabalho, acompanhadas de definições e exemplos clínicos contextualizados no cotidiano das instituições de Segurança Pública.

Tabela 1

Tipologias de Assédio no Ambiente de Trabalho: Definições, Exemplos e Impactos na Saúde Mental

ASSÉDIO MORAL	Consiste em condutas abusivas reiteradas ou sistemáticas, manifestadas por comportamentos, palavras, atos ou omissões que tenham por efeito a degradação das condições de trabalho, a violação da dignidade, da integridade psíquica ou da identidade profissional do trabalhador. Pode envolver humilhações públicas, desqualificação, isolamento, sobrecarga ou esvaziamento de funções e uso abusivo da hierarquia, ainda que não haja intenção explícita de causar dano (Leymann, 1996; OIT, 2021; MTE, 2024).
	▸ *João, um policial militar com 15 anos de serviço, busca terapia relatando estresse constante. Durante as sessões, revela que seu superior imediato, frequentemente, o ridiculariza na frente dos colegas, atribui-lhe tarefas inferiores à sua qualificação e ignora suas contribuições em reuniões. João sente-se desmotivado e tem dificuldades para dormir.*
ASSÉDIO SEXUAL	Caracteriza-se por condutas de natureza sexual não desejadas (verbais, não verbais ou físicas) que visam, resultam ou são suscetíveis de resultar em constrangimento, intimidação, hostilidade ou prejuízo nas condições de trabalho. Pode envolver chantagem, promessas implícitas ou explícitas de benefícios profissionais, bem como comentários, insinuações, toques ou exposição indevida, especialmente em contextos marcados por assimetria de poder (Fitzgerald et al., 1997; OIT, 2021; MTE, 2024).
	▸ *Gabriela policial civil, relata que, durante um plantão, um colega superior fez comentários inapropriados sobre sua aparência, sugerindo que Gabriela deveria "retribuir favores" para receber melhores escalas de trabalho. Apesar de rejeitar as insinuações e relatar o desconforto, o comportamento persistiu, inclusive, com toques não consensuais e piadas de cunho sexual feitas na frente de outros colegas. Gabriela começa a demonstrar sinais de ansiedade e evita interações sociais no trabalho.*

VIOLÊNCIA E ASSÉDIO BASEADOS EM GÊNERO	Compreendem práticas de violência ou assédio dirigidas a uma pessoa em razão de seu gênero, identidade de gênero ou orientação sexual, incluindo humilhações, estigmatização, exclusão profissional, hostilidade, desqualificação ou intimidação. Podem manifestar-se de forma verbal, psicológica, simbólica ou institucional, estando frequentemente naturalizadas em culturas organizacionais marcadas por desigualdades de poder (OIT, 2021; CFP, 2025).
	▸ *Lucas, bombeiro militar assumidamente homossexual, relata que, durante os plantões e treinamentos operacionais, passou a ser alvo recorrente de comentários depreciativos por parte de um superior hierárquico, que fazia insinuações sobre sua orientação sexual, questionava sua "virilidade" e sugeria, em tom jocoso, que ele não teria "perfil" para determinadas ocorrências. Apesar de Lucas manifestar desconforto e solicitar que os comentários cessassem, as condutas se intensificaram.. Com o tempo, Lucas passou a apresentar sintomas de ansiedade, alterações do sono e evitamento de situações coletivas no trabalho, relatando medo de retaliações e insegurança quanto à sua permanência na corporação.*
ASSÉDIO RACIAL	Envolve práticas discriminatórias ou hostis baseadas em raça, cor, origem étnica ou nacional, que produzem humilhação, exclusão, desqualificação ou constrangimento no ambiente de trabalho. Pode manifestar-se por piadas, estigmatização, tratamento diferenciado, silenciamento ou deslegitimação profissional, produzindo impactos cumulativos sobre a saúde mental e a trajetória laboral do trabalhador (Carter, 2007; Oliveira et al., 2020; OIT, 2021).
	▸ *Letícia, uma policial penal afrodescendente, relata que colegas fazem piadas racistas e usam apelidos pejorativos. Mesmo após expressar desconforto, as ofensas continuam. Letícia apresenta sinais de depressão e considera pedir transferência.*

ASSÉDIO VIRTUAL (CIBERBULLYING)	Corresponde ao uso de tecnologias da informação e comunicação para a prática de comportamentos hostis, ofensivos ou intimidatórios, de forma reiterada ou sistemática, com potencial de causar dano psicológico, moral ou reputacional ao trabalhador. No contexto laboral, pode ocorrer por meio de grupos institucionais, redes sociais, aplicativos de mensagens ou plataformas digitais, ampliando a exposição e a persistência da violência para além do espaço físico de trabalho (Tokunaga, 2010; OIT, 2021).
	▸ *Bruno descobre que colegas criaram um grupo em uma rede social onde compartilham memes depreciativos sobre ele. Comentários ofensivos e boatos se espalham, causando-lhe constrangimento. Bruno começa a apresentar ansiedade e evita interações sociais.*
ASSÉDIO INSTITUCIONAL E PERSEGUIÇÃO	O assédio institucional ocorre quando práticas, normas, rotinas ou omissões organizacionais contribuem para a produção, manutenção ou legitimação de situações de assédio, seja por ação direta, seja pela ausência de resposta institucional. A perseguição configura uma de suas expressões mais recorrentes e envolve vigilância excessiva, retaliações, aplicação desigual de punições, isolamento profissional ou esvaziamento de funções, geralmente associadas ao abuso de autoridade em estruturas hierárquicas rígidas (Hoel & Salin, 2003; TST/CSJT, 2023; CFP, 2025).
	▸ *Ana, perita criminal, percebe irregularidades em procedimentos e decide reportá-las. Após a denúncia, começa a sofrer retaliações: é excluída de projetos, não recebe informações essenciais e é sobrecarregada com tarefas sem relevância. Ana apresenta estresse intenso e considera abandonar a carreira.*
VIOLÊNCIA FÍSICA	Refere-se a agressões físicas ou ameaças de agressão ocorridas no contexto de trabalho, incluindo empurrões, golpes, contenções indevidas ou qualquer uso da força que resulte ou possa resultar em dano corporal. Embora menos frequente, a violência física constitui grave violação de direitos e apresenta impactos significativos sobre a saúde mental e a permanência no trabalho (OIT, 2021; Lima et al., 2016).
	▸ *Carlos, policial civil, foi agredido fisicamente por um superior após se recusar a executar uma ordem que considerava antiética. Desde então, apresenta irritabilidade constante e reluta em voltar ao trabalho.*

AGRESSÃO VERBAL	A agressão verbal compreende práticas comunicacionais ofensivas, como gritos, insultos, humilhações públicas, ameaças, ironias recorrentes ou desqualificação profissional, que produzem constrangimento, intimidação ou desvalorização do trabalhador no contexto laboral. Embora frequentemente naturalizada em ambientes de trabalho hierarquizados, a agressão verbal constitui forma de violência psicológica e pode integrar quadros mais amplos de assédio no trabalho, especialmente quando ocorre de modo sistemático ou associado ao abuso de poder (OIT, 2021; TST/CSJT, 2023). No contexto das instituições de Segurança Pública, estudos indicam elevada incidência desse tipo de prática, com 41,4% dos policiais militares relatando experiências de agressão verbal no ambiente de trabalho, frequentemente associadas a modelos de gestão autoritários e práticas de comando baseadas na intimidação (Lima et al., 2016).
	▸ *Maria, bombeira militar, relata que, durante os treinamentos, é frequentemente alvo de gritos e insultos de seus superiores, que a acusam de ser "fraca" para o trabalho. Essa experiência contribuiu para baixa autoestima e crises de pânico.*

Passo 1: Psicoeducação sobre Assédio

A psicoeducação visa informar o paciente sobre o que constitui assédio, seus direitos no ambiente de trabalho e as implicações psicológicas e legais da vivência de práticas abusivas. Este processo ajuda a reduzir a confusão e o estigma associados ao assédio, promovendo o empoderamento e a busca ativa por soluções.

Primeiramente, explicar as categorias de assédio — moral, sexual, institucional, verbal, físico — utilizando definições formais e exemplos que sejam pertinentes ao contexto do paciente. Por exemplo:

- Assédio Moral: Criticar constantemente ou humilhar no trabalho.
- Assédio Sexual: Fazer insinuações ou avanços sexuais não desejados, especialmente de pessoas em posição de poder.
- Assédio Institucional: Omissões ou práticas organizacionais que prejudicam o profissional após denunciar irregularidades.

Em segundo lugar, validar e contextualizar a experiência da vítima é essencial para ajudá-la a reconhecer que o assédio não é sua culpa, desta-

cando os padrões sistêmicos que perpetuam práticas abusivas. É importante normalizar emoções como medo, raiva ou tristeza diante do assédio, reforçando que essas reações são comuns e compreensíveis.

Um terceiro ponto central no suporte a vítimas de assédio consiste na informação qualificada sobre direitos e sobre os caminhos possíveis para a busca de ajuda e proteção institucional. Trata-se de auxiliar o paciente a compreender seus direitos trabalhistas e fundamentais como o direito à integridade física, psíquica e à dignidade no ambiente de trabalho, sobretudo, a identificar onde e como esses direitos podem ser acionados em sua realidade concreta.

No âmbito interno das corporações de Segurança Pública, os canais de acolhimento e denúncia costumam incluir corregedorias, ouvidorias, comissões de ética, setores de recursos humanos ou instâncias disciplinares específicas. Em situações nas quais o assédio é praticado por superiores hierárquicos, é comum que o medo de retaliações dificulte a busca por esses canais. Por isso, é importante que o terapeuta ajude o paciente a mapear quais instâncias existem em sua corporação, quais são suas atribuições formais e quais oferecem maior segurança institucional naquele contexto.

Quando o acionamento interno se mostra inviável, insuficiente ou inseguro, existem também canais externos de proteção e responsabilização. Entre eles, destacam-se o Ministério Público, a Defensoria Pública, a Justiça do Trabalho, os sindicatos e os órgãos de fiscalização trabalhista. Em casos que envolvem violência sexual, violência de gênero ou grave ameaça à integridade física ou psíquica, legislações específicas — como a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) — podem ser acionadas como dispositivos adicionais de proteção, a depender da configuração da situação vivenciada.

Nesse processo, a atuação do terapeuta deve se orientar pela lógica do empirismo colaborativo. Isso implica construir, junto com o paciente, um mapeamento gradual dos caminhos possíveis de ajuda, considerando riscos, benefícios, limites institucionais e o momento subjetivo da pessoa atendida. O psicólogo não indica um único percurso nem conduz a denúncia, mas oferece informação, reflexão e suporte para que o paciente possa decidir de forma mais segura e consciente. Sempre que necessário, o terapeuta pode recorrer à supervisão clínica e identificar pontos focais da realidade local que auxiliem na orientação responsável sobre os mecanismos de proteção existentes, preservando o sigilo e os limites éticos da prática profissional.

Um quarto ponto é abordar as consequências psicológicas do assédio, o que é fundamental para ajudar o paciente a compreender os possíveis impactos na sua saúde mental, como estresse, ansiedade, depressão e burnout. É essencial validar essas experiências e destacar a importância de buscar cuidados adequados, enfatizando os recursos terapêuticos disponíveis que podem ser utilizados para promover alívio e fortalecimento emocional. Ao fazer isso, o terapeuta oferece suporte não apenas para compreender as reações emocionais, mas também para construir estratégias de enfrentamento eficazes.

Ao abordar o assédio no contexto de profissionais de Segurança Pública, é essencial considerar a cultura hierárquica das instituições, que muitas vezes dificulta a percepção do assédio como algo inadequado ou abusivo. Além disso, é importante reconhecer o impacto do estigma associado à denúncia, frequentemente interpretada como um sinal de fraqueza, e as especificidades das experiências desses profissionais, como a exposição constante a ambientes de alto estresse. Por exemplo, ao conversar com um policial que relata intimidação ou insinuações desrespeitosas de um colega ou superior, é possível afirmar: “Se um colega ou superior utiliza sua posição para intimidá-lo ou fazer insinuações desrespeitosas, isso não é parte natural da cultura hierárquica. Você tem direito a um ambiente de trabalho digno.” Essa abordagem valida a experiência do paciente, desmistifica práticas abusivas e reforça seus direitos dentro do ambiente institucional.

Para auxiliar o terapeuta na condução clínica de situações relacionadas ao assédio, segue abaixo um roteiro dialogado que pode ser adaptado conforme a realidade do paciente. A proposta é oferecer um exemplo de abordagem que combine acolhimento, psicoeducação, validação da experiência, orientação sobre direitos e estratégias de enfrentamento, respeitando o ritmo e a subjetividade de quem vivencia essas situações no contexto do trabalho.

[Acolhimento e Introdução]

Terapeuta: *“Hoje gostaria de conversar sobre algo muito importante: o assédio no ambiente de trabalho. Vou explicar o que caracteriza diferentes tipos de assédio, os direitos que você tem nesse contexto e como isso pode impactar sua saúde mental. Também vamos explorar juntos formas de lidar com essa situação. Tudo bem para você começarmos por aí?”*

[Explicação sobre o que constitui assédio]

Terapeuta: *"Primeiro, é importante entender que o assédio pode ocorrer de várias formas. Deixe-me explicar algumas categorias comuns:*

- *Assédio Moral: Por exemplo, críticas constantes ou humilhações no trabalho, como um supervisor que faz comentários negativos repetidamente na frente de colegas.*
- *Assédio Sexual: Inclui insinuações ou avanços sexuais não desejados, especialmente de pessoas em posições de poder.*
- *Assédio Institucional: Quando a própria organização age de forma omissa ou prejudicial, como ignorar denúncias ou retaliar quem denuncia irregularidades.*

Essas práticas não fazem parte de um ambiente de trabalho saudável e violam seus direitos como profissional."

Paciente: *"Então, comentários desrespeitosos do meu chefe em reuniões públicas se encaixam em assédio moral?"*

Terapeuta: *"Sim, isso é um exemplo clássico de assédio moral. Não é aceitável e não reflete seu desempenho, mas sim uma prática abusiva da parte dele."*

[Validação e Contextualização da Experiência]

Terapeuta: *"O que você está me contando não é sua culpa. Práticas como essas fazem parte de padrões abusivos que, infelizmente, acontecem em muitas instituições. É compreensível sentir raiva, tristeza ou medo nessa situação. Essas emoções são comuns e completamente válidas."*

Paciente: *"Às vezes, fico pensando se sou eu quem está exagerando..."*
Terapeuta: "É normal pensar assim, especialmente quando estamos em ambientes que tentam justificar essas práticas. Mas pelo que você descreveu, isso não é 'normal' nem 'aceitável'. Você está lidando com uma situação injusta e abusiva."

[Informar sobre Direitos Legais e Canais de Apoio]

Terapeuta: *"Você sabia que a Constituição Federal de 1988 garante seu direito à dignidade no ambiente de trabalho? Isso significa que ninguém pode violar sua integridade física ou psicológica. Além disso, existem mecanismos de denúncia, como ouvidorias e corregedorias dentro das instituições, além de canais externos, como o Ministério Público." Paciente: "Tenho medo de denunciar e isso me prejudicar ainda mais." Terapeuta: "Isso é compreensível. Podemos explorar juntos quais são os canais mais seguros e, se você achar útil, investigar se sua instituição tem mecanismos específicos para lidar com essas demandas. Caso sinta necessidade, também posso buscar orientações com outros profissionais para garantir que você tenha suporte adequado."*

[Abordar as Consequências Psicológicas]

Terapeuta: *"Essas experiências podem gerar impactos importantes na saúde mental, como estresse, ansiedade, depressão ou até burnout. É essencial que você reconheça esses sinais e saiba que há recursos terapêuticos para ajudá- lo a lidar com isso. Aqui, trabalharemos juntos para construir estratégias que promovam seu bem-estar emocional e sua capacidade de enfrentar essa situação."*

Paciente: *"Já sinto que meu sono está afetado e que estou mais irritado ultimamente."*

Terapeuta: "Esses são sinais importantes que seu corpo está dando. Podemos explorar juntos formas de aliviar esses sintomas e criar um plano de cuidado para proteger sua saúde mental."

[Considerações Específicas para Profissionais de Segurança Pública]

Terapeuta: "Entendo que, em sua profissão, a cultura hierárquica pode dificultar a identificação do assédio como algo inadequado. Além disso, há um estigma forte em denunciar, muitas vezes visto como sinal de fraqueza. Mas quero reforçar que intimidar ou fazer insinuações

	desrespeitosas nunca é parte natural de uma estrutura hierárquica. Você tem direito a um ambiente de trabalho digno e seguro.”
Paciente:	“Sempre achei que, como policial, precisava aguentar essas coisas por causa da hierarquia.”
Terapeuta:	“É comum pensar assim, mas práticas abusivas não fazem parte de um ambiente hierárquico saudável. Reconhecer isso é o primeiro passo para buscar ajuda e promover mudanças.”
[Encerramento e Planejamento]	
Terapeuta:	“Hoje, conversamos sobre identificar o que constitui assédio, validar suas emoções, conhecer seus direitos e proteger sua saúde mental. Como próximo passo, gostaria de trabalhar com você na identificação de estratégias práticas para lidar com essa situação, seja pensando em como buscar suporte ou em formas de preservar seu bem-estar. O que acha dessa ideia?”

Após essa etapa de acolhimento e esclarecimento, o terapeuta pode avançar para intervenções mais estruturadas que promovam alívio imediato, fortalecimento emocional e preparo para possíveis encaminhamentos institucionais, conforme descrito a seguir.

Passo 2: Aplicação das estratégias trabalhadas nos outros módulos terapêuticos deste Protocolo

Enquanto possíveis providências legais ou institucionais são encaminhadas, é essencial que o paciente disponha de intervenções diretivas, breves e focais que promovam regulação emocional e fortalecimento cognitivo. Essas estratégias não substituem as ações legais ou estruturais, mas oferecem alívio imediato para o sofrimento psicológico, ajudando o paciente a recuperar o equilíbrio emocional e se preparar para passos mais concretos. O Módulo II: Desvendando Habilidades Socioemocionais do Guia para a Promoção do Bem-Estar Psicológico para Profissionais de Segurança Pública - parte 1 (p.30) destaca a importância de desenvolver habilidades de regulação, como

a identificação de gatilhos emocionais e o uso de técnicas práticas para aliviar o estresse, como respiração diafragmática e estratégias para desacelerar pensamentos intrusivos.

A regulação emocional pode incluir técnicas simples, mas eficazes, como a prática de respiração controlada e exercícios de mindfulness, ajudando o paciente a reduzir a ativação emocional e recuperar o foco em momentos de ansiedade ou desespero. Além disso, o paciente pode ser incentivado a registrar suas emoções e pensamentos em um diário reflexivo, uma prática mencionada no Módulo III: Visão de Si, do Outro e do Mundo do Volume I deste Protocolo, que ajuda na identificação de padrões emocionais e na construção de uma narrativa mais equilibrada sobre a situação de assédio. Essa intervenção fortalece a sensação de autocontrole e aumenta a clareza cognitiva, essencial para futuras decisões.

Simultaneamente, trabalhar na reestruturação cognitiva, também apresentada ao longo do do Guia para a Promoção do Bem- Estar Psicológico para Profissionais de Segurança Pública - parte 1, pode ajudar o paciente a identificar pensamentos automáticos disfuncionais e substituí-los por interpretações mais realistas e fortalecedoras. Por exemplo, um pensamento como "Não sou forte o suficiente para lidar com isso" pode ser reavaliado para algo mais funcional, como "Estou me fortalecendo para lidar com uma situação injusta." Esse tipo de intervenção não apenas alivia o sofrimento imediato, mas também prepara o paciente emocional e cognitivamente para ações mais sérias, como registrar denúncias ou confrontar dinâmicas institucionais desafiadoras.

Passo 3: Treinamento de Habilidades de Comunicação e Role-playing

O treinamento de habilidades de comunicação e o uso de role- playing são ferramentas práticas e eficazes no contexto de intervenções psicológicas para profissionais de Segurança Pública que enfrentam assédio. Essas estratégias permitem desenvolver habilidades essenciais para lidar com situações de abuso, promover a assertividade e melhorar a interação no ambiente de trabalho, contribuindo para a recuperação emocional e fortalecimento da autoestima. Elas tem como objetivo ajudar o paciente a expressar pensamentos, sentimentos e necessidades de forma clara e assertiva, minimizando conflitos e promovendo interações respeitosas.

Técnicas de Comunicação Não Violenta (Marlow & Nash, 2018) podem ajudar a ensinar o paciente a estruturar a comunicação em quatro passos: (1) observação (2) sentimento (3) necessidade (4) pedido. Para explicar o uso, tomemos o caso de Rafael, policial militar assumidamente gay, que enfrenta comentários de cunho sexual e homofóbico de um superior hierárquico. Durante uma reunião, o superior faz insinuações desrespeitosas sobre sua orientação sexual na frente de outros colegas, sugerindo que ele deveria "usar seu charme para se dar bem no trabalho". Rafael sente-se humilhado e começa a evitar situações sociais no ambiente de trabalho.

A aplicação de Técnicas de Comunicação Não Violenta (CNV) pode ajudá-lo a estruturar uma resposta assertiva para comunicar seu desconforto e estabelecer limites claros. Rafael pode comunicar-se do seguinte modo:

1. **Observação (Relatar Fatos):** "Notei que, durante a reunião, você fez comentários sobre minha orientação sexual, dizendo que eu deveria usar meu charme para me dar bem no trabalho."
2. **Sentimento (Expressar Impacto Emocional):** "Esse comentário me fez sentir desrespeitado e exposto, especialmente porque foi feito na frente de meus colegas."
3. **Necessidade (Identificar o que falta):** "Eu preciso trabalhar em um ambiente onde sou respeitado e tratado de forma profissional."
4. **Pedido (Ser Claro e Específico):** "Gostaria que você evitasse fazer comentários sobre minha vida pessoal ou orientação sexual no futuro."

Além disso, é importante ensinar o paciente a dar e receber feedback de forma construtiva, utilizando a estrutura "Eu percebo... Isso me faz sentir... Eu gostaria que...". Por exemplo: após praticar os quatro passos, Rafael pode aprender a abordar o superior diretamente, dando um feedback claro e construtivo: "Eu percebo que você fez comentários sobre minha orientação sexual na frente de todos. Isso me fez sentir desrespeitado e desconfortável. Eu gostaria que, a partir de agora, nossas interações fossem focadas em assuntos profissionais." Rafael pode ser treinado para manter a calma caso o superior negue ou minimize o ocorrido. Ele pode praticar frases para estabelecer limites, algo como: "Entendo que talvez você não tenha percebido o impacto, mas quero reforçar que isso foi desconfortável para mim. Estou pedindo que respeite esse limite daqui para frente" ou "Se isso continuar, vou

precisar levar a situação para as instâncias apropriadas da corporação, pois acredito que o respeito no ambiente de trabalho é fundamental."

Embora estruturar a comunicação com técnicas de Comunicação Não Violenta (CNV) ofereça uma base sólida para responder a situações de assédio, conversas como a que Rafael planeja ter com seu superior podem ser emocionalmente desafiadoras, especialmente em ambientes de segurança pública, onde a hierarquia rígida e a cultura institucional podem dificultar a assertividade. Para ajudar Rafael a lidar melhor com essas dificuldades, o role-playing pode ser introduzido como uma estratégia prática de treinamento. Essa abordagem permite que o paciente simule a interação em um ambiente seguro, experimentando diferentes respostas e recebendo feedback imediato para aprimorar sua comunicação.

O objetivo do role-playing é recriar situações específicas de assédio em um ambiente seguro, permitindo que o paciente experimente e pratique diferentes respostas comportamentais e comunicativas. O trabalho pode ser organizado em:

1. **Identificação da Situação-Alvo:** Trabalhe com o paciente para identificar uma situação de assédio recorrente ou difícil de lidar, como interações com um supervisor abusivo.
2. **Definição de Papéis:** O psicólogo assume o papel do agressor ou de outro personagem relevante, enquanto o paciente pratica sua resposta. Alternativamente, o paciente pode assumir o papel do agressor para explorar a dinâmica de poder.
3. **Prática e Feedback:** Durante a simulação, o paciente experimenta diferentes abordagens de resposta. Após cada tentativa, forneça feedback detalhado sobre pontos fortes e áreas de melhoria.
4. **Repetição e Consolidação:** Repita a prática até que o paciente se sinta confiante em aplicar as estratégias no ambiente real. Essa repetição ajuda a internalizar as respostas e reduzir a ansiedade em situações futuras.

Para ilustrar a aplicação prática do treinamento de habilidades de comunicação e da técnica de role-playing no contexto psicoterapêutico, segue abaixo um exemplo clínico adaptado. Ele demonstra como o terapeuta pode estruturar uma sessão para apoiar um paciente que deseja formalizar uma denúncia de assédio, oferecendo suporte emocional e orientação para a comunicação assertiva.

Contexto:
O paciente, João, policial penal, relata que sofre assédio moral e agressões verbais constantes de seu supervisor. Ele decidiu registrar uma queixa na corregedoria, mas está ansioso e inseguro sobre como se comunicar de forma clara e eficaz. O psicólogo utiliza treinamento de habilidades de comunicação e role-playing para ajudá-lo a organizar seus pensamentos e se preparar emocionalmente.

[Início da Sessão: Psicoeducação e Validação]

Terapeuta: *João, antes de começarmos, quero reforçar que você está tomando uma decisão importante ao registrar essa queixa. Relatar uma situação de assédio não é fácil, mas é um passo fundamental para proteger seus direitos e melhorar o ambiente de trabalho. Como você está se sentindo em relação a essa decisão?*

João: *Estou nervoso. Tenho medo de falar algo errado ou de parecer fraco. E se eles não acreditarem em mim?*

Terapeuta: *É compreensível sentir essa insegurança. A comunicação com a corregedoria pode ser desafiadora, mas é possível se preparar para apresentar sua queixa de maneira clara e objetiva. Vamos trabalhar juntos nisso, ok?*

João: *Ok, mas não sei por onde começar.*

[Estruturação e Organização da Queixa]

Terapeuta: *Vamos começar estruturando o que você quer comunicar. Podemos usar um modelo simples baseado em quatro partes: o que aconteceu, como você se sentiu, o impacto na sua vida e o que você espera que seja feito. Por exemplo:*

1. O que aconteceu: Relatar os fatos de forma objetiva.

2. Como você se sentiu: Explicar como isso te afetou emocionalmente.

3. Impacto: Descrever as consequências no seu trabalho ou saúde.

4. Pedido: Dizer o que você gostaria que fosse feito.

Você consegue me contar um dos incidentes usando essa estrutura?

João: *Bom, meu supervisor gritou comigo na frente dos meus colegas, dizendo que eu era incompetente. Eu me senti humilhado e com muita raiva. Desde então, tenho dificuldade em dormir e sinto um peso no peito quando penso em ir trabalhar. Eu gostaria que isso fosse investigado e que ele parasse com esse comportamento.*

Terapeuta: *Excelente, João. Essa é uma maneira clara e organizada de relatar o que aconteceu. Vamos praticar juntos para que você se sinta mais confiante.*

[Role-Playing: Simulação da Conversa com a Corregedoria]

Terapeuta: *Agora, vou fazer o papel de um representante da corregedoria, e você será você mesmo. Durante a simulação, pratique a estrutura que criamos. Se algo não sair como você esperava, podemos ajustar juntos. Pronto para tentar?*

João: *Acho que sim.*

Terapeuta (representante da corregedoria):
Bom dia, João. Você pode nos explicar o que aconteceu?

João (paciente):
Sim, houve um incidente em que meu supervisor me chamou de incompetente na frente de todos os meus colegas. Isso me fez sentir humilhado e abalado emocionalmente. Desde então, isso tem impactado minha saúde, porque não consigo dormir direito e fico ansioso no trabalho.
Gostaria que isso fosse investigado e que medidas fossem tomadas para evitar que isso continue acontecendo.

Terapeuta (sai do papel):
Ótimo trabalho, João. Você apresentou os fatos de forma clara e pediu algo concreto. Como se sentiu fazendo isso?

João: *Ainda estou um pouco nervoso, mas foi mais fácil do que pensei.*

[Aprimoramento da Comunicação]

Terapeuta: *Vamos refinar sua resposta para torná-la ainda mais assertiva. Por exemplo, você pode reforçar o impacto*

	no trabalho dizendo: "Além disso, tenho notado que minha produtividade caiu porque fico preocupado em ser humilhado novamente." Vamos praticar essa versão.
João (praticando):	*Além disso, tenho notado que minha produtividade caiu porque fico preocupado em ser humilhado novamente.*
Terapeuta:	*Perfeito! Você está deixando claro como essa situação afeta não apenas você, mas também o desempenho no trabalho.*
[Treinamento de Regulação Emocional]	
Terapeuta:	*Se você sentir ansiedade durante a conversa com a corregedoria, pode usar uma técnica simples de respiração. Vamos praticar juntos: inspire pelo nariz contando até quatro, segure a respiração por quatro segundos e expire pela boca contando até seis. Experimente agora.*
João (praticando):	(Respira profundamente.) Isso me acalmou um pouco. Terapeuta: Ótimo, João. Use essa técnica antes de começar a conversa e sempre que sentir que a ansiedade está subindo.
[Encerramento e Reforço Positivo]	
Terapeuta:	Você fez um ótimo trabalho hoje. Praticar dessa forma vai te ajudar a se sentir mais preparado e confiante para comunicar sua queixa. Lembre-se: você não está sozinho, e essa é uma ação importante para proteger seus direitos. Como está se sentindo agora?
João:	Mais confiante. Acho que consigo fazer isso.
Terapeuta:	Tenho confiança de que você conseguirá. Estarei aqui para continuar te apoiando nesse processo.

O enfrentamento do assédio no ambiente de trabalho, especialmente em instituições marcadas por estruturas hierárquicas rígidas, exige do terapeuta sensibilidade para acolher o sofrimento, conhecimento técnico para oferecer estratégias clínicas consistentes e compromisso ético com a promoção da dignidade humana.

Este módulo propõe um percurso terapêutico possível e fundamentado, que combina escuta qualificada, validação emocional, fortalecimento de habilidades comunicativas e promoção da autonomia, com o objetivo de apoiar o paciente em sua jornada de ressignificação, enfrentamento e fortalecimento emocional diante das violências vivenciadas no contexto institucional.

Referências

Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. (2024). Guia de prevenção ao assédio moral e sexual: Quebre o silêncio, denuncie o assédio.

Brasil, Tribunal Superior do Trabalho, & Conselho Superior da Justiça do Trabalho. (2023a). Guia prático por um ambiente de trabalho mais positivo: Prevenção e enfrentamento das violências, dos assédios e das discriminações. Tribunal Superior do Trabalho.

Brasil, Tribunal Superior do Trabalho, & Conselho Superior da Justiça do Trabalho. (2023b). Liderança responsável: Guia para prevenir e enfrentar o assédio, a violência e a discriminação. Justiça do Trabalho.

Conselho Federal de Psicologia. (2025). Nota técnica nº 14/2025: Atuação das psicólogas e dos psicólogos na construção de contextos de trabalho livres de assédio moral e sexual.

Oliveira, R. T., Tolfo, S. R., Heloani, J. R. M., & Chinelato, R. S. C. (2020). Violência, discriminação e assédio no trabalho. Lagoa Editora.

Organização Internacional do Trabalho. (2021). Violência e assédio no mundo do trabalho: Um guia sobre a Convenção nº 190 e a Recomendação nº 206.

4. MÓDULO 2: USO E ABUSO DE ÁLCOOL, PSICOTRÓPICOS E OUTRAS DROGAS

Compreendendo os impactos das substâncias lícitas e ilícitas na saúde mental de profissionais da Segurança Pública

O uso de substâncias psicoativas — como álcool, medicamentos psicotrópicos (ansiolíticos, antidepressivos, hipnóticos) e drogas ilícitas — faz parte da realidade de muitos profissionais da segurança pública. Em um contexto marcado por altos níveis de exigência emocional, exposição à violência, turnos exaustivos e falta de apoio institucional, essas substâncias podem ser utilizadas como estratégias para aliviar sintomas físicos e emocionais, facilitar o sono, "desligar a mente" ou mesmo suportar rotinas intensas (Fonseca et al., 2021).

Além do uso recreativo ou compulsivo de substâncias ilícitas, é importante observar também o uso continuado ou não supervisionado de medicamentos psicotrópicos, como benzodiazepínicos, hipnóticos e estimulantes. Muitos profissionais recorrem a esses medicamentos com ou sem prescrição, especialmente para lidar com a insônia, crises de ansiedade, irritabilidade e hiperexigência emocional. Quando utilizados sem acompanhamento adequado, esses medicamentos também podem gerar dependência, tolerância e agravamento do sofrimento psíquico (Dos Santos & de Castro Ferreira, 2023).

Independente de serem lícitas ou ilícitas, prescritas ou não, todas essas substâncias podem ter efeitos adversos quando seu uso se torna recorrente ou problemático. Alterações no humor, no sono, no desempenho profissional, no convívio familiar e no autocuidado são sinais importantes a serem observados. No entanto, é fundamental que o terapeuta adote uma postura livre de julgamentos e compreenda que nem todo uso é abusivo, e nem todo uso abusivo precisa ser tratado com foco exclusivo na abstinência. Por isso, é necessário que o terapeuta considere o contexto e a função do uso,

trabalhando de forma individualizada e colaborativa com o paciente (Rangé & Marlatt, 2008).

A abordagem clínica proposta neste módulo parte da redução de danos como eixo ético e técnico. Isso significa reconhecer que o vínculo terapêutico é construído a partir da escuta, do respeito às escolhas e da valorização de pequenas mudanças. O foco não está apenas na retirada da substância — que pode ser uma escolha legítima do paciente —, mas na ampliação da autonomia do paciente, na construção de estratégias mais saudáveis de enfrentamento e na restauração do equilíbrio emocional (Rangé & Marlatt, 2008; Dos Santos & de Castro Ferreira, 2023).

Nesse cenário, a TCC oferece uma abordagem efetiva para intervenção, pois permite, de forma colaborativa, a identificação de pensamentos automáticos, crenças e comportamentos que sustentam o padrão de uso. Ao mesmo tempo, oferece ferramentas práticas para promover novas formas de lidar com emoções difíceis, pressões sociais, conflitos internos e situações de risco. A seguir, destacam-se alguns dos principais aspectos da intervenção cognitivo- comportamental nesse contexto (Rangé & Marlatt, 2008; Dos Santos & de Castro Ferreira, 2023):

- Identificação de crenças disfuncionais: reconhecer e modificar crenças disfuncionais relacionadas ao uso de substâncias, como pensamentos automáticos que reforçam o uso em situações de estresse, dor emocional ou busca de alívio imediato.
- Desenvolvimento de habilidades de enfrentamento: desenvolver estratégias para lidar com situações de alto risco, incluindo resolução de problemas e enfrentamento do estresse.
- Prevenção de recaídas: identificar gatilhos, desenvolver planos de prevenção e fortalecer a resiliência diante de situações desafiadoras.
- Treinamento de habilidades sociais: melhorar a comunicação interpessoal e reduzir a dependência de substâncias como mecanismo de enfrentamento social.
- Exploração de pensamentos automáticos: identificar e desafiar pensamentos automáticos negativos que contribuem para o uso de substâncias, promovendo a substituição por pensamentos mais adaptativos.

Assim, este módulo tem como objetivo auxiliar o terapeuta, de maneira prática, na modificação de padrões de pensamento e comportamento asso-

ciados ao uso problemático de substâncias psicoativas por profissionais da segurança pública.

Duração estimada:
Até duas sessões ou a depender da necessidade do paciente.

Objetivos:

- Identificar e desafiar pensamentos automáticos e crenças disfuncionais que contribuem para o uso de substâncias.
- Desenvolver habilidades sociais saudáveis, como assertividade, comunicação não-verbal e empatia, para construir relacionamentos de apoio e evitar situações de risco.
- Aprimorar estratégias de regulação emocional, resolução de problemas e manejo do estresse por meio de técnicas como relaxamento, mindfulness e engajamento em atividades prazerosas.
- Apoiar o paciente na redução gradual de riscos e danos associados ao uso de substâncias, mesmo que a abstinência total não seja a meta naquele momento.

Passo 1: Psicoeducação do modelo cognitivo no uso e abuso de álcool e outras drogas

No contexto do uso e abuso de substâncias, é comum que pensamentos automáticos e crenças disfuncionais desempenhem papel central na manutenção do comportamento de uso. Por exemplo, um policial militar pode apresentar o pensamento automático “Preciso beber para relaxar depois de um confronto violento”, ou sustentar a crença “Só consigo lidar com as lembranças perturbadoras do meu trabalho se tomar algo para dormir”. Esses pensamentos acabam funcionando como gatilhos cognitivos que favorecem o uso repetido, reforçando um padrão de enfrentamento centrado na substância.

A psicoeducação nesse contexto visa oferecer ao paciente ferramentas para compreender a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos. Por meio de exemplos práticos e diálogo colaborativo, o terapeuta auxilia na identificação de gatilhos situacionais, emocionais e cognitivos, bem como nas consequências (de curto e longo prazo) associadas ao uso. Esse processo favorece a ressignificação de crenças disfuncionais e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais saudáveis e sustentáveis.

Para ilustrar a aplicação clínica da psicoeducação sobre o modelo cognitivo no contexto do uso de substâncias, seguem abaixo um exemplo de caso e um trecho de diálogo terapêutico. Ambos ajudam a evidenciar como os pensamentos automáticos podem atuar na manutenção do uso e como o vínculo terapêutico pode favorecer a construção de alternativas mais seguras e funcionais, respeitando o tempo e os limites do paciente.

Exemplo clínico:
Uma agente penitenciária relata que começou a usar clonazepam esporadicamente para dormir, mas passou a tomá-lo diariamente após alguns meses, associando o uso à ideia de que "sem o remédio, minha mente não desliga". Esse pensamento automático reforça o ciclo de dependência e a sensação de ineficácia diante do próprio sofrimento.

Diálogo clínico ilustrativo:

Terapeuta:	*"Você comentou que tem usado o remédio para conseguir dormir. Já percebeu se esse uso tem aumentado ou se ele passou a ser uma necessidade diária?"*
Paciente:	*"Sim... se eu não tomo, meu coração acelera e eu não consigo parar de pensar."*
Terapeuta:	*"E quando você usa o medicamento, como fica a sua ansiedade? Ele ajuda apenas a induzir o sono ou você percebe alívio real da tensão e das preocupações?"*
Paciente:	*"Na verdade, eu até durmo, mas continuo acordando ansioso."*
Terapeuta:	*"Isso é mais comum do que parece, especialmente em quem vive sob tensão constante. Podemos explorar juntos outras formas de promover relaxamento e regulação da ansiedade, ampliando suas alternativas aos poucos e no seu tempo."*

Passo 2: Treinamento de Habilidades Sociais

O uso problemático de álcool, psicotrópicos e outras drogas pode impactar significativamente as habilidades sociais e os relacionamentos inter-

pessoais. Por exemplo, um bombeiro que tem dificuldade em ser assertivo pode ceder à pressão de colegas para beber após um resgate traumático, ou uma policial civil pode enfrentar conflitos conjugais por dificuldades em expressar suas emoções ou interpretar sinais não-verbais, comprometendo o suporte necessário à sua recuperação.

Nesse passo, o terapeuta deve apoiar o paciente no desenvolvimento de habilidades sociais que favoreçam a construção de relações mais saudáveis e seguras. Isso inclui aprender a expressar suas necessidades de forma clara e respeitosa, interpretar a linguagem corporal, oferecer e receber críticas de forma construtiva, negociar limites e compreender o ponto de vista do outro. Essas competências reduzem a exposição a situações de risco e fortalecem o apoio social necessário para mudanças no padrão de uso de substâncias.

Abaixo, apresentamos um exemplo de simulação terapêutica que pode ser utilizada como estratégia prática em sessões com profissionais da segurança pública. A técnica de role-playing permite que o paciente experimente, em um ambiente seguro, formas mais assertivas de se comunicar, especialmente diante de situações de pressão social. O objetivo é ampliar a autoconfiança, facilitar a expressão de limites e fortalecer a autonomia diante de escolhas relacionadas ao uso de substâncias.

Diálogo clínico ilustrativo:

Terapeuta:	*"Olá, João. Como você está hoje? Espero que esteja se sentindo bem. Gostaria de aproveitar nossa sessão de hoje para praticarmos algumas técnicas de assertividade. Sabemos que lidar com situações estressantes pode ser desafiador, e estamos aqui para construir juntos formas mais funcionais de lidar com isso. Como tem se sentido ultimamente nas interações com seus colegas?"*
Paciente:	*"Tenho me sentido um pouco inseguro, especialmente quando colegas oferecem bebida depois do trabalho. Sei que não quero, mas às vezes me sinto pressionado a aceitar."*
Terapeuta:	*"Entendo. Vamos praticar juntos como você pode responder a esse tipo de situação com mais firmeza e clareza, respeitando seus próprios limites. Eu vou interpretar o papel do seu colega, e você pode ensaiar uma resposta assertiva. Combinado?" Paciente: "Combinado."*

Terapeuta:	*"'Ei, João, vamos tomar uma cerveja depois do plantão?'" Paciente: "Valeu pelo convite, mas hoje eu tô evitando beber. Se vocês forem fazer outra coisa depois, me chama!"*
Terapeuta:	*"Excelente resposta! Foi direto, respeitoso e você ainda se manteve disponível para a convivência social. Como se sentiu ao ensaiar isso?"*
Paciente:	*"Mais confiante. Acho que consigo dizer não de forma mais tranquila agora."*
Terapeuta:	*"Ótimo. Vamos continuar fortalecendo isso. A prática constante pode te ajudar a se sentir cada vez mais seguro."*

Complemento clínico com foco em redução de danos:
O paciente também pode ser incentivado a estabelecer pequenas metas que reduzam os danos associados ao uso, como evitar o uso simultâneo de substâncias, diminuir a frequência de uso em contextos de maior risco (como ao dirigir ou portar arma de fogo), ou buscar orientação médica para o uso de psicotrópicos de forma segura e acompanhada.

Paciente:	*"Eu ainda não estou pronto para parar de usar, mas queria pelo menos parar de tomar antes de sair armado."*
Terapeuta:	*"Essa já é uma decisão muito importante, João. Podemos pensar juntos em estratégias para te ajudar a manter esse limite e, se for do seu interesse, ampliar suas opções de cuidado no seu ritmo."*

Passo 3: Técnicas de Relaxamento

O estresse crônico e a ansiedade, quando mantidos por longos períodos, tendem a produzir repercussões psicológicas e também respostas fisiológicas persistentes como, por exemplo, aumento da frequência cardíaca, palpitações, sudorese, falta de ar e tensão muscular. (Norelli; Long; Krepps, 2023). Em contextos de alta exigência emocional, como o trabalho na Segurança Pública, essas respostas podem se tornar um "estado de funcionamento" quase contínuo. Nessa condição, é comum que o uso de álcool, psicotrópicos ou outras substâncias seja mobilizado como estratégia rápida para desacelerar o corpo, reduzir a ativação e interromper a hipervigilância, ainda que com alívio apenas parcial e temporário.

Por exemplo, um policial científico que vivencia situações de risco e lida com cenas violentas em seu cotidiano pode relatar o uso de álcool como um "atalho" para conseguir dormir ou para "baixar a adrenalina" após os plantões. Nesses casos, a função do consumo costuma estar associada à tentativa de regular sintomas fisiológicos e cognitivos do estresse, sobretudo quando faltam estratégias saudáveis e sistemáticas de relaxamento ou quando há pouca possibilidade de acessar espaços de cuidado psicológico. Por isso, a intervenção clínica precisa incluir alternativas concretas e treináveis de autorregulação, com foco em reduzir a dependência de "atalhos" para lidar com o desconforto.

Neste passo, o terapeuta pode introduzir técnicas de relaxamento como exercícios terapêuticos voltados à diminuição da tensão física e psicológica e ao aumento de estados subjetivos de calma. Essas técnicas podem ser aplicadas e também ensinadas para prática autoguiada, funcionando como recursos complementares no manejo de estresse, ansiedade, humor deprimido, dor e sofrimento psicofisiológico (Norelli; Long; Krepps, 2023).

Por isso, é recomendável que o terapeuta disponha de um repertório variado e conduza um processo de escolha colaborativa, com experimentação e ajustes. A seguir, apresentam-se três técnicas com boa aplicabilidade clínica e orientação passo a passo, que podem ser ensinadas e treinadas com pacientes em contextos de alta ativação:

a) Respiração em caixa (Norelli; Long; Krepps, 2025)

Exercício respiratório l para manejo do estresse antes, durante ou após situações estressoras. Não exige ambiente silencioso e pode ser feito em diferentes circunstâncias.

- Inspirar pelo nariz contando 4.
- Segurar o ar contando 4.
- Expirar contando 4.
- Segurar o ar novamente contando 4.
- Repetir por alguns ciclos. O tempo pode ser ajustado (por exemplo, 2 segundos em vez de 4) conforme tolerância e condição clínica

b) Imaginação Guiada (Norelli; Long; Krepps, 2025)

Técnica baseada em visualização de um cenário tranquilo para reduzir pensamentos intrusivos e favorecer estados de calma. A orientação enfatiza o uso dos cinco sentidos para aprofundar o engajamento na imagem.

- Sentar ou deitar confortavelmente, com poucas distrações.
- Evocar um cenário relaxante (memória ou imaginação).

- Explorar: o que vê, ouve, cheira, sente no corpo e "percebe" no ambiente.
- Sustentar a visualização, mantendo respiração lenta e foco na sensação de calma associada ao cenário

c) Relaxamento muscular progressivo (Norelli; Long; Krepps, 2025)

- Estratégia voltada à tensão física associada à ansiedade, com alternância entre contrair e relaxar grupos musculares, priorizando a atenção à fase de relaxamento.
- Sentar ou deitar confortavelmente, com poucas distrações.
- Iniciar pelos pés: tensionar por 5 segundos e relaxar lentamente por 10 segundos, observando a liberação de tensão.
- Repetir progressivamente em pernas, quadris/glúteos, abdômen/peito, ombros, face e mãos.
- Orientar cuidado para não tensionar até dor e manter respiração lenta ao longo do exercício

Em síntese, este passo não propõe substituir abruptamente o uso de substâncias. Ele visa ampliar alternativas de regulação emocional e psicofisiológica, com recursos de aplicação imediata e treino contínuo. Ao oferecer técnicas estruturadas, o terapeuta fortalece a autonomia do paciente para manejar estresse e ansiedade com estratégias que podem ser aplicadas no cotidiano, inclusive em rotinas de plantão, reduzindo a probabilidade de que o consumo de substâncias permaneça como principal via de "alívio".

Diálogo clínico ilustrativo:

Terapeuta:	*João, quando você descreve esses momentos de maior tensão, fico pensando em como seu corpo parece permanecer em estado de alerta o tempo todo. Você comentou, inclusive, que às vezes precisa beber para conseguir desacelerar. Acha que podemos experimentar agora uma estratégia diferente para ajudar o corpo a reduzir essa ativação?*
Paciente:	*Acho que sim... porque, sem o álcool, parece que meu corpo não desliga. Fico agitado, o coração acelera.*
Terapeuta:	*Isso faz bastante sentido. Quando o estresse se mantém por muito tempo, o corpo aprende a funcionar nesse*

	ritmo acelerado. A ideia aqui não é tirar nada de forma abrupta, mas ampliar suas opções. Vamos testar uma técnica simples de respiração e observar juntos o efeito?
Paciente:	*Tudo bem. Vamos tentar.*
Terapeuta:	*Então, encontre uma posição confortável. Pode ser sentado mesmo. Repare no seu corpo agora: como está sua respiração, sua tensão muscular?*
Paciente:	*Está curta... e meus ombros estão bem tensos.*
Terapeuta:	*Ótimo você conseguir perceber isso. Vamos usar a respiração em caixa. Inspire pelo nariz contando lentamente até quatro... segure o ar por quatro... expire contando quatro... e segure novamente por quatro. Eu acompanho com você nas primeiras voltas.*
(Pausa – paciente realiza o exercício)	
Terapeuta:	*Vamos fazer mais dois ciclos no seu ritmo. (Nova pausa)*
Terapeuta:	*Agora, observe novamente seu corpo. O que mudou, mesmo que pouco?*
Paciente:	*O coração deu uma acalmada... ainda estou ansioso, mas não daquele jeito tão intenso.*
Terapeuta:	*Isso é importante. A técnica não elimina a ansiedade de imediato, mas ajuda a reduzir a ativação fisiológica. Diferente do álcool, ela não apaga a sensação, mas diminui a intensidade e devolve um pouco de controle. Como você compara esse efeito com o que sente quando usa a bebida para relaxar?*
Paciente:	*É diferente... com o álcool eu desligo mais rápido, mas depois fico pior. Aqui parece mais lento, mas mais estável.*
Terapeuta:	*Essa é uma boa leitura. Podemos treinar essa e outras técnicas para que, aos poucos, você tenha mais alternativas além do "atalho". A ideia é que você escolha, conforme o momento, o que faz mais sentido — e não que fique refém de uma única forma de aliviar a tensão.*
Paciente:	*Acho que isso pode ajudar, principalmente no pós-plantão. Terapeuta: Exatamente. Podemos pensar juntos em quais momentos do seu dia essas técnicas seriam mais úteis e ir ajustando conforme sua experiência.*

Mindfulness – Perguntas e Respostas

O que é mindfulness, afinal?

R: Mindfulness é uma habilidade treinável de prestar atenção à experiência do momento presente, de forma intencional e sem julgamento automático. Na prática clínica, isso significa ajudar a pessoa a perceber pensamentos, emoções e sensações corporais à medida que surgem, em vez de reagir de forma impulsiva ou evitativa. Essa habilidade é desenvolvida por meio de exercícios experienciais, prática regular e diálogo reflexivo, e não apenas por explicações teóricas (Loucks et al., 2022).

Mindfulness é o mesmo que relaxamento?

R: Não exatamente. Relaxamento tem como objetivo principal reduzir a ativação fisiológica (diminuir tensão, frequência cardíaca, ansiedade imediata). Mindfulness tem como objetivo mudar a relação da pessoa com sua experiência interna, mesmo quando ela é desconfortável. O relaxamento pode acontecer como efeito secundário, mas não é a meta central. Uma pessoa pode estar consciente, presente e regulada mesmo sem estar totalmente relaxada. (Loucks et al., 2022).
No contexto clínico, especialmente na Segurança Pública, mindfulness não substitui técnicas de relaxamento — ele complementa, ampliando repertório de autorregulação

Então mindfulness não serve para "desligar a mente"?

R: Não. Mindfulness não é parar de pensar, nem "esvaziar a cabeça". A proposta é aprender a (Loucks et al., 2022):

- perceber pensamentos como eventos mentais,
- reconhecer quando a mente entra em modo automático (ruminação, antecipação, hipervigilância),
- e retomar a atenção com mais escolha e menos reatividade.

Para profissionais que vivem em estado de alerta constante, isso é especialmente relevante: o treino não é desligar o alerta, mas regular quando ele é necessário e quando não é.

Por que mindfulness pode ser útil em contextos de alta ativação, como a Segurança Pública?

R: Porque o estresse crônico tende a (Loucks et al., 2022):

- manter o corpo em hiperativação constante,
- reforçar respostas automáticas (luta, fuga, evitação),
- aumentar o uso de "atalhos" para regulação, como álcool ou medicamentos.

Mindfulness atua exatamente nesse ponto, ajudando o paciente a:

- reconhecer sinais iniciais de ativação,
- diferenciar ameaça real de ativação residual,
- criar pausas conscientes entre sensação → impulso → ação.

Segundo Loucks et al. (2022), esse processo favorece autorregulação, descentramento e escolhas mais flexíveis, sem exigir que o sofrimento desapareça para que o cuidado comece.

Mindfulness é uma técnica específica ou um conjunto de práticas?

R: É um conjunto estruturado de práticas, sustentado por alguns elementos essenciais (Loucks et al., 2022):

- exercícios formais (atenção à respiração, corpo, sensações, pensamentos);
- práticas informais (atenção consciente em atividades do dia a dia);
- diálogo reflexivo, que ajuda a integrar a experiência;
- prática repetida ao longo do tempo.

Esses elementos formam o que os autores chamam de núcleo essencial dos programas baseados em mindfulness, aquilo que não deve ser perdido, mesmo quando há adaptações.

Dá para adaptar mindfulness para diferentes públicos?

R: Sim, e muitas vezes é necessário. Mas adaptação não é fazer "qualquer coisa" e chamar de mindfulness. É preciso distinguir (Loucks et al., 2022):

- o que é essencial e não pode ser retirado (o núcleo da prática),
- do que é flexível (linguagem, exemplos, duração, formato, contexto).

Em ambientes como corporações de Segurança Pública, por exemplo, pode ser necessário:

- usar linguagem menos abstrata;
- reduzir práticas muito longas no início;
- vincular mindfulness a situações concretas do trabalho (plantão, pós- ocorrência, tomada de decisão);
- respeitar a cultura institucional e o ritmo do grupo.

Essas adaptações são legítimas quando preservam o núcleo da prática.

Mindfulness é indicado para todo mundo?

R: Não necessariamente da mesma forma. Embora seja uma prática segura para a maioria das pessoas, o artigo enfatiza que o uso de mindfulness deve considerar (Loucks et al., 2022):

- o contexto clínico,
- o momento do paciente,
- a presença de sofrimento intenso ou desorganização emocional.

Por isso, mindfulness não é aplicado de forma padronizada, mas integrada ao raciocínio clínico, podendo ser:

- introduzido gradualmente,
- combinado com técnicas de relaxamento,
- ajustado conforme a resposta do paciente.

Qual é a diferença entre ensinar mindfulness e "mandar o paciente prestar atenção"?

R: A diferença está no processo experiencial guiado (Loucks et al., 2022). Mindfulness não se ensina como uma instrução cognitiva ("fique atento"), mas como:

- uma experiência conduzida,
- observada em conjunto,
- refletida após a prática.

O terapeuta não cobra desempenho, mas ajuda o paciente a observar o que acontece quando tenta estar presente, inclusive dificuldades, distrações e resistências.

Como mindfulness se articula com os passos anteriores do protocolo?

- Após as técnicas de relaxamento, mindfulness ajuda a manter contato consciente com o estado interno, mesmo quando o relaxamento não é imediato.
- Antes da resolução de problemas, mindfulness amplia clareza, reduz reatividade e favorece decisões menos impulsivas.

Assim, mindfulness funciona como uma ponte clínica entre: autorregulação fisiológica → consciência emocional → ação deliberada.

Em síntese

É uma abordagem estruturada, com fundamentos claros, que pode ser adaptada com critério para contextos de alta exigência emocional, desde que:

- preserve seus elementos essenciais;
- seja integrada ao raciocínio clínico;
- respeite o contexto institucional e o ritmo do paciente.

Quando bem utilizada, amplia o repertório de cuidado e reduz a dependência de estratégias automáticas e potencialmente prejudiciais de enfrentamento do estresse (Loucks et al., 2022).

Diálogo Clínico Ilustrativo – Introdução ao Mindfulness na prática

Terapeuta: *João, você comentou que, mesmo fora do plantão, seu corpo continua em alerta, como se algo fosse acontecer a qualquer momento. Antes de pensarmos em soluções, queria te propor algo diferente: observar esse estado por alguns instantes. Não para mudar agora, só para perceber. Topa?*

Paciente: *Posso tentar... mas já aviso que minha cabeça não para. Terapeuta: Isso é esperado. Aqui não se trata de parar os pensamentos. Vamos apenas notar o que está acontecendo agora. Feche os olhos, se se sentir confortável, ou mantenha o olhar apoiado em um ponto. Leve a atenção para a respiração, do jeito que ela estiver.*

(Pausa breve)	
Terapeuta:	*O que você percebeu?*
Paciente:	*O coração está acelerado... e minha mente já começou a pensar em coisa do trabalho.*
Terapeuta:	*Ótimo. Isso já é mindfulness acontecendo. Você percebeu o corpo e percebeu os pensamentos, sem precisar fazer nada com eles. Antes, quando isso acontecia, o que você costumava fazer?*
Paciente:	*Normalmente eu tentava desligar... ou bebia alguma coisa para acalmar.*
Terapeuta:	*Percebe a diferença? Aqui, em vez de fugir da sensação ou tentar apagar, você está olhando para ela de frente — mas com algum espaço. Como foi ficar apenas observando, sem resolver?*
Paciente:	*Estranho... desconfortável no começo. Mas não piorou. Ficou meio estável.*
Terapeuta:	*Isso é importante. Mindfulness não serve para relaxar rápido, como um atalho. Serve para mudar a relação com o que aparece. Mesmo com a ansiedade ali, você conseguiu ficar presente.*
Paciente:	*Então não é para "esvaziar a mente"?*
Terapeuta:	*Não. A mente vai pensar. O treino é perceber quando ela entra no automático — alerta, antecipação, ruminação — e escolher se você vai seguir ou apenas notar. Em vez de reagir no impulso.*
Paciente:	*Faz sentido... No trabalho, se eu reagir no automático, dá problema.*
Terapeuta:	*Exatamente. A ideia aqui é parecida. Criar uma pequena pausa entre o que você sente e o que você faz. Essa pausa é o que, com o tempo, reduz a necessidade de atalhos como o álcool.*
Paciente:	*Mas isso demora mais que beber...*
Terapeuta:	*Demora mais, sim. Mas também é mais estável. Você mesmo percebeu: não apagou a ansiedade, mas conseguiu atravessar o momento com mais controle.*

	A gente pode treinar isso, aos poucos, e combinar com técnicas de relaxamento quando fizer sentido.
Paciente:	*Acho que isso pode ajudar, principalmente antes de decidir beber. Terapeuta: Esse já é um ótimo ponto de partida. Mindfulness não tira suas escolhas — ele amplia. Vamos seguir explorando isso juntos, no seu ritmo.*

Passo 4: Técnicas de Resolução de Problemas

Em muitos casos, o uso de substâncias psicoativas aparece como tentativa de enfrentar, ainda que de forma temporária, situações difíceis ou fontes de sofrimento emocional. O uso pode funcionar como estratégia de escape, alívio ou até mesmo regulação diante de problemas acumulados — como conflitos familiares, dificuldades financeiras, sobrecarga profissional ou sensação de impotência diante de decisões complexas.

Por exemplo, um bombeiro que enfrenta pressões econômicas intensas e dificuldade de planejamento pode recorrer à bebida como forma de "esquecer dos problemas", principalmente nos dias de folga, o que pode comprometer seu bem-estar e aumentar os riscos associados ao uso continuado da substância.

Nesse contexto, a resolução de problemas é uma ferramenta clínica valiosa. Por meio dela, o paciente é incentivado a desenvolver habilidades práticas e funcionais para lidar com desafios cotidianos, sem recorrer exclusivamente ao uso de substâncias. O terapeuta pode guiar esse processo de forma colaborativa, ajudando o paciente a identificar os problemas mais relevantes, organizar os pensamentos, gerar soluções possíveis e testar estratégias de ação com base em suas possibilidades.

Diálogo clínico ilustrativo:

Terapeuta:	*João, você comentou que tem se sentido sobrecarregado e que nesses momentos sente mais vontade de beber. Podemos explorar juntos uma forma de lidar com esse estresse sem recorrer automaticamente à substância?*
Paciente:	*Sim... tem sido difícil. Quando chego em casa depois do plantão, parece que a bebida é a única coisa que me ajuda a desligar. Terapeuta: É compreensível. Muitas*

	pessoas encontram no uso uma forma imediata de alívio, especialmente depois de dias tão exigentes. Mas podemos pensar juntos em outras estratégias que também podem funcionar — talvez com efeitos menos prejudiciais e mais sustentáveis a longo prazo.
Paciente:	*Tipo o quê?*
Terapeuta:	*Podemos começar nomeando o problema — nesse caso, o que exatamente tem deixado suas noites mais difíceis? Depois, avaliamos possíveis alternativas, como pequenas mudanças de rotina, exercícios de respiração, atividades que te ajudem a se desconectar aos poucos ou até pessoas com quem conversar. Não precisa ser uma mudança radical, mas sim um plano que faça sentido para você. Que tal começarmos?*

Passo 5: Manejo dos sentimentos

Muitos profissionais da Segurança Pública lidam com experiências emocionalmente intensas e, muitas vezes, silenciam suas dores por falta de espaços seguros de escuta. O uso de substâncias, em diversos casos, surge como uma tentativa de atenuar sentimentos difíceis, como raiva, medo, tristeza, frustração ou insônia, principalmente quando esses afetos não encontram outra via de expressão ou elaboração.

Neste passo, o terapeuta deve favorecer a identificação, a validação e o acolhimento das emoções — sem julgamentos ou correções precipitadas. O objetivo é ajudar o paciente a desenvolver uma relação mais consciente com suas emoções e ampliar o repertório de estratégias para lidar com elas de forma mais adaptativa, evitando que o uso de substâncias seja a única ou principal resposta ao sofrimento.

Exemplo clínico contextualizado:
Um policial civil relata que, após uma situação de confronto violento, passou a sentir acessos de raiva e impulsividade com frequência. Como não conseguia falar sobre isso com ninguém, começou a usar álcool todas as noites para «esfriar a cabeça». Ao longo das sessões, compreendeu que seu comportamento estava relacionado à dificuldade de reconhecer e comunicar seus próprios sentimentos.

Diálogo clínico ilustrativo:

Terapeuta:	*João, gostaria de conversar um pouco sobre o que você tem sentido ultimamente. Em processos de mudança, como o que você está vivendo, é comum que emoções fortes venham à tona — e isso não significa que algo está errado com você.*
Paciente:	*Sim... tenho sentido uma mistura de raiva, ansiedade, às vezes até tristeza. Fico com tudo entalado, e parece que beber é o único jeito de esvaziar isso.*
Terapeuta:	*Compreendo, João. E quero te dizer que essas emoções são legítimas — fazem parte da sua experiência, e não precisam ser ignoradas ou abafadas. Podemos pensar juntos em como reconhecer esses sentimentos e construir maneiras de lidar com eles que não te façam mal depois.*
Paciente:	*Às vezes, é difícil até entender o que eu tô sentindo. Só sinto que está tudo pesado.*
Terapeuta:	*Isso é mais comum do que parece. Podemos começar nomeando essas sensações, entendendo o que elas querem te dizer, e criando pequenas estratégias para aliviá-las. Não se trata de controlar tudo, mas de não se sentir refém delas.*

Passo 6: Importância do Lazer e Atividades Prazerosas

A rotina exaustiva de trabalho, a sobrecarga emocional e a escassez de momentos de prazer podem favorecer o uso de substâncias como forma de compensação ou alívio. Muitos profissionais da Segurança Pública acabam abrindo mão de atividades que antes proporcionavam bem-estar e, aos poucos, perdem o contato com fontes saudáveis de prazer e autorregulação.

Neste passo, o terapeuta deve convidar o paciente a resgatar experiências que promovam satisfação, leveza e descanso psíquico. A proposta não é romantizar a ideia de "tempo livre", mas construir, junto ao paciente, formas possíveis — dentro de sua realidade — de incorporar atividades prazerosas no cotidiano, mesmo que em pequenas doses. Isso contribui para reduzir a impulsividade, ampliar repertórios de enfrentamento e fortalecer a saúde mental de forma contínua.

Exemplo clínico contextualizado:
Um policial científico relata que, após meses sem tirar folga, passou a beber com mais frequência aos domingos para conseguir relaxar. Ao longo da terapia, percebeu que havia abandonado atividades que antes o ajudavam a descarregar o estresse, como caminhar no parque e tocar violão. A retomada gradual dessas práticas foi um passo importante para diminuir o consumo de álcool nos dias de folga.

Diálogo clínico ilustrativo:

Terapeuta: *João, queria conversar com você sobre algo importante: o lazer. A gente sabe que a rotina na sua profissão é intensa, e nem sempre sobra espaço para descansar de verdade. Mas se você pudesse incluir algo que te dá prazer na sua semana, o que seria?*

Paciente: *Ah... eu gostava de jogar futebol, mas faz tempo que não consigo mais.*

Terapeuta: *Entendo. Às vezes, a gente deixa essas atividades de lado sem perceber o quanto elas nos fazem falta. Que tal pensarmos juntos em uma forma de retomar isso? Pode ser só uma vez por semana, em um horário que funcione pra você. O objetivo é que você tenha um momento só seu, sem pressão, para se reconectar com o que te faz bem.*

Paciente: *Eu acho que faria diferença... Sinto falta de rir com os amigos, de me distrair um pouco.*

Terapeuta: *Exatamente. O lazer também é uma forma de cuidado. Vamos planejar isso juntos?*

Passo 7: Rede de Apoio Social

A presença de vínculos de apoio — familiares, afetivos, comunitários ou institucionais — é um fator protetivo fundamental no cuidado com o uso problemático de substâncias. Para muitos profissionais da Segurança Pública, entretanto, o pedido de ajuda pode ser atravessado por crenças como "preciso dar conta sozinho" ou "demonstrar fragilidade é um risco". Essas ideias, muitas vezes reforçadas por ambientes hierárquicos e culturas organizacionais rígidas, acabam dificultando o acesso ao suporte necessário.

Neste passo, o terapeuta deve trabalhar com o paciente a identificação de pessoas e redes que possam oferecer apoio emocional, instrumental ou informacional. É importante mapear não apenas os vínculos já existentes, mas também possíveis recursos externos, como grupos de apoio, colegas confiáveis ou serviços de saúde. A ideia é ampliar o repertório de suporte, promovendo segurança para que o paciente se sinta à vontade em recorrer a essas redes quando necessário.

Além disso, o terapeuta pode auxiliar na prática de habilidades para solicitar ajuda de forma clara, respeitosa e eficaz — rompendo com padrões de isolamento e promovendo o fortalecimento de relações que contribuam para a redução de riscos e recaídas.

Exemplo clínico contextualizado:

Um policial militar relata que evita contar aos amigos sobre seu sofrimento por medo de parecer fraco. Com o tempo, percebe que manter tudo para si está agravando sua ansiedade. Ao longo da terapia, identifica um irmão com quem tem boa relação, e, com o apoio do terapeuta, planeja uma forma de iniciar uma conversa e pedir ajuda.

Diálogo clínico ilustrativo:

Paciente:	*Sabe, Ana, tenho refletido sobre o que conversamos na última sessão e percebi que talvez eu precise de mais apoio do que imaginava.*
Terapeuta:	*Isso é um passo muito importante, João. Reconhecer que não precisa enfrentar tudo sozinho é sinal de força, não de fraqueza.*
Paciente:	*É... mas ainda sinto um pouco de dificuldade em pedir ajuda. É como se eu tivesse que resolver tudo por conta própria.*
Terapeuta:	*Esse sentimento é compreensível, especialmente em contextos como o seu. Mas pedir ajuda também é um movimento de cuidado consigo mesmo. Você já pensou em alguém da sua rede em quem confia e que poderia te apoiar?*
Paciente:	*Acho que meu irmão. Ele sempre esteve ao meu lado e provavelmente entenderia.*

Terapeuta: *Excelente. Podemos pensar juntos em como iniciar essa conversa, de um jeito que te deixe confortável. Às vezes, até pequenas falas, como "posso contar com você se eu não estiver bem?", já abrem caminhos importantes. Vamos praticar isso?*

Material Complementar

Vídeo: Consumo excessivo de álcool e drogas e saúde mental (youtube.com) Terapia Cognitivo Comportamental na Dependência Química (youtube.com)

Referências

Dos Santos, M. F. R., & de Castro Ferreira, A. (2023). Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do alcoolismo: Uma revisão da literatura. Brazilian Journal of Health Review, 6(5), 21074–21085. https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/63001

Fonseca, L. S. O., da Silva, S. P., Fonseca, L. O., Vieira, L. T. Q., de Santana, T. S., Rocha, M. E., Barbosa, M. A., & do Amaral, W. N. (2021). Dependência alcoólica e a atividade policial militar / Alcohol dependency and military police activity. Brazilian Journal of Development, 7(3), 21207–21212. https://doi.org/10.34117/bjdv7n3-027

Loucks, E. B., Crane, R. S., Sanghvi, M. A., Montero-Marin, J., Proulx, J., Brewer, J. A., & Kuyken, W. (2022). Mindfulness-based programs: Why, when, and how to adapt? Global Advances in Health and Medicine, 11, 1–12. https://doi.org/10.1177/21649561211068805

Norelli, S. K., Long, A., & Krepps, J. M. (2025). Relaxation techniques. In StatPearls. StatPearls Publishing. (Original work published 2023). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513238/ Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. Brazilian Journal of Psychiatry, 30(Suppl. 1), S88–S95. https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600006

5. MÓDULO 3: PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO

Este módulo aborda questões relacionadas à qualidade do sono e sua influência na saúde mental e física de profissionais de Segurança Pública. Devido aos horários irregulares e aos regimes de trabalho em turnos, esses profissionais, frequentemente, enfrentam desafios significativos para manter um sono reparador, o que pode agravar transtornos emocionais existentes ou emergir como um fator de risco adicional.

Cada indivíduo pode apresentar dificuldades específicas relacionadas ao sono, e nem todos os aspectos serão igualmente relevantes para todos os pacientes. Portanto, é essencial que o terapeuta adapte a intervenção conforme as necessidades particulares de cada pessoa. Alguns temas podem requerer maior atenção e aprofundamento, enquanto outros podem ser abordados de forma mais breve ou até mesmo omitidos, dependendo da avaliação clínica.

Em média, o terapeuta deverá trabalhar as questões relativas ao sono ao longo de quatro sessões. No entanto, a ordem e a duração da abordagem de cada tópico devem ser individualizadas de acordo com o progresso e as demandas do paciente, podendo ser estendidas, se necessário, para garantir uma intervenção eficaz e personalizada.

É importante ressaltar que, embora os tópicos relacionados ao sono sejam abordados neste módulo, na prática clínica eles estão intimamente interligados com outros aspectos da saúde mental, como o manejo do estresse, ansiedade e humor. Assim, o terapeuta deve sempre considerar o contexto profissional e pessoal do paciente, visando explorar as demandas terapêuticas de forma abrangente e integrada.

Objetivos

1. Educar os pacientes sobre a importância do sono para a saúde mental e física, destacando os efeitos da privação de sono no desempenho profissional e no bem-estar geral.
2. Identificar e reestruturar crenças disfuncionais relacionadas ao sono, promovendo uma visão mais adaptativa e realista sobre suas dificuldades e capacidades para melhorar o sono.

3. Desenvolver estratégias personalizadas de higiene do sono, adaptadas aos horários e condições de trabalho em turnos, para melhorar a qualidade e a eficiência do sono.
4. Auxiliar na implementação de técnicas para ajustar o ritmo circadiano, incluindo o manejo da exposição à luz e a utilização de cochilos estratégicos.
5. Reconhecer sinais que possam indicar transtornos específicos do sono, como apneia obstrutiva ou síndrome das pernas inquietas, e encaminhar para avaliação médica especializada quando necessário.
6. Encorajar práticas de autocuidado e reflexão para fortalecer a resiliência emocional, enfatizando o papel do sono na recuperação física e mental.

Passo 1: A avaliação da qualidade do Sono:

a. Anamnese sobre sono

A avaliação dos transtornos do sono requer uma abordagem clínica cuidadosa, na qual a entrevista inicial desempenha um papel central. É importante que o profissional investigue não apenas se o paciente "dorme bem ou mal", mas explore também os hábitos e rotinas tanto diurnos quanto noturnos, buscando identificar fatores que possam desencadear ou manter o quadro clínico, incluindo condições médicas e psiquiátricas associadas. Durante essa avaliação, é essencial verificar se o problema está relacionado à dificuldade para iniciar o sono, manter-se dormindo ou a acordar muito cedo, além de considerar a frequência semanal, a duração do problema e os sintomas que afetam o funcionamento durante o dia. Também é fundamental entender o impacto da insônia ou de outras dificuldades de sono na qualidade de vida, no desempenho em atividades diárias e nas relações sociais do paciente. Esse aprofundamento permite uma compreensão mais completa e um plano de tratamento personalizado, considerando as nuances de cada caso (Drager et al., 2023). No anexo A, encontra-se uma sugestão de roteiro de entrevista clínica em sono.

b. Diário do Sono

O Diário do Sono (Carney, 2012), como sugerido no modelo de tabela de 7 dias apresentado no anexo B, é um recurso eficaz para avaliar padrões de sono e promover uma maior autopercepção nos pacientes, especialmente

para profissionais de Segurança Pública que lidam com horários irregulares de trabalho. Esse modelo de diário inclui campos específicos para registrar não apenas os horários de dormir e acordar, mas também detalhes sobre despertares noturnos, cochilos diurnos e consumo de substâncias como cafeína e álcool.

Instruções gerais para o paciente sobre o diário do sono envolvem o compromisso de preenchê-lo diariamente, preferencialmente logo ao acordar e estar pronto para levantar da cama, para garantir que as informações sejam registradas enquanto ainda estão frescas na memória. Além disso, é importante que o paciente leve o diário preenchido para as sessões, pois ele será uma ferramenta central na avaliação do progresso e na identificação de fatores que podem estar prejudicando o sono.

Para o terapeuta, é recomendável reservar um momento no início ou no final de cada sessão para que o paciente compartilhe as informações registradas no diário e faça comentários sobre a própria experiência com o sono durante a semana. Esse espaço não apenas permite ao terapeuta acompanhar de perto os padrões e eventuais dificuldades que surgem, mas também incentiva o paciente a desenvolver uma maior autopercepção sobre seus hábitos de sono e a importância das intervenções discutidas. Ao analisar o diário em conjunto, o terapeuta e o paciente podem identificar padrões, ajustar estratégias e discutir soluções, reforçando o engajamento no processo terapêutico e promovendo uma abordagem colaborativa para a melhora do sono.

c. Escalas de Avaliação

Além do Diário do Sono, o uso de questionários e escalas de avaliação do sono é uma prática eficaz e recomendada. Entre os principais instrumentos está o Índice de Gravidade da Insônia (IGI), uma escala de sete itens que mede a intensidade da insônia, seu impacto na qualidade de vida e a percepção do paciente, com pontuações superiores a 15 indicando insônia clínica significativa. Outro recurso é o Questionário de Avaliação de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), que fornece uma visão ampla da qualidade global do sono e identifica queixas relacionadas ao sono, embora não seja específico para insônia. Para casos de sonolência diurna associada à insônia, a Escala de Sonolência de Epworth (ESE) é útil, medindo a probabilidade de cochilar em situações diárias (Drager et al., 2023).

Tais instrumentos, podem ser utilizados tanto para fins de avaliação quanto para de acompanhamento do progresso das intervenções.

Passo 2: Psicoeducação

Para profissionais da Segurança Pública, compreender o impacto do sono sobre a saúde mental e física é essencial, dado o ambiente de alta pressão e os horários, muitas vezes, irregulares. Assim, um primeiro passo para o manejo bem-sucedido de questões de sono é a educação sobre sono, ciclos circadianos e seus impactos (Harvey & Buysse, 2017). Sugerimos que, ao introduzir a temática, o terapeuta dedique alguns minutos de uma das sessões a expor algumas informações relevantes sobre o sono normal, dentre elas:

a. Explicação sobre a Estrutura do Sono e Seus Benefícios:

Inicie explicando que o sono é composto por duas fases principais – REM (movimento rápido dos olhos) e não-REM – e que ambas são cruciais para diferentes funções restauradoras do organismo. Durante a fase não-REM (subdividida em três outras partes), especialmente na fase profunda (N3), ocorrem reparos celulares e a secreção de hormônios importantes para o corpo. Na fase REM, o cérebro consolida memórias e processa emoções. Explique que, para profissionais de Segurança Pública, o sono adequado é especialmente importante, pois ele mantém o estado de alerta, a capacidade de resposta e a estabilidade emocional. Ressalte como o sono insuficiente pode impactar diretamente o desempenho, intensificando reações emocionais e afetando o julgamento em situações críticas. Se fragmentar o sono ou tiver privação (redução) da quantidade de sono, esses estágios são impactados com consequências para todo o organismo em suas dimensões físicas, psicológicas e sociais.

b. Importância dos Ritmos Circadianos e da Regulação do Ciclo Sono-Vigília:

Explique que o ritmo circadiano é uma espécie de “relógio biológico” de 24 horas que sincroniza funções corporais, como sono e vigília, com o ciclo claro-escuro do ambiente. Discuta como essa sincronização ajuda a otimizar o desempenho durante o dia e o descanso à noite. Enfatize que a irregularidade nos horários de dormir e acordar pode desregular esse “relógio biológico”, gerando uma condição semelhante ao “jet lag” constante. Para os profissionais que alternam entre turnos diurnos e noturnos, a rotina desre-

gulada pode criar um efeito crônico de desajuste circadiano, impactando o bem-estar físico e mental. O "jet lag" tradicional refere-se ao mal-estar após viagens entre fusos horários, quando o corpo ainda está programado para um horário diferente do ambiente. No contexto do trabalho em turnos, ocorre algo semelhante: a cada mudança de escala, por exemplo, de um plantão noturno para folgas diurnas, ou de uma sequência de dias para uma sequência de noites, o corpo precisa se reajustar, como se o profissional estivesse constantemente "viajando" entre fusos horários. Os sintomas são parecidos: fadiga persistente, dificuldade de concentração, irritabilidade, alterações de apetite e sono fragmentado. A diferença é que, enquanto o jet lag de viagem é temporário, o jet lag dos turnos de trabalho pode se tornar crônico quando as escalas são irregulares ou frequentemente alternadas.

c. Estratégias de Adaptação e Questões Práticas para Profissionais de Segurança:

Explique que a exposição à luz durante o dia e a redução progressiva da luminosidade à noite (especialmente a luz azul emitida pelos dispositivos eletrônicos) antes de dormir ajudam a regular a produção de melatonina, hormônio responsável por sinalizar ao organismo a transição para a fase noturna e favorecer a sincronização do ciclo sono–vigília. Ressalte que, à noite, o corpo responde melhor a ambientes mais escuros ou com iluminação indireta e de baixa intensidade, o que ajuda o cérebro a "entender" que é hora de desacelerar e favorecer a propensão ao sono. Dê exemplos práticos, como a importância de usar luzes mais fracas à noite e de evitar o uso de dispositivos eletrônicos na hora de dormir. Ao final, incentive o paciente a refletir sobre seus próprios padrões de sono e as adaptações que podem ser feitas, mesmo dentro das restrições da rotina de trabalho. Promova uma atitude curiosa e proativa em relação ao sono, reforçando que pequenas mudanças podem trazer benefícios cumulativos para sua saúde e desempenho.

Essa compreensão mais explanatória sobre o sono pavimenta o próximo componente de intervenção, no qual o terapeuta deverá guiar a implementação de hábitos de sono compatíveis com o padrão descrito.

Passo 3: Implementação guiada de Higiene do Sono

A implementação das estratégias para melhorar a qualidade do sono deve ser conduzida de maneira estruturada e guiada, indo além de instruções

gerais ou da simples entrega de folhetos explicativos. Estudos como o de Irish et al. (2015) destacam que a higiene do sono, embora seja um componente essencial na promoção de práticas saudáveis, precisa ser adaptada e acompanhada para ser eficaz. O terapeuta deve trabalhar com o paciente para desenvolver um plano de ação personalizado, abordando cada aspecto da higiene do sono e ajustando as recomendações à realidade e necessidades individuais. Esse acompanhamento permite avaliar a eficácia das estratégias e realizar adaptações conforme os feedbacks recebidos, garantindo que as mudanças sejam incorporadas na rotina do paciente de forma gradual e sustentável.

O ambiente de sono é uma área chave na higiene do sono e requer atenção especial para aspectos como escuridão, silêncio e temperatura. Esses fatores, ajustados ao contexto do paciente, promovem um sono mais profundo e restaurador. No entanto, em profissões como a de Segurança Pública, onde os horários de sono podem ser irregulares, é importante que o terapeuta auxilie na criação de rituais pré-sono que possam ser replicados mesmo em horários não convencionais. Estabelecer uma rotina, ainda que atípica, ajuda a sinalizar para o corpo que é hora de dormir, promovendo um ajuste gradual do ritmo circadiano e aumentando a efetividade das estratégias de higiene do sono (Irish et al., 2015).

Seguem algumas possíveis áreas de intervenção e os modos de intervir na prática:

Tabela 1:
Intervenções de Higiene do Sono. Adaptado de Morin & Espie, 2007; Almondes & Pinto Junior, 2016

Área de Intervenção	Implementação Prática
Ambiente de Sono	• Manter o quarto escuro: usar cortinas blackout ou máscaras de dormir. • Minimizar ruídos: usar tampões de ouvido ou máquinas de som branco. • Temperatura adequada: preferir um ambiente fresco (18-22°C).
Rotinas Consistentes	• Criar rituais pré-sono, como leitura ou banho morno. • Seguir uma rotina, mesmo em horários irregulares, para sinalizar ao corpo que é hora de dormir.

Área de Intervenção	Implementação Prática
Tecnologia	• Evitar telas eletrônicas (celular, tablet, TV) 1-2 horas antes de dormir. • Desativar notificações e deixar o celular fora do quarto ou em modo “não perturbe”.
Exposição à Luz	• Exposição à luz natural pela manhã, se possível. • Utilizar óculos de bloqueio de luz azul à noite para reduzir impacto da luz artificial.
Consumo de Cafeína e Álcool	• Limitar o consumo de cafeína até 6 horas antes de dormir. • Evitar o consumo de álcool próximo ao horário de dormir, mesmo que ajude a relaxar inicialmente.
Alimentação Pré- Sono	• Optar por refeições leves antes de dormir. • Evitar alimentos picantes ou pesados, que podem causar desconforto.
Atividade Física	• Praticar exercícios regularmente, mas evitar atividades intensas 2-3 horas antes de dormir.
Controle de Sonecas	• Evitar sonecas longas durante o dia. Se precisar de uma soneca, limitar a duração a 15-30 minutos, preferencialmente no início da tarde.
Acompanhamento e Feedback	• Registrar os hábitos de sono e revisar semanalmente com o terapeuta. Ajustar as estratégias com base nos feedbacks e progresso do paciente.

Passo 4: Melhorando o Sono de Trabalhadores em Turno

O manejo do sono de trabalhadores em regime de turnos merece especial atenção, pois estes enfrentam desafios significativos em relação à saúde e ao sono devido à desregulação do ritmo circadiano, a qual pode ter efeitos adversos duradouros sobre a saúde mental e física. O trabalho em turno, recorrentemente, exige a realização de atividades em horários que não estão sincronizados com o ritmo biológico natural de sono e vigília, o que contribui para o desenvolvimento de problemas de saúde como distúrbios do sono, fadiga crônica e aumento do risco de doenças cardiovasculares e metabólicas (Smith & Eastman, 2012).

O desalinhamento circadiano é um aspecto central nesses casos, sendo causado pela divergência entre o horário biológico e o horário imposto pelo trabalho. Esse desalinhamento ocorre, principalmente, em profissionais que alternam entre turnos diurnos e noturnos, o que pode levar à privação de sono crônica e à supressão da melatonina pela exposição à luz em horários inadequados (Wright et al., 2013). Tais condições afetam diretamente o bem-estar e a qualidade de vida desses profissionais, e intervenções que auxiliem na mitigação desse impacto são fundamentais para a promoção da saúde mental e da performance laboral.

Estratégias de manejo, como a educação sobre higiene do sono, o controle de exposição à luz e a implementação de intervalos para descanso, têm sido sugeridas como formas de reduzir os efeitos negativos do trabalho em turnos (Boivin & Boudreau, 2014). Essas intervenções requerem a adaptação às necessidades individuais e ao contexto de trabalho dos profissionais, visando diminuir a discrepância entre os horários de trabalho e o ritmo circadiano natural, o que pode resultar em melhorias na qualidade do sono e, consequentemente, no desempenho e na saúde geral dos trabalhadores. A seguir, trazemos as principais propostas de Smith & Eastman (2012) para tal manejo, adaptadas ao contexto dos profissionais de Segurança Pública:

1. **Gestão do Sono e Controle de Luz no Ambiente Doméstico:** Após o turno noturno, os profissionais devem ter um ambiente de sono completamente escuro e sem ruídos. Isso pode ser alcançado com cortinas blackout, máscaras de dormir e até tampões de ouvido para bloquear ruídos, uma vez que um sono reparador é essencial para que estejam alertas e seguros no trabalho. Nos dias de folga, a recomendação é não alterar drasticamente os horários de sono, ou seja, tentar manter os horários regulares convencionais que os trabalhadores estavam acostumados: se iniciavam o sono às 21h (fora do horário de trabalho) e acordava às 6h, esse deve ser o horário mantido no período de folga. Além disso, se o profissional costuma dormir às 7h após o plantão noturno, tentar manter um horário aproximado nos dias de trabalho, ajuda o organismo a preservar uma "janela de sono" mais previsível e reduz o impacto do desajuste circadiano. Outra dica fundamental, se for o último dia de trabalho em um turno noturno e ele irá entrar em regime de folga de mais de 7 dias, é sugerir fazer um cochilo de 2h e deixar para dormir na

noite desse dia que está saindo do turno, para ajudar a regularizar o padrão de sono-vigília.

2. **Estratégias de Luz Durante o Turno:** Onde for possível, os profissionais devem buscar áreas mais iluminadas, especialmente no início do turno. Caso o ambiente de trabalho permita o uso de luzes LED ou luz fluorescente mais intensa em áreas de apoio, isso pode ajudar a aumentar o estado de alerta. Além da exposição à luz, recomenda-se a realização de pequenas pausas ativas de pelo menos 6 minutos, como subir escadas, caminhar ou fazer alongamentos, para ajudar a manter o estado de alerta durante a jornada. A interação social com colegas (respeitando os protocolos de segurança), mastigar pequenos lanches e a prática de exercício físico leve são estratégias que podem contribuir para a manutenção da vigilância ao longo do turno (Almondes et al., 2021). Após o turno noturno, o uso de óculos escuros é importante para reduzir a exposição à luz da manhã, facilitando o processo de sono ao chegar em casa.
3. **Sonecas Estratégicas Durante o Turno:** Se o ambiente de trabalho permitir, curtos períodos de descanso (de 15 a 20 minutos) podem ser muito benéficos para restaurar a atenção e a energia. Essas sonecas são especialmente úteis em momentos de maior sonolência, geralmente na segunda metade do turno. Após uma soneca, é importante dar um intervalo de 10 a 15 minutos antes de retomar as atividades para evitar a inércia do sono (estado de letargia ao acordar). Isso pode ser feito caminhando ou realizando atividades leves antes de retornar à função ativa.
4. **Uso de Cafeína de Forma Controlada:** Beber café ou chá com cafeína no começo e no meio do turno pode ajudar a manter o estado de alerta. Evitar cafeína nas últimas horas do turno é essencial para não comprometer o sono ao voltar para casa. Pequenas doses ao longo do turno, em vez de uma dose alta de uma só vez, são mais eficazes para manter o estado de alerta sem causar ansiedade ou agitação excessiva.
5. **Alimentação Adequada e Hidratação:** Comer alimentos leves e ricos em proteínas e fibras durante o turno noturno ajuda a manter a energia sem causar desconforto gastrointestinal. Evitar refeições pesadas e ricas em carboidratos simples é importante para evitar

picos e quedas de energia. Manter-se bem hidratado é essencial para evitar fadiga. A desidratação pode aumentar a sonolência e reduzir a atenção, o que é crítico em ambientes de trabalho de alta responsabilidade como o sistema prisional.

6. **Gerenciamento de Estresse e Preparação Mental:** Técnicas rápidas de relaxamento, como respiração profunda, alongamentos ou breves exercícios de mindfulness, podem ajudar a reduzir o estresse acumulado e melhorar o foco e a calma, o que é essencial em um ambiente de trabalho tenso. É importante que o profissional aprenda a reconhecer sinais e sintomas de privação de sono, como fadiga, erros em tarefas, dificuldade de concentração, irritabilidade extrema ou reações emocionais intensas; ao identificá-los, recomenda-se comunicar colegas e superiores e, se possível, tirar um breve cochilo, que pode ajudar a reduzir parcialmente esses sintomas. Deve-se também limitar a exposição a notícias estressantes e evitar o consumo excessivo de bebidas energéticas e cafeína, lembrando que essas substâncias não restauram as funções executivas prejudicadas pela privação de sono. Ao final do turno, uma breve rotina de descompressão pode ajudar na transição para o momento de descanso — isso pode incluir alongamentos, ouvir música, conversar com familiares (mesmo que virtualmente) ou praticar uma rotina de higiene do sono, como tomar um banho relaxante antes de dormir. Criar um repertório de atividades de autocuidado prazerosas para os momentos fora do trabalho, como exercitar-se, ler ou passar tempo com pessoas queridas, também contribui para a recuperação emocional e física. Almondes, Marín Agudelo e Jiménez-Correa (2021) recomendam um conjunto de medidas comportamentais e cognitivas para profissionais que lidam com problemas de sono no contexto do trabalho em turnos, conforme apresentado na Tabela 10.

Tabela 10.
Medidas comportamentais e cognitivas para profissionais que lidam com problemas de sono no contexto do trabalho em turnos.

Antes do trabalho	Durante o trabalho (Operacional)
• Evitar iniciar o trabalho com um déficit de sono muito alto.	• Procurar obter luz natural durante o dia. Se não for possível, utilizar luzes brilhantes no trabalho, mas não no local onde se dorme. A ideia é obter pouca luz no local de sono para auxiliar na pressão para dormir. Sugerir o uso de máscaras de dormir que ajudem a escurecer o ambiente para favorecer o sono é uma boa estratégia.
• Monitorar o tempo total de sono em comparação com as horas de sono com maior sonolência.	• A interação social com isolamento preventivo (trabalho em equipe), mastigar lanches, cantar e o exercício físico podem ajudar a manter o estado de alerta.
• Programar cochilos curtos de no máximo 30 minutos com base nisso.	• Recomenda-se realizar pausas curtas para exercício (por exemplo, subir escadas) de pelo menos 6 minutos e trabalhar em espaços bem iluminados.
• Manter, na medida do possível, a mesma quantidade de sono em um dia de trabalho e em um dia de folga. Este padrão é o que mais favorece a resposta imunológica.	• Por fim, evitar o consumo excessivo de bebidas energéticas, como cafeína, e a automedicação com estimulantes também deve ser considerado. Os profissionais devem lembrar que não está claro se essas substâncias restauram as funções executivas após a privação de sono, e permanece incerto por quanto tempo é possível manter-se alerta para compensar a falta de sono.

Antes do trabalho	Durante o trabalho (Operacional)
• Avaliar o uso de mais de um período de sono, quando possível, reduz as consequências potencialmente graves das horas extenuantes.	• Infelizmente, alguns profissionais de saúde podem ser mantidos afastados de suas famílias ou comunidades devido a estigma ou medo. Isso pode tornar a situação muito mais difícil. Se possível, sugerir que o profissional permaneça conectado com seus entes queridos, mesmo por meios digitais, que é uma forma de manter contato. Conversar com colegas ou outras pessoas de confiança para obter apoio social e expressar estresse e outras emoções e preocupações sobre a situação de trabalho durante o dia — os colegas podem estar tendo experiências semelhantes.
• Tirar um cochilo quando estiver com sono, se possível, é o método mais eficiente de combater erros cognitivos.	• Limitar o tempo de exposição a notícias estressantes o máximo possível para não exacerbar a ansiedade.
• A exposição à luz brilhante antes do trabalho, particularmente luz de espectro azul, é alertante.	• Criar um esboço de atividades de autocuidado que o profissional goste de fazer quando não estiver cuidando de pacientes, como passar tempo com amigos (virtualmente) e com a família, exercitar-se ou ler um livro.
• Limitar cochilos imediatamente antes do trabalho a 30 minutos para reduzir problemas de inércia do sono.	• Aprender a partir de sinais e sintomas — prestar atenção e diferenciar sonolência, fadiga, medo, sentimentos de tristeza, retraimento, culpa, ansiedade, encorajando-os a buscar pausas e pedir ajuda profissional. Isso inclui ajuda psicológica.

Antes do trabalho	Durante o trabalho (Operacional)
• No tempo livre, tentar exercitar-se regularmente, mas não antes de dormir ou antes de cochilos nas pausas do trabalho.	• Se os profissionais identificarem sintomas relacionados à privação de sono, fadiga, erros na execução de tarefas relacionadas ao trabalho, incapacidade de concentrar-se ou tomar decisões, irritabilidade extrema ou reações emocionais intensas, devem informar colegas e superiores e tirar um cochilo. Mesmo um cochilo curto pode ajudar a reduzir parcialmente esses sintomas.
• Encorajar a escolha de atividades relaxantes, incluindo socializar com a família, antes de ir dormir ou cochilar — ler um livro usando uma técnica de relaxamento.	
• Quando dormir em casa durante o dia, educar familiares ou colegas de quarto sobre o sono e a importância do sono reparador. A família deve ajudar a proteger o sono do profissional de fatores como vizinhos, animais de estimação e entregadores.	
• Técnicas auxiliares também incluem desligar o telefone, desligar a TV ou colocá-la em um canal de ruído branco, usar tampões de ouvido, escurecer o quarto, usar máscaras de dormir e dormir em um ambiente fresco.	
· O gerenciamento da luminosidade antes e depois do trabalho com óculos escuros é necessário para colaborar com a regulação do ciclo circadiano.	

Antes do trabalho	Durante o trabalho (Operacional)
• A ingestão de alimentos envolve refeições leves, em horários específicos, se possível, e não imediatamente antes do início do sono, para evitar distúrbios do sono devido à digestão.	

Nota: Estas recomendações foram originalmente elaboradas para profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19, mas aplicam-se igualmente a profissionais de segurança pública e outros trabalhadores em regime de turnos que enfrentam desafios semelhantes de privação de sono, estresse ocupacional e desregulação do ritmo circadiano.
Fonte: Almondes, Marín Agudelo e Jiménez-Correa (2021), com permissão dos autores.

Passo 5: Quando mudar o esquema do trabalho é uma necessidade terapêutica

Ao trabalhar com profissionais de Segurança Pública em turnos, especialmente diante de transtornos mentais graves, é essencial que o terapeuta discuta a necessidade e viabilidade desse formato de trabalho com cuidado. Muitos profissionais veem o trabalho noturno como inevitável devido a demandas institucionais e ao adicional noturno, mas a exposição prolongada a esses horários pode piorar a saúde mental e dificultar a recuperação.

O terapeuta deve adotar uma postura exploratória, permitindo que o paciente reflita sobre as motivações e os impactos do trabalho noturno sem pressão para decisões imediatas. É importante ajudar o paciente a considerar os efeitos de longo prazo, abordando o impacto financeiro e explorando alternativas de turnos como parte de um plano terapêutico abrangente.

Caso a mudança de turno seja essencial para a saúde do paciente, o terapeuta pode orientar na busca por respaldo médico, documentando os efeitos do trabalho em turnos sobre sua saúde mental. Esse laudo, a ser elaborado pelo médico, com justificativas baseadas em evidências clínicas, fortalece o pedido de alteração de escala junto aos gestores e integra o tratamento, promovendo maior alinhamento com o ciclo circadiano natural.

Passo 6: Quando é necessário encaminhar para um especialista em sono

Harvey & Buysse (2017) destacam que é essencial reconhecer quando alguns sintomas trazidos pelos pacientes podem indicar transtornos específicos que requerem encaminhamento a um especialista em sono. A seguir apresentamos alguns deles, a partir de suas descrições na International classification of sleep disorders – Third edition, text revision (ICSD-3-TR) da American Academy of Sleep Medicine (2023):

- Apneia do Sono: caracterizada por pausas repetidas na respiração durante o sono, a apneia pode levar à redução da oxigenação do sangue e despertares frequentes, prejudicando a qualidade do sono. Existem dois tipos principais: a apneia obstrutiva, causada pelo colapso das vias aéreas, e a apneia central, onde há uma interrupção temporária nos sinais cerebrais que controlam a respiração. Pacientes podem relatar ronco, despertares com falta de ar e cansaço e dores de cabeça diurnos. O tratamento padrão é o CPAP, mas outros métodos, como fonoterapia, dispositivos orais e cirurgias, também são opções.
- Síndrome das Pernas Inquietas (SPI): se manifesta como uma sensação incômoda de necessidade de mover os membros, geralmente as pernas, especialmente à noite. Esses sintomas tendem a piorar ao descansar e são aliviados pelo movimento, prejudicando o início do sono. SPI pode ser confundida com efeitos de medicações psiquiátricas, como a acatisia induzida por antipsicóticos. O tratamento inclui dopaminérgicos, suplementação de ferro e, em casos específicos, benzodiazepínicos. Para pacientes com esses sintomas, o terapeuta deve considerar o encaminhamento para avaliação médica para garantir que a condição seja corretamente diagnosticada e tratada.
- Narcolepsia e Transtorno de Hipersonolência: a narcolepsia se caracteriza por sonolência extrema e episódios de sono involuntário durante o dia, podendo incluir cataplexia (perda súbita de tônus muscular), paralisia do sono e alucinações. Já o transtorno de hipersonolência envolve dificuldade em manter-se alerta, mesmo após uma noite de sono adequada, com longas sonecas que não aliviam a sonolência. Ambos os transtornos podem ser confundidos

com sintomas psiquiátricos devido a alucinações e dificuldades de funcionamento diurno. A avaliação por um especialista em sono, incluindo testes específicos como a polissonografia e o teste de latência múltipla do sono, é recomendada para diagnóstico e manejo eficaz.

Na Prática:

Terapeuta:	*Olá, Carlos, bem-vindo. Como você tem se sentido desde a nossa última sessão?*
Paciente:	*Para ser honesto, tenho me sentido exausto. Meu sono está todo desregulado por causa dos meus turnos noturnos, e isso está me afetando durante o dia.*
Terapeuta:	*Entendo. Você poderia me contar um pouco mais sobre como está sendo o seu padrão de sono atualmente?*
Paciente:	*Claro. Quando trabalho à noite, chego em casa por volta das 7 da manhã. Mas, mesmo estando cansado, demoro para pegar no sono. Acabo dormindo só umas 3 ou 4 horas e acordo me sentindo ainda mais cansado.*
Terapeuta:	*Isso deve ser bastante desafiador. O que você costuma fazer ao chegar em casa depois do turno?*
Paciente:	*Normalmente, como alguma coisa e fico assistindo TV ou mexendo no celular para relaxar.*
Terapeuta:	*Entendo. Você já notou se a exposição à luz das telas pode estar influenciando na dificuldade para adormecer?*
Paciente:	*Nunca pensei nisso, mas faz sentido. Fico no celular com a tela bem próxima do rosto.*
Terapeuta:	*A luz azul emitida por dispositivos eletrônicos pode interferir na produção de melatonina, o hormônio que induz o sono. O que acha de, nas próximas noites, tentar evitar o uso de telas pelo menos uma hora antes de dormir?*
Paciente:	*Posso tentar, sim. Talvez eu possa ler um livro ou ouvir música em vez disso.*
Terapeuta:	*Excelente ideia. Além disso, como está o ambiente do seu quarto durante o dia? Está adequado para dormir?*

Paciente:	Na verdade, entra muita luz pelas janelas, e tem bastante barulho da rua.
Terapeuta:	Compreendo. Criar um ambiente mais escuro e silencioso pode ajudar bastante. Você consideraria usar cortinas *blackout ou uma máscara de dormir e talvez tampões de ouvido?*
Paciente:	Nunca usei tampões de ouvido, mas posso experimentar. As cortinas seriam uma boa também.
Terapeuta:	Ótimo. Vamos elaborar um plano juntos. Além dessas mudanças, você já pensou em estabelecer uma rotina relaxante antes de dormir, como tomar um banho morno ou praticar exercícios de respiração?
Paciente:	Acho que seria bom. Talvez isso me ajude a desacelerar depois do trabalho.
Terapeuta:	Com certeza pode ajudar. Que tal também começarmos a registrar seus hábitos de sono em um diário? Assim, poderemos identificar padrões e ver o que funciona melhor para você.
Paciente:	Parece uma boa ideia. Vou anotar os horários e como me sinto ao acordar.
Terapeuta:	Excelente. Na próxima sessão, podemos revisar esse diário juntos e ajustar as estratégias conforme necessário. Lembre-se de que ajustar o sono pode levar tempo, mas cada passo é importante.
Paciente:	Obrigado Já me sinto mais esperançoso sabendo que há coisas que posso fazer para melhorar.
Terapeuta:	Fico feliz em ouvir isso. Estou aqui para apoiá-lo nesse processo. Nos vemos na próxima semana?
Paciente:	Combinado. Até lá.

Para aprofundamento:

Almondes, K. M. (2020). *Manejo das alterações de sono no contexto de enfrentamento da COVID-19 (Tópico 8).* Sociedade Brasileira de Psicologia. https://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19

Almondes, K. M. de, & Pinto Junior, L. R. (Eds.). (2016). *Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de sono.* CRV.

Kaplan, K. A., & Harvey, A. G. (2023). Tratamento de transtornos do sono. In D. H. Barlow (Ed.), *Manual clínico de transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo* (pp. xxx–xxx). Artmed.

Referências

Almondes, K. M. (2022). Terapia cognitivo-comportamental para insônia. In L. R. Pinto Junior (Ed.), *Atualização terapêutica da Série Sono* (1ª ed., Seção 10.2). Atheneu.

Almondes, K. M. de, & Pinto Junior, L. R. (Eds.). (2016). *Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de sono.* CRV.

Almondes, K. M., Marín Agudelo, H. A., & Jiménez-Correa, U. (2021). Impact of sleep deprivation on emotional regulation and the immune system of healthcare workers as a risk factor for COVID-19: Practical recommendations from a task force of the Latin American Association of Sleep Psychology. *Frontiers in Psychology, 12*, 564227. https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.564227/full

American Academy of Sleep Medicine. (2023). *International classification of sleep disorders* (3rd ed., text rev.).

Bertolazi, A. N., Fagondes, S. C., Hoff, L. S., Dartora, E. G., Miozzo, I. C., de Barba, M. E., & Barreto, S. S. M. (2011). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Medicine, 12*(1), 70–75. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945710003801

Bertolazi, A. N., Fagondes, S. C., Hoff, L. S., Pedro, V. D., Menna Barreto, S. S., & Johns, M. W. (2009). Portuguese-language version of the Epworth Sleepiness Scale: Validation for use in Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia, 35*(9), 877–883. https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000900009

Boivin, D. B., & Boudreau, P. (2014). Impacts of shift work on sleep and circadian rhythms. *Pathologie Biologie, 62*(5), 292–301. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0369811414001230?via%3Dihub

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research, 28*(2), 193–213. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0165178189900474?via%3Dihub

Carney, C. E., Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Krystal, A. D., Lichstein, K. L., & Morin, C. M. (2012). The consensus sleep diary: Standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep, 35*(2), 287–302. https://doi.org/10.5665/sleep.1642

Drager, L. F., Assis, M., Bacelar, A. F. R., Poyares, D. L. R., Conway, S. G., Pires, G. N., Azevedo, A. P., Carissimi, A., Eckeli, A. L., Pentagna, A., Almeida, C. M. O., Franco, C. M. R., Sobreira, E. S. T., Stelzer, F. G.,

Mendes, G. M., Minhoto, G. R., Linares, I. M. P., Sousa, K. M. M., Gitaí, L. L. G., ... Martinez, S. C. G. (2023). 2023 guidelines on the diagnosis and treatment of insomnia in adults – Brazilian Sleep Association. *Sleep Science, 16*(Suppl. 2), 507–549. https://doi.org/10.1055/s-0043-1776281

Espie, C. A., Kyle, S. D., Hames, P., Gardani, M., Fleming, L., & Cape, J. (2014). The Sleep Condition Indicator: A clinical screening tool to evaluate insomnia disorder. *BMJ Open, 4*(3), e004183. https://europepmc.org/article/PMC/3964344

Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy, 40*(8), 869–893. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796701000614?via%3Dihub

Harvey, A. G., & Buysse, D. J. (2017). *Treating sleep problems: A transdiagnostic approach.* Guilford Publications.

Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., Buysse, D. J., & Hall, M. H. (2015). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep Medicine Reviews, 22*, 23–36. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1087079214001002?via%3Dihub

Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep, 14*(6), 540–545. https://academic.oup.com/sleep/article-abstract/14/6/540/2742871?redirectedFrom=fulltext

Kecklund, G., & Axelsson, J. (2016). Health consequences of shift work and insufficient sleep. *BMJ, 355*, i5210. https://doi.org/10.1136/bmj.i5210

Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. Guilford Press.

Morin, C. M., & Espie, C. A. (2007). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. Springer. https://doi.org/10.1007/b105845

Smith, M. R., & Eastman, C. I. (2012). Shift work: Health, performance and safety problems, traditional countermeasures, and innovative management strategies to reduce circadian misalignment. *Nature and Science of Sleep, 4*, 111–132. https://doi.org/10.2147/NSS.S10372

Wright, K. P., McHill, A. W., Birks, B. R., Griffin, B. R., Rusterholz, T., & Chinoy, E. D. (2013). Entrainment of the human circadian clock to the natural light-dark cycle. *Current Biology, 23*(16), 1554–1558. https://www.cell.com/current-biology/fulltext/S0960-9822(13)00764-1?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0960982213007641%3Fshowall%3Dtrue

Anexo A: Proposta de avaliação clínica para transtornos de sono de Almondes (2022, p. 108), com permissão da autora.

1. História clínica e desenvolvimento da queixa de sono

- **História clínica e desenvolvimento da queixa de sono:** como se deu o início da queixa de sono? Houve algum evento estressante e/ou traumático associado? Como era o sono antes do início da queixa? Como era o sono ao longo do desenvolvimento?
- **Insônia:** apresenta dificuldades em iniciar o sono, dificuldade em mantê-lo e/ou despertar precoce? A frequência das queixas é de mais de 3 vezes na semana e dura mais de 3 meses? A queixa acontece apesar de adequada oportunidade para iniciar o sono e ambiente adequado? Em quais atividades está envolvido estando na cama? Apresenta atividade mental intensa durante a noite? Sente tensão no corpo, sendo difícil relaxar? Quais comportamentos adota para tentar diminuir a insônia?
- **Alterações no estado de humor e nas funções cognitivas e sintomas físicos:** houve alteração no estado de humor, nas funções cognitivas e/ou presença de sintomas físicos decorrentes da queixa de sono? Há prejuízo na funcionalidade diária e perdas importantes em nível psicossocial? Há impactos na qualidade de vida?
- **Breve avaliação psiquiátrica:** percebe-se frequentemente ansioso, nervoso, tenso, preocupado com diversas coisas ou com medo de que algo terrível possa acontecer? Fica facilmente aborrecido ou irritado? Apresenta frequentes sentimentos de desvalor, desamparo e pouca esperança sobre o futuro? Já apresentou períodos de euforia exagerada, sentindo que poderia realizar mais coisas que as habituais e com menos necessidade de sono? Apresenta ou já apresentou pensamento desorganizado, retraimento afetivo, desconfiança, desorientação, hostilidade e/ou comportamento alucinatório? Tem pensamentos de morte e/ou plano de suicídio?

2. Diagnósticos prévios, queixas associadas ao problema de sono e tratamentos em curso

- História médica, psiquiátrica e familiar: apresenta ou já foi diagnosticado em algum momento da vida com comorbidades psiquiátricas e/ou médicas? Há algum caso familiar de transtorno de sono ou de transtornos psiquiátricos?

- Tratamentos em curso: faz uso de medicamentos para o transtorno de sono e/ou para outras condições médicas e/ou psiquiátricas? Realiza acompanhamento psicoterápico e/ou psiquiátrico?
- Outros transtornos do sono: há outras queixas relacionadas ao sono? Há outros diagnósticos?

3. Caracterização do padrão de sono

- Horário em que vai para a cama
- Horário em que adormece
- Horário em que desperta
- Horário em que se levanta da cama
- Percepção de despertares noturnos
- Percepção de duração média de sono na semana
- Percepção de duração média do sono nos finais de semana
- Percepção da qualidade do sono
- Sonolência
- Padrão de cochilos
- Cronotipo
- Hábitos de sono
- Caracterização do estilo de vida
- Caracterização do ambiente de casa e do quarto
- Consumo de substâncias

Anexo B: Diário do Sono para 7 dias (Adaptado de Carney, 2012)

Data	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7
1. A que horas foi para a cama?							
2. A que horas tentou dormir?							
3. Quanto tempo demorou para adormecer?							
4. Quantas vezes acordou durante a noite?							
5. Tempo total de despertares							
6a. A que horas foi o último despertar?							
6b. Tempo na cama após último despertar							
6c. Acordou antes do horário planejado?	Sim/ Não	Sim/ Não	Sim/ Não	Sim/ Não	Sim/ Não	Sim/ Não	Sim/ Não
6d. Se sim, quanto tempo antes?							
7. A que horas saiu da cama para o dia?							
8. Total de tempo dormido							
9. Qualidade do sono (a) Muito ruim a e) Muito bom							
10. Quão descansado ao acordar? (a) Nada a e) Muito bem							
11a. Quantas vezes cochilou sem querer?							
11b. Tempo total de cochilos indesejados							

12a. Quantas bebidas alcoólicas tomou?							
12b. A que horas foi a última bebida alcoólica?							
13a. Quantas bebidas com cafeína tomou?							
13b. A que horas foi a última bebida com cafeína?							
14. Tomou alguma medicação para dormir?	Sim/ Não	Sim/ Não	Sim/ Não	Sim/ Não	Sim/ Não	Sim/ Não	Sim/ Não
14a. Medicamentos, dose e horário							
15. Atividades uma hora antes de dormir							
16. Comentários							

Anexo C: Índice de Gravidade da Insônia (IGI) - Morin (1993)

Por favor, avalie a GRAVIDADE atual (duas últimas semanas) do seu problema de insônia respondendo às questões abaixo:

1. Gravidade do problema de insônia

	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
a) Dificuldade de iniciar o sono	0	1	2	3	4
b) Dificuldade de manter o sono	0	1	2	3	4
c) Acordar cedo demais	0	1	2	3	4

2. Quão SATISFEITO/insatisfeito você está com seu padrão de sono atual?

Muito satisfeito				Muito insatisfeito
0	1	2	3	4

3. Quanto você considera que seu problema de sono INTERFERE na sua atividade diária (cansaço, capacidade de trabalho, concentração, memória, humor, etc.)?

Não interfere	Um pouco	Moderadamente	Muito	Interfere muitíssimo
0	1	2	3	4

4. Quanto os outros NOTAM o seu problema de sono em termos de prejuízo à sua qualidade de vida?

Não se nota	Um pouco	Moderadamente	Muito	Notam muitíssimo
0	1	2	3	4

5. Quanta PREOCUPAÇÃO/sofrimento seu problema de sono atual causa?

Nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssima
0	1	2	3	4

Pontuação Total	28

Interpretação:	
0-7 pontos:	Ausência de insônia clínica/
8-14 pontos:	Insônia subclínica/
15-21 pontos:	Insônia clínica moderada/
22-28 pontos:	Insônia clínica grave

Anexo D: Escala de Sonolência de Epworth (ESE) - Johns (1991)

Qual a probabilidade de você cochilar ou adormecer nas situações abaixo? (Não apenas sentir-se cansado)

Refere-se ao seu modo de vida habitual nos últimos tempos. Mesmo que não tenha passado por alguma situação recentemente, imagine como ela o afetaria.

Escala:
0 = Nenhuma probabilidade
1 = Ligeira
2 = Moderada
3 = Forte probabilidade

Situações				
1. Sentado lendo				
2. Vendo TV				
3. Sentado inativo em público (sala de espera, cinema, reunião)				
4. Como passageiro no carro por 1 hora				
5. Deitado à tarde para descansar				
6. Sentado conversando				
7. Após almoço (sem álcool)				
8. No carro parado no				

Interpretação:	
0-5 pontos:	Sonolência diurna dentro dos limites da normalidade/
6-10 pontos:	Sonolência diurna excessiva leve/
11-12 pontos:	Sonolência diurna excessiva moderada/
13-15 pontos:	Sonolência diurna excessiva grave/
16-24 pontos:	Sonolência diurna excessiva muito grave.
Observação: Pontuações acima de 10 podem indicar necessidade de investigação mais aprofundada para distúrbios do sono.	

Anexo E: Questionário de Avaliação de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) - Buysse et al. (1989)

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o último mês somente. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama a noite?

Hora usual de deitar:	_____/_____

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir a noite?

Número de minutos:	_____

3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?

Hora usual de levantar:	_____/_____

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Esta pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

Horas de sono por noite:	_____

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade para dormir porque você:

Situação	(1) Nenhuma no último mês	(2) Menos de uma vez/ semana	(3) Uma ou duas vezes/ semana	(4) Três ou mais vezes/ semana
A) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos	☐	☐	☐	☐
B) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo	☐	☐	☐	☐
C) Precisou levantar para ir ao banheiro	☐	☐	☐	☐
D) Não conseguiu respirar confortavelmente	☐	☐	☐	☐
E) Tossiu ou roncou forte	☐	☐	☐	☐
F) Sentiu muito frio	☐	☐	☐	☐
G) Sentiu muito calor	☐	☐	☐	☐
H) Teve sonhos ruins	☐	☐	☐	☐
I) Teve dor	☐	☐	☐	☐
J) Outras razões, por favor descreva:	☐	☐	☐	☐

6. Durante o último mês como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral:
   - ☐ Muito boa
   - ☐ Boa
   - ☐ Ruim
   - ☐ Muito ruim

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar
   - ☐ 1 = Nenhuma no último mês
   - ☐ 2 = Menos de uma vez por semana
   - ☐ 3 = Uma ou duas vezes por semana
   - ☐ 4 = Três ou mais vezes na semana

8. No último mês, que frequência você teve dificuldade para ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos)
   - ☐ 1 = Nenhuma no último mês
   - ☐ 2 = Menos de uma vez por semana
   - ☐ 3 = Uma ou duas vezes por semana
   - ☐ 4 = Três ou mais vezes na semana

9. Durante o último mês, quão problemático foi pra você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?
   - ☐ Nenhuma dificuldade
   - ☐ Um problema leve
   - ☐ Um problema razoável
   - ☐ Um grande problema

10. Você tem um parceiro (a), esposo (a) ou colega de quarto?
    - ☐ A) Não
    - ☐ B) Parceiro ou colega, mas em outro quarto
    - ☐ C) Parceiro no mesmo quarto, mas em outra cama
    - ☐ D) Parceiro na mesma cama

Se você tem um parceiro ou colega de quarto pergunte a ele com que frequência, no último mês você apresentou:

Situação	(1) Nenhuma no último mês	(2) Menos de uma vez/ semana	(3) Uma ou duas vezes/ semana	(4) Três ou mais vezes/ semana
Episódios de desorientação ou confusão durante o sono	☐	☐	☐	☐
Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme, por favor descreva:	☐	☐	☐	☐
Ronco forte	☐	☐	☐	☐
Longas paradas de respiração enquanto dormia	☐	☐	☐	☐
Contrações ou puxões de pernas enquanto dormia	☐	☐	☐	☐

6. MÓDULO 4: MANEJO DE SINTOMAS PSICÓTICOS

Este módulo aborda o manejo de sintomas psicóticos em profissionais de Segurança Pública, considerando tanto psicoses primárias quanto secundárias. Em um contexto de alta pressão e exposição constante ao estresse, esses profissionais podem apresentar vulnerabilidades específicas que intensificam ou desencadeiam sintomas psicóticos, demandando uma abordagem sensível e adaptada às suas realidades. Os sintomas psicóticos, como alucinações e delírios, podem surgir tanto de transtornos psicóticos em si quanto como resposta a outras condições médicas ou uso de substâncias, sendo fundamental que o terapeuta diferencie entre psicose primária e secundária para direcionar o tratamento de maneira precisa.

Cada profissional poderá apresentar características e necessidades distintas no manejo dos sintomas psicóticos, e o terapeuta deverá adaptar as intervenções conforme o quadro clínico de cada paciente. Alguns temas podem exigir atenção e aprofundamento específicos, enquanto outros podem ser brevemente abordados ou omitidos, dependendo das prioridades e respostas do paciente ao longo do processo terapêutico. A intervenção deve ser flexível, com foco na resposta individual ao tratamento, podendo ser ajustada ou estendida para garantir uma abordagem eficaz e personalizada.

Este módulo sugere que o terapeuta trabalhe com o paciente sobre sintomas psicóticos ao longo de quatro sessões, embora a estrutura e a duração possam ser ajustadas conforme a evolução e as demandas individuais de cada paciente.

Objetivos

- Auxiliar o paciente a compreender a natureza dos sintomas psicóticos e reduzir o estigma associado, promovendo uma percepção realista e desestigmatizada dos sintomas.
- Realizar um diagnóstico diferencial entre psicose primária e secundária, adaptando a intervenção conforme a origem dos sintomas.

- Aplicar intervenções baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental para Psicoses (TCCp) em casos de psicose primária, focando na normalização, reestruturação cognitiva e manejo de alucinações.
- Promover a adesão ao tratamento farmacológico e ao acompanhamento psiquiátrico, utilizando estratégias motivacionais e de psicoeducação.
- Identificar e abordar as causas subjacentes em casos de psicose secundária, encaminhando para avaliação e tratamento médico especializado quando necessário.
- Incentivar uma abordagem multidisciplinar e o uso de recursos de apoio institucional para fornecer um suporte abrangente e integrado, com foco no bem-estar e segurança do paciente.

Passo 1: Avaliação e Diagnóstico Diferencial sobre a etiologia da Psicose:

Para realizar o diagnóstico diferencial de psicoses, o terapeuta deve começar com uma avaliação detalhada que inclua anamnese, exame do estado mental e investigação dos sintomas. Esse processo inicial visa identificar os sintomas e entender sua origem, diferenciando entre psicose primária (ligada a transtornos psicóticos, como esquizofrenia) e psicose secundária (relacionada a condições médicas ou uso de substâncias). Revisar as informações coletadas, incluindo histórico psiquiátrico, uso de substâncias e contexto social, é essencial para adaptar as intervenções conforme a origem dos sintomas. A Tabela 1 traz uma comparação simplificada entre psicose primária e secundária para fins didáticos; recomenda-se a consulta aprofundada a manuais diagnósticos como o DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023) e a CID-11.

Tabela 1:
Comparação entre psicose primária e secundária

Psicose Primária	Psicose Secundária
Refere-se a transtornos onde os sintomas psicóticos são a característica principal, como esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme e transtorno esquizoafetivo.	Resulta de condições médicas gerais, uso ou abstinência de substâncias psicoativas, ou outras condições psiquiátricas como transtorno bipolar ou depressão com características psicóticas.
• Início geralmente na adolescência ou início da vida adulta. • Presença de sintomas positivos (delírios, alucinações) e negativos (embotamento afetivo, avolição). • Curso crônico ou episódico com remissões parciais.	• Início súbito, frequentemente associado a um evento desencadeante. • Sintomas podem ser temporários e resolvem-se com o tratamento da causa subjacente. • História prévia de uso de substâncias ou condição médica conhecida.

Revisitar a avaliação diagnóstica ao longo do tratamento é fundamental, especialmente quando surgem novas informações ou alterações nos sintomas. Nas sessões iniciais, o paciente pode omitir detalhes cruciais, tornando essa revisão uma oportunidade de refinar a compreensão clínica e ajustar as intervenções. Mudanças na intensidade ou frequência dos sintomas, por exemplo, podem indicar influências externas como uso de substâncias ou estressores específicos.

Quando necessário, o terapeuta deve questionar o paciente sobre diagnósticos psiquiátricos prévios e, se possível, solicitar informações de tratamentos anteriores, sempre respeitando o conforto e a disposição do paciente para compartilhar essas informações. Essa abordagem oferece insights importantes e evita redundâncias no tratamento.

A colaboração ativa com o psiquiatra do paciente é também essencial, especialmente em casos de psicose primária, onde o tratamento farmacológico é frequentemente necessário. Em psicose secundária, a comunicação é ainda mais crítica, pois pode envolver coordenação com outras especialidades.

Para explorar sintomas psicóticos de forma estruturada e abrangente, é possível utilizar perguntas específicas durante a anamnese e aplicar escalas

padronizadas que auxiliem na avaliação da gravidade e dos tipos de sintomas. Na tabela 2, temos algumas sugestões de perguntas para a anamnese, bem como escalas validadas que podem ser úteis na avaliação da psicose.

Tabela 2:

Perguntas para explorar sintomas psicóticos:

Exploração de Alucinações e Percepções
• *"Você já ouviu vozes que outras pessoas ao seu redor não conseguem ouvir?"* • *"Essas vozes dizem algo específico para você? Qual é o conteúdo ou tom das mensagens?"* • *"Já viu coisas ou teve visões que outras pessoas ao redor não viram?"* • *"Essas experiências ocorrem em algum momento específico do dia ou após situações de estresse?"*
Exploração de Delírios e Ideias Persecutórias
• *"Alguma vez sentiu que alguém está te observando ou te perseguindo?"* • *"Você acredita que há uma conspiração contra você ou que as pessoas querem lhe prejudicar?"* • *"Já teve a sensação de que seus pensamentos não são privados, que alguém pode ouvir ou controlar o que você pensa?"* • *"Você sente que mensagens em TV, rádio ou internet são direcionadas especificamente para você?"*
Sintomas Negativos (afetivos e motivacionais)
• "Você sente que perdeu a motivação para realizar atividades que antes lhe traziam prazer?" • "Alguma vez teve a sensação de estar emocionalmente 'distante' ou de não sentir as emoções de forma intensa como antes?" • "Como está seu nível de energia e disposição para realizar atividades diárias?" • "Tem sentido dificuldade em se relacionar com as pessoas, como se estivesse isolado ou desconectado delas?"
Fatores Desencadeantes e Contexto do Início dos Sintomas
• "Esses sintomas começaram após algum evento específico, como uma perda, um período de estresse intenso ou o uso de substâncias?" • "Houve alguma mudança em seu padrão de sono, apetite ou nível de energia antes do surgimento desses sintomas?" • "Alguém em sua família já teve experiências parecidas ou foi diagnosticado com transtorno psicótico?"

Impacto Funcional e Interferência no Cotidiano

- "Esses sintomas estão dificultando sua rotina diária, como o trabalho, os estudos ou seus relacionamentos pessoais?"
- "Você evita fazer atividades ou frequentar lugares por medo do que possa acontecer?"
- "Essas experiências atrapalham o seu sono ou afetam sua concentração e desempenho em tarefas cotidianas?"

Passo 2: Intervenções para Psicose Primária:

A Terapia Cognitivo Comportamental para Psicoses (TCCp) p é uma abordagem eficaz para reduzir a gravidade dos sintomas psicóticos e melhorar o funcionamento social e ocupacional (Morrison et al., 2014; Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2011). As intervenções incluem:

1. Normalização dos Sintomas Psicóticos: Durante as sessões iniciais, é comum que o paciente apresente uma visão distorcida sobre o significado de seus sintomas, associando-os ao estigma da "loucura". O terapeuta pode iniciar uma conversa esclarecedora, explicando que sintomas como alucinações e delírios são experiências comuns em diversas condições de saúde mental. Por exemplo, ao explicar que os sintomas podem ser influenciados pelo estresse e não indicam perda total de controle, o terapeuta reduz a carga emocional dos sintomas, promovendo uma visão mais realista e menos estigmatizante.

Terapeuta:	*Gostaria de conversar um pouco mais sobre o que você sente quando percebe que alguém está te observando. Antes de mais nada, é importante entender que, para muitas pessoas, esses pensamentos e percepções podem surgir em momentos de grande estresse e cansaço. Isso não significa que algo está "errado" com você.*
Paciente:	*Eu sei... mas parece real. Sinto que eles estão em todo lugar, e é difícil ignorar.*
Terapeuta:	*Isso é compreensível, especialmente considerando o estresse constante que você enfrenta no seu trabalho. Muitas pessoas que passam por situações intensas ou com*

	alta responsabilidade podem sentir algo parecido. Esses sintomas são uma resposta do cérebro ao estresse, como se ele estivesse hiperalerta. Vamos tentar entender juntos de onde vêm esses pensamentos e encontrar formas de lidar com eles, sem que se tornem tão perturbadores.

2. Reestruturação Cognitiva: A reestruturação cognitiva envolve ajudar o paciente a identificar e desafiar pensamentos e crenças disfuncionais, incluindo delírios. Em uma aplicação prática, o terapeuta pode utilizar o método do "questionamento socrático" para explorar a evidência por trás das crenças do paciente, encorajando-o a questionar se as percepções são realmente precisas. Por exemplo, se o paciente acredita estar sendo perseguido, o terapeuta pode incentivá-lo a buscar evidências alternativas e examinar se essa percepção se mantém em diferentes contextos, como em casa ou em locais seguros.

Terapeuta:	*Você mencionou que sente que as pessoas estão te observando. Vamos explorar isso um pouco. O que te leva a pensar que elas têm algo contra você?*
Paciente:	*Parece que toda vez que entro em um lugar, há alguém olhando estranho para mim, como se soubesse algo sobre mim.*
Terapeuta:	*Entendo. Vamos pensar em algumas situações onde você sentiu isso e tentar ver se havia outra explicação possível. Por exemplo, quando alguém te olha, existe alguma outra razão que poderia justificar o olhar? Pode ser que estejam apenas notando sua presença ou sua postura?*
Paciente:	*Nunca pensei nisso. Talvez eu esteja tão atento ao que está acontecendo ao meu redor que vejo mais coisas do que as pessoas realmente querem mostrar.*
Terapeuta:	*Isso faz sentido. Seu trabalho te treina para estar sempre atento, então é natural que perceba olhares e gestos de forma mais intensa.* *Quando esses pensamentos surgirem, vamos tentar se perguntar: "Qual a evidência real de que essa pessoa*

	está me observando por algum motivo específico?" Pode ser um exercício para desafiar essas interpretações automáticas.

3. Treinamento de Habilidades Sociais: Muitos pacientes com psicose primária apresentam dificuldades de interação social, levando ao isolamento. O treinamento de habilidades sociais pode ser integrado ao tratamento por meio de simulações de conversas e atividades práticas, como o treino de respostas assertivas em situações sociais. Em um contexto prático, o terapeuta pode trabalhar com o paciente em cenários comuns, como interações no trabalho ou em ambientes públicos, ajudando-o a desenvolver respostas apropriadas e a construir confiança para se relacionar com outras pessoas.

Terapeuta:	*Você comentou que evita conversar com os colegas por receio de como eles podem te julgar. O que acha de treinarmos algumas maneiras de iniciar uma conversa e lidar com o desconforto?*
Paciente:	*Pode ser... mas fico com receio de não saber o que dizer ou me sentir estranho.*
Terapeuta:	*Vamos praticar algumas situações comuns. Imagine que você vai até um colega para pedir ajuda com uma tarefa. Podemos tentar juntos algumas respostas que você poderia dar, algo como "Ei, você já lidou com essa situação antes?". A ideia é começar aos poucos, mantendo o foco em conversas práticas.*
Paciente:	*Isso parece algo que eu conseguiria fazer.*
Terapeuta:	*Exato. Vamos treinar para que você se sinta mais confortável e, aos poucos, isso pode ajudar a reduzir o isolamento e melhorar sua confiança nas interações.*

4. Gestão de Alucinações Auditivas: Para pacientes que relatam alucinações auditivas, o terapeuta pode empregar técnicas específicas que ajudem a minimizar o impacto das vozes. A técnica de distração, por exemplo, envolve sugerir atividades como ouvir música, ler ou praticar um exercício físico sempre que as vozes se intensificam. Outra abordagem é a análise das

vozes, em que o paciente explora o conteúdo, a frequência e a intensidade das alucinações, aprendendo a questionar a veracidade e a relevância das mensagens, o que reduz o efeito negativo sobre sua rotina.

Terapeuta:	*Sobre as vozes que você ouve, o que elas costumam dizer?*
Paciente:	*Elas ficam criticando tudo o que eu faço. Como se quisessem me desmoralizar, sabe?*
Terapeuta:	*Imagino que isso seja bem difícil.* Às *vezes, ajuda a focar em algo que possa desviar sua atenção dessas vozes. Já tentou fazer alguma atividade nesses momentos? Algo como ouvir música, ler, ou mesmo respirar profundamente?*
Paciente:	*Não, eu geralmente fico parado, tentando fazer com que elas parem.*
Terapeuta:	*Vamos experimentar algo novo. Da próxima vez que ouvir as vozes, que tal tentar uma distração que te mantenha ocupado e, ao mesmo tempo, te dê uma sensação de controle? Se preferir, podemos fazer juntos um plano de atividades para esses momentos.*

5. Promoção da Adesão ao Tratamento Farmacológico: A adesão ao tratamento farmacológico pode ser promovida por meio da psicoeducação sobre os antipsicóticos. O terapeuta deve explicar ao paciente como os medicamentos funcionam e os potenciais benefícios para a redução dos sintomas, ao mesmo tempo abordando os efeitos colaterais e estratégias para manejá-los. Manter uma aliança terapêutica sólida é fundamental, pois permite que o paciente expresse suas preocupações e receios sobre a medicação. O terapeuta pode utilizar estratégias motivacionais, conectando a importância do tratamento com objetivos pessoais do paciente, como o desejo de estabilidade ou a melhora em suas relações.

Terapeuta:	*Você tem tomado os medicamentos conforme o psiquiatra orientou?*
Paciente:	*Sim, mas* às *vezes me preocupo com os efeitos.* Às *vezes me sinto meio "lento", entende?*

Terapeuta:	*Esse é um ponto importante. Os medicamentos têm como objetivo reduzir a intensidade dos sintomas, mas podem, sim, gerar alguns efeitos colaterais. Você já conversou com o psiquiatra sobre essa sensação?*
Paciente:	*Não, acho que é só algo com que tenho que me acostumar.*
Terapeuta:	*Na verdade, é muito útil compartilhar essas experiências com o psiquiatra. Podemos até trabalhar juntos para entender quais momentos esses efeitos aparecem e como eles impactam seu dia a dia. Assim, o médico pode ajustar a medicação para minimizar isso, e você pode ter mais conforto no tratamento.*

6. Coordenação com a Equipe Psiquiátrica: A comunicação regular com o psiquiatra do paciente é essencial para alinhar as intervenções psicológicas com o tratamento farmacológico. Na prática, o terapeuta pode manter o psiquiatra informado sobre o progresso do paciente e qualquer reação adversa à medicação, ajustando as intervenções conforme necessário. Uma abordagem multidisciplinar é altamente recomendada, especialmente em casos onde fatores sociais, como problemas familiares ou de habitação, contribuem para a condição do paciente. Envolver assistentes sociais, enfermeiros e familiares pode ampliar o suporte e melhorar os resultados do tratamento.

Além da coordenação com o psiquiatra e outros profissionais, é fundamental sensibilizar o paciente sobre a importância de uma atenção integral, que aborde não apenas seus sintomas, mas também as condições sociais e emocionais que podem impactar sua recuperação. Essa sensibilização é particularmente relevante em contextos institucionais, como corporações da Segurança Pública, que muitas vezes possuem recursos e dispositivos próprios para apoiar membros em situações de vulnerabilidade. Familiarizar-se com esses dispositivos, como programas de apoio psicológico interno, assistência social e outros serviços, permite que o terapeuta auxilie o paciente a acessar essas redes de suporte quando necessário, fortalecendo a continuidade do cuidado. Além disso, reforçar o compromisso com o sigilo é essencial para garantir que o paciente se sinta seguro ao compartilhar suas preocupações e para construir uma relação de confiança. Esse aspecto é especialmente importante em ambientes onde o estigma sobre questões de saúde mental pode desencorajar o paciente a buscar ajuda integral.

Passo 3: Intervenções para Psicose Secundária

O primeiro passo na intervenção em casos de psicose secundária é identificar a causa subjacente e, em seguida, implementar o tratamento adequado para essa condição (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015). Dentre as principais causas, destacam-se duas:

- Uso de Substâncias: Quando a psicose é identificada como secundária ao uso de substâncias, o terapeuta deve favorecer que o paciente tenha acesso aos serviços especializados em dependência química na modalidade presencial ofertados nos serviços de saúde das corporações. Este encaminhamento deve considerar a oferta de tratamento integrado, onde aspectos de desintoxicação e suporte psicológico sejam tratados em conjunto. Uma abordagem especializada ajuda a tratar tanto os sintomas psicóticos quanto as raízes da dependência, promovendo uma recuperação mais completa.

  Concomitantemente, o terapeuta deve potencializar a aplicação das intervenções descritas no módulo “Uso de álcool e outras drogas” do Guia do Terapeuta.
- Condições Médicas Gerais: Em casos onde a psicose secundária pode estar associada a uma condição médica, como distúrbios neurológicos, endócrinos ou autoimunes, é essencial procurar ajuda médica presencial para investigar e tratar essa condição. Se você já possui um diagnóstico prévio, é importante verificar como está o acompanhamento médico e a adesão ao tratamento. Muitos sintomas psicóticos podem ser controlados ou reduzidos com o tratamento adequado da condição subjacente, e o seguimento médico regular é fundamental para monitorar a eficácia das intervenções.

Uma vez iniciado o tratamento adequado para as condições médicas que causam a psicose secundária, o terapeuta pode a recorrer a:

1. **Explicação e Psicoeducação:** para ajudar o paciente a compreender como a condição médica ou o uso de substâncias influenciam os sintomas psicóticos, o terapeuta deve fornecer uma psicoeducação clara e acessível. É importante explicar, de maneira prática e direta, como o tratamento da condição primária contribui para o controle

dos sintomas. Essa compreensão é essencial para que o paciente se sinta motivado a aderir ao tratamento, entendendo como cada intervenção impacta positivamente seu estado mental. Além disso, compreender as causas da psicose pode ajudar a reduzir o estigma e o medo da "loucura". Sintomas psicóticos não significam perda de controle ou uma mudança permanente na sua identidade; eles são muitas vezes uma resposta do corpo a outras condições.

2. **Utilizar intervenções descritas para o tratamento de psicoses primárias:** faz-se necessário adaptá-las ao contexto secundário como uma forma de manejo temporário dos sintomas. Técnicas como a reestruturação cognitiva podem ajudar o paciente a lidar com pensamentos desorganizados, enquanto intervenções de grounding e estratégias de distração podem oferecer alívio imediato em momentos de alucinações ou delírios. Esse suporte terapêutico temporário auxilia o paciente a enfrentar os sintomas enquanto o tratamento da condição subjacente evolui, promovendo estabilidade e maior controle emocional até que os efeitos do tratamento médico comecem a produzir resultados mais duradouros. As intervenções de grounding e distração atuam como recursos de manejo imediato para estabilização do paciente. O grounding utiliza âncoras sensoriais para reconectar o indivíduo à realidade física, incluindo técnicas como o método 5-4-3-2-1 (identificar cinco estímulos visuais, quatro auditivos, três táteis, dois olfativos e um gustativo), a mudança brusca de temperatura (como segurar um cubo de gelo ou lavar o rosto com água fria) e a descrição minuciosa de objetos neutros no ambiente. Complementarmente, as estratégias de distração cognitiva, como tarefas de contagem reversa ou categorização de itens, auxiliam no deslocamento do foco atencional de conteúdos alucinatórios ou delirantes, reduzindo o impacto emocional dos sintomas (Najavits, 2002; Tarrier & Berry, 2022).

Passo 4: Considerar a segurança e o porte de armas:

Ao tratar de sintomas psicóticos em profissionais de Segurança Pública que possuem porte de armas, é essencial adotar medidas de segurança adicionais. A presença de sintomas psicóticos, como alucinações e delírios, pode representar um risco aumentado para o paciente e para terceiros, es-

pecialmente se esses sintomas interferem na percepção da realidade e no controle emocional (Kemp et al., 1996). Nesse contexto, o terapeuta deve estar atento às questões que seguem:

1. **Avaliação da Gravidade dos Sintomas:** Em casos de sintomas ativos ou intensos, como alucinações auditivas persecutórias ou delírios de ameaça, o terapeuta deve avaliar rigorosamente a estabilidade do quadro clínico. Quando a gravidade percebida indicar que o indivíduo não se encontra em sua total funcionalidade, torna-se imperativa a comunicação urgente ao supervisor clínico do Escuta SUSP, uma vez que tais casos podem exigir protocolos de ação específicos e intervenções que extrapolam a esfera clínica individual. Nessas circunstâncias, pode ser mandatório afastamento temporário de funções de risco, como o porte de armas, priorizando a segurança do próprio profissional e do público.
2. **Colaboração com a Equipe Psiquiátrica:** Manter uma comunicação estreita com o psiquiatra responsável pelo tratamento é crucial para acompanhar a resposta ao tratamento e avaliar quando o profissional está estável e seguro para exercer suas funções. Em situações de psicose primária ou secundária grave, o psiquiatra pode recomendar ajustes no tratamento e contribuir para a decisão sobre o porte de armas.
3. **Informação ao Paciente sobre Riscos:** O terapeuta deve instruir o paciente sobre os riscos de portar armas enquanto apresenta sintomas psicóticos. Essa conscientização pode envolver discussões sobre como momentos de confusão, irritabilidade ou interpretações errôneas da realidade podem impactar decisões em situações de risco.
4. **Apoio Institucional e Medidas Temporárias:** Em alguns casos, pode ser necessário envolver a instituição onde o paciente atua, para garantir o suporte e, possivelmente, o afastamento temporário de funções de risco. Muitas instituições possuem políticas específicas para apoiar profissionais que estão em tratamento de saúde mental, incluindo alternativas de função que não envolvam o uso de armas. É crucial que o terapeuta em atuação no Escuta SUSP, ao identificar a necessidade de medidas de apoio institucional procure a validação e discussão com seu supervisor antes de alinhar qualquer medida com o paciente. Esta etapa garante que as intervenções propostas

estejam em conformidade com os protocolos institucionais e a legislação vigente, e que o paciente receba o suporte necessário sem expor a si mesmo, a terceiros ou a instituição a riscos.

5. **Plano de Emergência e Supervisão Aumentada:** Nos casos onde o porte de armas é mantido, mesmo durante o tratamento, é recomendável desenvolver um plano de emergência e aumentar a supervisão, garantindo que o paciente tenha suporte imediato caso os sintomas se intensifiquem.

Na Prática:

Terapeuta:	Gostaria de conversar com você sobre como os sintomas que você mencionou – as vozes e a sensação de que está sendo perseguido – podem afetar sua rotina de trabalho. Podemos explorar juntos como isso tem impactado o seu dia a dia?
Paciente:	Eu tenho feito o possível para ignorar, mas às vezes é muito difícil. Especialmente quando estou em uma situação de maior tensão, as vozes ficam mais intensas, e isso me deixa... em alerta, como se precisasse reagir a algo.
Terapeuta:	Entendo, e isso é compreensível, considerando a natureza do seu trabalho e o nível de estresse que ele envolve. Nesses momentos, é possível que a percepção de realidade seja afetada e você interprete certas situações de forma mais ameaçadora, mesmo quando não há perigo real. O que acha de discutirmos juntos alternativas para lidar com isso?
Paciente:	Certo, mas como assim? Você quer que eu pare de trabalhar?
Terapeuta:	Não necessariamente, mas talvez seja importante considerar alternativas temporárias que preservem sua segurança e a dos outros. Sei que esse assunto pode ser delicado, muitos profissionais de segurança pública têm receio de que um afastamento temporário ou uma mudança de função possa prejudicar a progressão na carreira, gerar comentários entre colegas ou até ser visto como sinal de fraqueza. Essas preocupações são compreensíveis e fazem parte da cultura institucional.

	Mas quero que você saiba que cuidar da sua saúde agora é justamente o que pode garantir uma carreira mais longa e sustentável. Existe a possibilidade de você ocupar funções que não envolvam o porte de armas enquanto trabalhamos para estabilizar esses sintomas? Muitos profissionais fazem isso quando estão enfrentando algo que afeta seu bem-estar, e isso não significa abrir mão da profissão, pelo contrário, é uma forma de protegê-la.
Paciente:	Eu nunca tinha pensado nisso. Acho que seria complicado, mas talvez possível.
Terapeuta:	Também quero mencionar que estou em contato com o seu psiquiatra para acompanhar de perto a resposta ao tratamento medicamentoso. Com o tempo e com o ajuste de medicação, você pode notar uma diminuição nas alucinações e na sensação de perseguição, e isso ajudaria muito em seu retorno à rotina normal. Esse acompanhamento conjunto nos dá uma visão mais clara de quando seria seguro retomar funções com porte de armas.
Paciente:	Isso me dá uma certa tranquilidade, saber que é um trabalho em equipe. Só fico preocupado com o que vão pensar se eu precisar me afastar temporariamente dessas funções.
Terapeuta:	Eu entendo, e é natural se sentir assim. Muitas vezes, essas decisões temporárias garantem que você volte a exercer suas funções de forma segura e com todo o suporte necessário. Existem instituições que já oferecem políticas específicas para esses casos, então você teria apoio e, em algumas situações, pode ser realocado para funções que não envolvem riscos adicionais.
Paciente:	Ok.
Terapeuta:	Acho importante também falarmos um pouco sobre como esses sintomas podem aumentar o risco em situações de trabalho. Em momentos de confusão ou quando as vozes ficam mais intensas, o julgamento pode ficar um pouco prejudicado. Isso acontece porque a mente está ocupada com o que parece ser uma ameaça, e qualquer

	ação nessas condições pode sair do controle. Acha que isso já aconteceu em alguma situação específica?
Paciente:	Sim, uma vez achei que alguém estava me seguindo e fiquei muito nervoso. Pensei em reagir, mas percebi que era só um conhecido que estava na mesma rua.
Terapeuta:	Esse é um bom exemplo, e fico feliz que tenha conseguido perceber a situação antes de reagir. Ter essa autoconsciência é muito positivo. Porém, para evitar riscos em momentos de maior intensidade, pode ser útil ter um plano temporário que inclua essa supervisão aumentada.
Paciente:	Podemos tentar.
Terapeuta:	Vamos também conversar sobre a possibilidade de desenvolver um plano de emergência com sua instituição. Caso você perceba que os sintomas estão mais fortes em um determinado dia, teria um supervisor ou colega em quem possa confiar para dividir essas questões? Assim, caso algo inesperado aconteça, você teria uma rede de suporte preparada para ajudá-lo.
Paciente:	Acho que sim. Tem um colega com quem eu me sinto confortável para conversar. Posso compartilhar isso com ele se for necessário.
Terapeuta:	Excelente. Esse tipo de supervisão aumentada pode ser fundamental para sua segurança e para a dos demais, sem a necessidade de se afastar completamente de suas funções. A ideia é que você se sinta seguro para compartilhar essa situação temporariamente e saiba que há um apoio pronto para auxiliar.
Paciente:	Faz sentido. Eu realmente prefiro continuar trabalhando, mas sei que preciso estar bem para isso.
Terapeuta:	E vamos trabalhar juntos para que isso aconteça. A ideia é que o tratamento ajude você a retomar o controle desses sintomas, enquanto construímos uma rede de apoio e segurança que permita um retorno gradual e seguro às suas funções habituais.

Material Complementar

Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2011). Terapia cognitiva da esquizofrenia. Artmed.

Tarrier, N., & Berry, K. (2022). Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. In D. H. Barlow (Ed.), Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo (6ª ed., pp. 427–474). Artmed.

Referências

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2011). Terapia cognitiva da esquizofrenia. Artmed.

Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: Randomised controlled trial. BMJ, 312(7027), 345–349. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7027.345

Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., & Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: A single-blind randomised controlled trial. The Lancet, 383(9926), 1395–1403.

Najavits, L. M. (2002). Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse. Guilford Press.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry (11th ed.). Wolters Kluwer.

Tarrier, N., & Berry, K. (2022). Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. In D. H. Barlow (Ed.), Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo (6ª ed., pp. 427–474). Artmed.

7. MÓDULO 5: DEPENDÊNCIA EM JOGOS E APOSTAS ON-LINE

Profissionais de Segurança Pública (PSP) estão submetidos a um nível de estresse, trauma e pressão que os torna particularmente vulneráveis a estratégias de enfrentamento desadaptativas, como a dependência em apostas online.

A dependência em jogos de azar, especialmente com a explosão das plataformas de “bets” e jogos como o “Tigrinho”, tornou-se uma ameaça à saúde pública global. Para um profissional de segurança, cujas decisões podem ter consequências de vida ou morte e cuja integridade é fundamental, os danos potenciais são ainda mais graves. O Brasil vive uma explosão no mercado de apostas online.

Empresas patrocinam times de futebol, utilizam influenciadores e promovem uma mensagem onipresente: “apostar é divertido e pode te render um dinheiro extra”. Essa publicidade massiva cria a percepção de que ganhar é fácil e acessível, usando gráficos e sons chamativos para atrair jogadores. Desde a regulamentação em 2018, o mercado cresceu exponencialmente, dificultando a fiscalização. Estudos mostram que a legalização tende a aumentar tanto o número de jogadores quanto os valores apostados.

Este módulo irá equipá-lo(a) com um roteiro estruturado, desde a avaliação inicial até a prevenção de recaídas, sempre com um olhar direcionado para as particularidades do universo da segurança pública. O objetivo é habilitá-lo(a) a oferecer uma intervenção eficaz, empática e contextualizada, ajudando esses profissionais a recuperarem o controle de suas vidas.

Objetivos do módulo:

- Reconhecer os gatilhos emocionais, contextuais e ocupacionais que contribuem para o comportamento de apostar, especialmente no cotidiano dos profissionais de segurança pública.
- Reduzir a frequência das apostas e o valor financeiro envolvido, com foco em minimizar danos e promover comportamentos alternativos mais saudáveis.

- Questionar e modificar crenças distorcidas relacionadas ao jogo, como a ilusão de controle e a ideia de "recuperar perdas", por meio de psicoeducação e reestruturação cognitiva.
- Fortalecer a motivação para a mudança, trabalhando a ambivalência e ajudando o paciente a definir metas de curto e longo prazo alinhadas aos seus valores.
- Prevenir recaídas com estratégias como manejo financeiro, reorganização da rotina e uso da resolução estruturada de problemas diante de estressores.

Compreendendo a dependência em jogos e apostas on-line

O DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023) define o Transtorno do Jogo como um comportamento problemático, persistente e recorrente que leva a sofrimento clinicamente significativo. O diagnóstico requer a presença de quatro ou mais dos seguintes critérios em um período de 12 meses:

1. Necessidade de apostar quantias crescentes para atingir a excitação desejada (Tolerância).
2. Inquietação ou irritabilidade ao tentar reduzir ou parar de jogar (Abstinência).
3. Esforços fracassados para controlar, reduzir ou parar o jogo.
4. Preocupação frequente com o jogo (ex: reviver experiências, planejar a próxima aposta).
6. Jogar quando se sente angustiado (culpa, ansiedade, desamparo).
7. Retornar para jogar no dia seguinte para recuperar o dinheiro perdido ("correr atrás do prejuízo").
8. Mentir para esconder a extensão do envolvimento com o jogo.
9. Prejudicar ou perder relacionamentos, emprego ou oportunidades devido ao jogo.
10. Depender de outros para obter dinheiro para aliviar situações financeiras desesperadoras causadas pelo jogo.

Nota: O comportamento não deve ser mais bem explicado por um episódio maníaco.

É crucial entender que um paciente não precisa preencher todos os critérios para sofrer danos severos. O critério temporal de 12 meses do DSM significa que um indivíduo pode destruir sua vida financeira e familiar em poucos meses sem, formalmente, ter o transtorno. O tratamento é indicado para qualquer pessoa que apresente prejuízos significativos em função do jogo, independentemente do diagnóstico formal.

O processo de adaptar a terapia para profissionais de Segurança Pública (PSPs) nos transtornos de jogo requerem sensibilidade às particularidades de seu contexto de vida e trabalho. O comportamento de jogar, nesse grupo, muitas vezes, não é apenas um hábito, mas uma resposta adaptativa, ainda que disfuncional, a uma realidade marcada por demandas emocionais e ocupacionais extremas. Diversos fatores de vulnerabilidade específicos ajudam a compreender esse fenômeno. O estresse crônico e o trauma, resultantes da exposição contínua a situações de risco, violência e sofrimento humano, impõem uma carga psíquica incomum, e o jogo pode emergir como uma válvula de escape para regular emoções intensas. Além disso, a própria rotina do PSP oscila entre longos períodos de tédio e momentos de intensa adrenalina. O jogo online, com sua estrutura de riscos e recompensas rápidas, reproduz esse ciclo, tornando-se uma fonte viciante de excitação fora do ambiente de trabalho.

Outro ponto crucial é a cultura institucional, que frequentemente valoriza a resiliência, o silêncio e a autossuficiência, dificultando a busca por apoio psicológico. Nesse contexto, o jogo — por ser solitário, acessível e discretamente praticado pelo celular — pode parecer uma forma “privada” e aceitável de lidar com o sofrimento. Por fim, os turnos irregulares, plantões prolongados e períodos de inatividade favorecem o tédio e a busca por estímulos imediatos, para os quais os aplicativos de apostas oferecem uma resposta rápida e sempre disponível.

Para PSPs, o ato de apostar, frequentemente, cumpre diversas funções psicológicas importantes, funcionando como uma válvula de escape diante das pressões cotidianas da profissão. A aposta pode representar uma forma de fuga, um desligamento mental temporário das memórias traumáticas e da hipervigilância constante que caracteriza a rotina desses profissionais, oferecendo alívio frente a um estado mental exaustivo. Além disso, o jogo pode promover a sensação de recuperar o controle: em um contexto profissional marcado pela imprevisibilidade e pelo risco, a “ilusão de controle” proporcionada pelos jogos — ou seja, a crença de que é possível prever ou

influenciar os resultados — torna-se especialmente sedutora. Por fim, o jogo também pode atuar como compensação emocional. Após um dia particularmente difícil ou frustrante, apostar pode ser percebido como uma forma de "recompensa merecida", um pequeno prazer para compensar o desgaste emocional da função.

Enquanto um civil pode lidar com dívidas ou conflitos familiares, para um PSP as implicações podem ser catastróficas. O risco à carreira é evidente, já que dívidas com agiotas ou envolvimento em atividades ilegais para sustentar a dependência que podem resultar na perda do cargo. A segurança pessoal e institucional também é comprometida, pois o endividamento torna o profissional mais vulnerável à corrupção ou à chantagem. Soma-se a isso o agravante da saúde mental: o risco aumentado de suicídio entre jogadores é particularmente alarmante para uma categoria que já apresenta índices elevados de ideação suicida. Além disso, o julgamento e o desempenho no trabalho podem ser diretamente afetados, uma vez que o estresse financeiro e psicológico decorrente da dependência prejudica a tomada de decisão em campo, colocando em risco a própria integridade, a dos colegas e a da população.

Passo 1: Avaliação e Objetivos

A entrevista clínica deve ser conduzida como uma conversa colaborativa, não um interrogatório. O objetivo é montar um panorama completo do caso. Adapte o que segue para a realidade do seu paciente:

- Motivo da busca por ajuda: "O que o trouxe aqui hoje?". Investigue se a busca por ajuda foi motivada por um evento específico (ex: "briguei com minha esposa por causa do dinheiro que perdi") ou por pressão externa (ex: "meu superior sugeriu que eu buscasse ajuda").
- Padrão de Jogo: Quais jogos? Há quanto tempo? Existe uma conexão entre o tipo de jogo (ex: aposta esportiva) e os interesses do paciente (ex: acompanhar o time para se distrair do trabalho)?
- Histórico e desencadeantes: Quando começou a jogar? Investigue ativamente a relação entre eventos de trabalho (um plantão difícil, uma ocorrência traumática, um conflito com um colega) e o impulso de jogar.
- Impacto nas áreas da vida: Avalie as consequências do jogo na vida social, conjugal, familiar e, crucialmente, no trabalho. Pergunte

sobre o impacto no humor, ansiedade e sono, que são áreas frequentemente afetadas pela natureza da profissão.

- Rastreio de outras dependências: Investigue o uso de álcool e outras substâncias. É comum que o jogo esteja associado ao consumo de álcool, que reduz o autocontrole e aumenta a impulsividade. Para um PSP, que pode portar arma, essa combinação é extremamente perigosa. Módulos anteriores deste Protocolo podem ajudar na avaliação e manejo de outras dependências.

Passo 2: Motivação, Ambivalência e Objetivos

Muitos pacientes chegam à terapia com ambivalência: sabem que o jogo faz mal, mas também encontram benefícios nele (alívio, excitação). É fundamental não tentar convencer ou confrontar o paciente, pois isso pode aumentar a resistência. Use uma abordagem de entrevista motivacional para explorar as razões do próprio paciente para a mudança, fazendo perguntas do tipo: “O que o faz querer mudar seu comportamento com o jogo?” ou “Essas razões vêm de você ou de uma pressão externa (família, trabalho)?”.

Pode ser útil utilizar exercícios como os que seguem para ajudar o paciente a visualizar os prós e contras de seu comportamento com o jogo.

Um exemplo simples e eficaz é o exercício “O que eu gosto no jogo” vs. “O que eu odeio no jogo”. Esse balanço ajuda a materializar o conflito interno. Para o paciente com problema de jogo (como no caso de um policial ou bombeiro), “gostar” pode envolver a adrenalina e a excitação momentânea, enquanto “odiar” pode incluir o medo de perder o emprego, a culpa ou o impacto nas relações familiares.

Outro exercício é “O lugar do jogo na minha vida hoje” vs. “... ao final do tratamento”, que pode ser feito com um gráfico de pizza: peça ao paciente que represente graficamente como está a distribuição atual de sua vida em áreas como “Trabalho”, “Família”, “Lazer sem Risco”, entre outras. Em seguida, ele pode projetar como gostaria que essas áreas estivessem equilibradas no futuro, visualizando o quanto o jogo tem consumido seu tempo, energia e propósito.

Com base em toda essa avaliação, terapeuta e paciente devem definir juntos os objetivos de curto e longo prazo. São bons exemplos de objetivos:

- Curto prazo: reduzir a frequência e os gastos com o jogo; identificar e manejar gatilhos (como o estresse após o plantão); organizar as

finanças; e se envolver em hobbies alternativos, como esportes ou tempo de qualidade com a família.

- Longo prazo: alcançar abstinência total ou manter um controle rigoroso; reconstruir a confiança da família; conquistar estabilidade financeira; e, crucialmente, construir uma identidade que vá além do papel profissional de "policial" ou "bombeiro", uma identidade que não dependa do jogo para se sentir completo ou estimulado.

Passo 3: Psicoeducação Essencial

O objetivo aqui é desafiar as crenças equivocadas que o paciente possui em relação ao jogo. Para isso, é importante apresentar os conceitos de forma clara e estruturada. É essencial que o paciente compreenda a diferença entre jogos baseados em habilidade e aqueles baseados em sorte (chance). (ABEAD, 2024)

- Jogos de habilidade, como xadrez ou tiro esportivo, dependem diretamente do treino e da prática do jogador. O desempenho melhora com o tempo, e há uma relação entre esforço e resultado.
- Já jogos de chance, como caça-níqueis ("Tigrinho"), roleta ou apostas esportivas online ("bets"), têm resultados totalmente aleatórios. Nenhuma ação do jogador influencia o desfecho. Esses jogos são programados para que, a longo prazo, a casa sempre vença. Um erro comum é acreditar que uma sequência de derrotas indica que uma vitória está próxima. Para ilustrar, use o experimento da bolinha vermelha: imagine um recipiente com 999 bolinhas brancas e apenas 1 vermelha. Após cada tentativa, a bolinha retirada é recolocada. A chance de tirar a bolinha vermelha é sempre a mesma, 1 em 1000, independentemente das tentativas anteriores. Aplicação prática: o fato de uma máquina não ter pago por horas não significa que está "na vez" de pagar. Cada jogada é um evento novo, com chances independentes das anteriores.

Muitos jogadores acreditam que desenvolveram uma "estratégia especial" capaz de aumentar suas chances de ganhar, mesmo em jogos aleatórios. Essa crença é chamada de ilusão de controle. Mesmo em jogos como apostas esportivas, onde parece haver mais previsibilidade, fatores imprevisíveis (como lesões, clima ou decisões equivocadas do juiz) tornam o resultado altamente

incerto. Essa sensação de controle é enganosa e mantém o comportamento de risco.

Outros Conceitos-Chave:

- Reforçamento Intermitente: Os jogos recompensam o jogador de forma esporádica. Essa forma de reforço é a mais resistente à extinção, pois faz com que a pessoa continue jogando, acreditando que a próxima tentativa trará recompensa ("na próxima eu ganho!").
- Aversão à Perda: Perder dói mais do que o prazer de ganhar. Esse desequilíbrio emocional leva o jogador a tentar recuperar as perdas a qualquer custo, o que frequentemente gera ainda mais prejuízos, iniciando um ciclo vicioso.

Passo 4: Manejo Financeiro como Estratégia de Proteção

Para um jogador impulsivo, ter acesso a dinheiro é como ter a chave do cofre de armas. O manejo financeiro funciona como uma intervenção de redução de danos e criação de barreiras protetoras. Trata-se de uma das intervenções mais importantes e eficazes no tratamento do comportamento de jogo.

O primeiro passo é limitar o acesso ao dinheiro, criando obstáculos que impeçam o ato impulsivo de jogar. Isso frequentemente requer o envolvimento de uma pessoa de confiança, como um cônjuge ou familiar. Algumas estratégias incluem: cancelar ou destruir cartões de crédito; entregar a senha do aplicativo bancário para alguém de confiança, mantendo apenas um cartão de débito com limite baixo para despesas diárias; direcionar o salário para uma conta controlada pela pessoa de confiança, responsável por gerenciar os pagamentos essenciais; e andar com pouca ou nenhuma quantia em espécie.

Um bom argumento clínico para o paciente é enquadrar essa estratégia não como uma perda de autonomia, mas como um "protocolo de segurança pessoal". Assim como ele utiliza um colete à prova de balas como proteção externa, o manejo financeiro serve como proteção interna contra a impulsividade. É esperado que haja resistência, por isso é fundamental retomar os objetivos e a motivação para a mudança.

Outro componente importante é o controle do orçamento e a gestão de dívidas. Isso envolve, primeiramente, o planejamento: ajudar o paciente a criar um orçamento realista e compatível com sua renda e despesas fixas,

utilizando, por exemplo, planilhas gratuitas. Em seguida, é necessário criar um plano de quitação de dívidas, priorizando as mais urgentes. A prioridade máxima são as dívidas com agiotas, por envolverem risco direto à integridade física do paciente e sua família. Em seguida, vêm as dívidas com juros altos, como cartão de crédito e cheque especial.

Essa etapa é pragmática e visa reduzir a pressão financeira, que é um dos principais gatilhos para o comportamento de jogar, geralmente na tentativa de "resolver" os próprios problemas financeiros.

Passo 5: Análise Funcional e Reestruturação Cognitiva

A análise funcional é uma ferramenta fundamental para entender os padrões que mantêm a dependência. A técnica da análise em cadeia de uma sessão de jogo, inspirada na DBT, permite dissecar um episódio específico de jogo, identificando, passo a passo, como ele ocorreu. Analisar múltiplos episódios ajuda a reconhecer padrões.

Essa análise começa com a descrição precisa do comportamento problemático (por exemplo: "Apostei R$200 em três jogos diferentes do Tigrinho, por 45 minutos"). Depois, identifica-se o evento desencadeante (gatilho), como "recebi uma notificação do app de apostas no celular". Em seguida, avaliam-se os fatores de vulnerabilidade, ou seja, o que tornou o paciente mais suscetível ao gatilho, como um plantão estressante ou cansaço. Os elos da cadeia são então descritos: gatilho → pensamento ("só uma aposta para relaxar") → emoção ("excitação") → ação ("abri o aplicativo") → comportamento ("joguei"). Por fim, analisam-se as consequências, tanto de curto quanto de longo prazo. Curto prazo: alívio do estresse. Longo prazo: perda de dinheiro, culpa, conflito conjugal.

Com base nisso, entra-se na reestruturação cognitiva com o RPD (Registro de Pensamentos Disfuncionais). Essa ferramenta clássica da TCC ajuda a identificar, desafiar e modificar pensamentos distorcidos. O paciente registra a situação ("estava sozinho em casa, cansado"), o pensamento automático ("Desta vez eu ganho e recupero tudo"), a emoção associada (esperança, ansiedade), e, com ajuda do terapeuta, constrói um pensamento alternativo mais racional ("As chances são contra mim, o jogo é feito para eu perder. Tentar recuperar é uma ilusão que só me afunda mais"). Após isso, o paciente reflete sobre o resultado: "Decidi não jogar e fui conversar com um amigo para me distrair".

Passo 6: Resolução de Problemas para Lidar com Estressores

Profissionais habituados a lidar com problemas complexos no dia a dia do trabalho. No entanto, o estresse crônico pode comprometer essa capacidade no âmbito pessoal, levando à evitação ou à tomada de decisões impulsivas, como o uso do jogo como estratégia de fuga.

A técnica de Resolução de Problemas em 5 passos é uma ferramenta estruturada que ajuda o paciente a enfrent2ar dificuldades práticas que frequentemente atuam como gatilhos para o comportamento de jogo. Ela pode ser aplicada a conflitos familiares, situações de estresse no trabalho ou dificuldades com planejamento financeiro. O ideal é que os cinco passos sejam realizados por escrito, como uma tarefa terapêutica entre sessões.

Etapa 1: Identificar claramente o problema. É essencial ser específico. Em vez de simplesmente afirmar "estou estressado", o paciente pode reformular como: "Meu problema é que, após plantões difíceis, eu me isolo da minha família e a única coisa que me distrai é o celular com o jogo.

Etapa 2: Listar diferentes soluções possíveis (brainstorming). Neste momento, todas as ideias devem ser anotadas, sem julgamento ou censura, mesmo que pareçam simples ou bobas. Exemplo de soluções: Conversar com a esposa sobre como me sinto após o plantão; Ir para a academia em vez de ir direto para casa; Desligar o celular por 1h ao chegar; Marcar um futebol com colegas; Jogar videogame em vez de apostar.

Etapa 3: Avaliar as soluções possíveis. Analisa-se os prós e contras de cada alternativa listada.
Exemplo (Solução 2 – ir para a academia):
- Pró: Libera o estresse de forma saudável.
- Contra: Pode estar cansado e sem motivação após o plantão.

Etapa 4: Escolher uma solução (ou uma combinação). Com base na análise de viabilidade e impacto, o paciente escolhe a(s) opção(ões) mais promissora(s).

Exemplo: *"Vou tentar a solução 1 (conversar com a esposa) e a 3 (desligar o celular por 1h ao chegar em casa)."*

Etapa 5: Testar a solução escolhida. O plano é colocado em prática e os resultados são avaliados. Se não funcionar como esperado, o processo pode ser repetido com outra alternativa da lista inicial.

Passo 7: Orientação sobre Recursos Governamentais de Proteção e Apoio

Desde dezembro de 2025, o Brasil conta com a Plataforma Centralizada de Autoexclusão, desenvolvida pela Secretaria de Prêmios e Apostas do Ministério da Fazenda (SPA-MF) em parceria com o Serpro. Esta ferramenta permite que o cidadão solicite, voluntariamente, de uma só vez, o bloqueio do seu acesso a todas as contas que tenha em sites de apostas autorizados, tornando o CPF indisponível para novos cadastros e para recebimento de publicidades direcionadas de bets.

A autoexclusão centralizada é reconhecida cientificamente como uma estratégia essencial para reduzir os danos à saúde mental da população relacionados às apostas. No contexto clínico, representa uma barreira protetora externa que complementa o trabalho terapêutico, funcionando como uma medida concreta de controle de estímulos. O acesso à plataforma pode ser feito em: https://autoexclusaoapostas.fazenda.gov.br/

Como funciona:

- A plataforma deve ser acessada por meio de cadastro no portal Gov.br (contas nível prata ou ouro).
- O usuário precisa informar o período em que pretende ficar autoexcluído — de um a 12 meses
- Uma vez selecionado o prazo, não é possível reverter a escolha durante o período indicado.
- Há a opção de se autoexcluir por tempo indeterminado (sem prazo). Somente nesse caso, o usuário terá até um mês para invalidar a decisão.
- Os operadores autorizados têm até 72 horas para bloquear o acesso dos usuários aos seus sites e aplicativos e devolver eventuais valores disponíveis nas contas.

Em janeiro de 2026, o Ministério da Saúde lançou o Guia de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas, documento que orienta o acolhimento, o acompanhamento e o tratamento de pessoas afetadas por apostas no Sistema Único de Saúde (SUS).

O Guia reforça que o cuidado deve ser feito de forma integrada, desde a Atenção Primária até os Centros de Apoio Psicossociais (CAPS), hospitais e serviços de urgência, conforme a gravidade de cada caso.A publicação aponta que as apostas, sobretudo no ambiente digital, estão associadas a ansiedade, depressão, endividamento e ruptura de vínculos, e defende abordagens baseadas na escuta qualificada, no cuidado em liberdade e na redução de danos. O guia está disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2026/guia-de-cuidado-para-pessoas-com-problemas-relacionados-a-jogos-de-apostas.pdf

O terapeuta pode orientar o paciente sobre recursos de autoavaliação e apoio disponíveis online. O Autoteste do Jogo, disponível no portal Meu SUS Digital (https://meususdigital.saude.gov.br/publico/conteudo/6928a3e5ac7ae0001f65accc), permite que a pessoa avalie seu comportamento de jogo e os impactos em sua vida, funcionando como uma ferramenta de autoconhecimento que pode facilitar o processo de tomada de consciência. Para questões financeiras, o Autoteste de Saúde Financeira da FEBRABAN (https://indice.febraban.org.br/calcule-seu-indice) oferece uma avaliação da situação financeira atual, ajudando o paciente a dimensionar os impactos econômicos das apostas e a planejar sua reorganização orçamentária. Caso o paciente tenha enfrentado problemas com operadoras de apostas — como dificuldades para sacar valores, práticas abusivas ou descumprimento de regras — o portal consumidor.gov.br (https://www.consumidor.gov.br) é o canal oficial para registro de reclamações e resolução de conflitos com as empresas autorizadas.

A introdução desses recursos pode ocorrer em diferentes momentos do processo terapêutico. Na fase de avaliação e motivação, funcionam como informação sobre opções disponíveis, ampliando o repertório do paciente sobre as ferramentas de apoio existentes. Quando o paciente expressa desejo de parar, mas relata dificuldade em resistir aos gatilhos, a plataforma de autoexclusão pode ser apresentada como uma barreira externa que complementa o trabalho interno realizado em terapia. Os recursos também podem ser integrados ao plano de manejo financeiro (Passo 4), criando barreiras efetivas que dificultam o acesso às apostas durante o período de reorganização orçamentária.

Em momentos de crise ou recaída, a autoexclusão pode ser acionada como medida de proteção imediata, oferecendo um intervalo de segurança enquanto o paciente retoma o equilíbrio. Além disso, quando há indicação de comorbidades que necessitam de acompanhamento.

A apresentação desses recursos deve ser feita de forma colaborativa, respeitando a autonomia do paciente; o terapeuta pode explorar junto com ele as vantagens percebidas e as possíveis resistências, construindo uma decisão informada e alinhada aos objetivos terapêuticos.

Na Prática:

Terapeuta:	*João, nas últimas sessões você mencionou que está decidido a parar, mas que a facilidade de acesso pelo celular é um gatilho muito forte. Queria compartilhar com você uma ferramenta que pode funcionar como uma barreira de proteção extra enquanto trabalhamos juntas essas questões.*
João:	*Que tipo de ferramenta?*
Terapeuta:	*Desde dezembro do ano passado, o Governo Federal disponibilizou uma Plataforma de Autoexclusão. Com ela, você pode solicitar o bloqueio do seu acesso a todos os sites de apostas autorizados, de uma só vez. Você escolhe por quanto tempo, pode ser de um mês até um ano, ou por tempo indeterminado.*
João:	*E se eu me arrepender?*
Terapeuta:	*Essa é uma pergunta importante. Durante o período que você escolher, não tem como reverter. Isso é proposital, é como uma trava de segurança. A única exceção é se você escolher "tempo indeterminado", aí você tem até 30 dias para cancelar. O que você acha dessa impossibilidade de reverter?*
João:	*Por um lado, me assusta um pouco... mas, pensando bem, acho que é exatamente isso que eu preciso. Quando bate a fissura, eu não consigo pensar direito.*
Terapeuta:	*Exato. É como aquele "protocolo de segurança pessoal" que conversamos na sessão sobre finanças, uma proteção*

	externa para os momentos em que a impulsividade é mais forte. Você não precisa decidir agora. Podemos explorar melhor como isso se encaixa no seu plano.
João:	*E além de bloquear o acesso, tem mais alguma coisa?*
Terapeuta:	*Sim. A plataforma também tem links para avaliações de saúde mental e financeira que você pode fazer sozinho, entre uma sessão e outra. São como termômetros que ajudam a acompanhar como você está se sentindo e como está a situação das suas finanças ao longo do tempo.*
João:	*Tipo um dever de casa?*
Terapeuta:	*Pode ser, se fizer sentido pra você. Algumas pessoas acham útil fazer essas avaliações de tempos em tempos pra perceber a própria evolução — ou pra identificar quando as coisas estão começando a sair do controle de novo. Além disso, se você tiver algum problema com alguma casa de apostas, como dificuldade pra sacar dinheiro, propaganda abusiva, pra esse tipo de coisa existe um canal oficial do governo pra registrar reclamações, o Consumidor.gov.br.*
João:	*Bom saber. Já tive problema com uma bet que demorou semanas pra liberar um saque.*
Terapeuta:	*Então vale a pena conhecer esse canal. E o mais importante: a autoexclusão não substitui o trabalho que estamos fazendo aqui, mas funciona como uma camada extra de proteção. É você cuidando de você em várias frentes ao mesmo tempo.*

Material Complementar

Vídeo/Podcast (12) (12) Por que você não deve se envolver com apostas online? Mapa Mental - Jan Leornardi - YouTube

Referências

Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas. (2024). Dependências comportamentais: Vivendo em excessos (A. E. D. B. dos Reis, Ed.). Artesã Editora.

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado; M. V. Zanoti-Júnior, Trad.). Artmed.

Federação Brasileira de Bancos. (n.d.). Índice de saúde financeira. Recuperado em 1 de fevereiro de 2026, de https://indice.febraban.org.br/calcule-seu-indice

Leonardi, J. (2025). Tratamento psicológico para paciente com vício em apostas on-line [eBook]. Instituto de Psicologia Baseada em Evidências.

Ministério da Fazenda. (n.d.). Autoexclusão. Secretaria de Prêmios e Apostas. Recuperado em 1 de fevereiro de 2026, de https://www.gov.br/fazenda/pt-br/composicao/orgaos/secretaria-de-premios-e-apostas/autoexclusao

Ministério da Fazenda. (2025, 10 de dezembro). Plataforma centralizada de autoexclusão entra no ar para permitir bloqueio de acesso a todos os sites de apostas. https://www.gov.br/fazenda/pt-br/assuntos/noticias/2025/dezembro/plataforma-centralizada-de-autoexclusao-entra-no-ar-para-permitir-bloqueio-de-acesso-a-todos- os-sites-de-apostas

Ministério da Saúde. (2026, 15 de janeiro). Ministério da Saúde lança guia nacional para enfrentar impactos das apostas online na saúde. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-ms/2026/julho/campanha-do-ministerio-da-saude-orienta-sobre-riscos-das-apostas-online-e-atendimento-em-saude-mental-no-sus

Caderno Técnico 3

PRÓ-VIDA
SEGURANÇA PÚBLICA

ESCUTA SUSP

SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO