



UFRRJ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TESE

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ASMA EM ADOLESCENTES: PROTOCOLO DE
INTERVENÇÃO EMBASADO NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
COM FOCO EM ESQUEMAS**

ALISSANDRA MARQUES BRAGA

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ASMA EM ADOLESCENTES: PROTOCOLO DE
INTERVENÇÃO EMBASADO NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
COM FOCO EM ESQUEMAS**

ALISSANDRA MARQUES BRAGA

Sob a Orientação da Professora
Dr^a Lilian Maria Borges

e Co-orientação da Professora
Dr^a Ana Claudia Peixoto

Tese submetida como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor em Psicologia, no
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Área
de Concentração Psicologia.

Seropédica, RJ
Agosto de 2023

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B813a Braga, Alissandra Marques, 1971-
ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ASMA EM ADOLESCENTES:
PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO EMBASADO NA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM FOCO EM ESQUEMAS /
Alissandra Marques Braga. - Paracambi, 2023.
141 f.: il.

Orientador: Lilian Maria Borges.
Tese(Doutorado). -- Universidade Federal Rural do Rio
de Janeiro, PPGPSI, 2023.

1. Psicologia Clínica. 2. Aspectos Psicológicos da
doença crônica. 3. Terapia Cognitivo comportamental
foco em esquemas. I. Borges, Lilian Maria, ---,
orient. II Universidade Federal Rural do Rio de
Janeiro. PPGPSI III. Título.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This Study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ALISSANDRA MARQUES BRAGA

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 13/12/2023

Documento assinado digitalmente
 LILIAN MARIA BORGES
Data: 25/03/2024 22:24:16-0300
Verifique em <https://validar.itd.gov.br>

Lilian Maria Borges. Dra. UFRRJ

(Orientadora)

Documento assinado digitalmente
 JAQUELINE ROCHA BORGES DOS SANTOS
Data: 25/03/2024 22:45:50-0300
Verifique em <https://validar.itd.gov.br>

Jaqueleine Rocha Borges dos Santos. Dra. UFRRJ

Documento assinado digitalmente
 VALERIA MARQUES DE OLIVEIRA
Data: 26/03/2024 06:32:18-0300
Verifique em <https://validar.itd.gov.br>

Valeria Marques de Oliveira. Dra. UFRRJ

Documento assinado digitalmente
 PATRICIA MARIA DE AZEVEDO PACHECO
Data: 03/04/2024 13:54:05-0300
Verifique em <https://validar.itd.gov.br>

Patrícia Maria de Azevedo Pacheco. Dra. IDOR/UNILASALLE

Documento assinado digitalmente
 LUIS ANTONIO MONTEIRO CAMPOS
Data: 01/04/2024 15:44:34-0300
Verifique em <https://validar.itd.gov.br>

Luís Antônio Monteiro Campos. Dr. UCP

Documento assinado digitalmente
 CLAUDIA BRANDAO BEHAR
Data: 08/04/2024 11:34:46-0300
Verifique em <https://validar.itd.gov.br>

Claudia Brandão Behar. Dra. UNIGRANRIO/NI

DEDICATÓRIA

Cada pesquisa realizada é direcionada a alguém que precisa compreender o que foi dito, assim, dedico este trabalho a todos aqueles que convivem com a asma, necessitando aprender a manejar os sintomas e evitar os gatilhos da crise.

Dedico aqueles que sabem o valor de respirar ... de soprar e expelir todo o ar dos pulmões, tarefa que parece simples, mas que é fruto de muito trabalho para o asmático.

Assim, dedico aos profissionais de saúde que me inspiraram a pesquisar e compreender os fatores psicológicos da asma e assim propor reflexões acerca de um protocolo multiprofissional para o tratamento desta doença ...

Mas, sobretudo ... dedico este trabalho aos adolescentes que se dispuseram a participar da pesquisa, expondo suas emoções, permitindo que eu conhecesse suas fragilidades para desenvolver um protocolo de intervenção psicológica que possa auxiliar no manejo dos aspectos psicológicos da asma, contribuindo para minimizar a periodicidade das crises.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus ... porque minha fé me leva a crer que existe uma energia superior que nos inspira a viver e, vivendo, podemos concretizar sonhos, cumprir metas.

Mas não poderia deixar de agradecer meus filhos, Ana Eduarda e Guilherme Wilson, que são minha fonte de estímulo e incentivo, sendo minha inspiração para tornar-me cada vez melhor como pessoa.

Agradeço aos meus pais que cuidaram de mim nas crises de asma que tive e que me estimularam a encontrar nos estudos o caminho para mudanças.

Agradeço imensamente as minhas Orientadoras, Prof Dra Lilian Borges e Ana Cláudia Peixoto, fontes de inspiração e estímulos, que acolheram e contribuíram com seus conhecimentos para que este trabalho fosse construído

Agradeço aos familiares que apoiaram e compreenderam minha ausência assim como aos amigos que incentivaram e não me permitiram desistir diante dos obstáculos, alguns mais próximos, estimulando e apoioando a construção deste trabalho outros de longe, mas ainda assim, incentivando.

Agradeço as famílias que permitiram que seus filhos fizessem parte deste trabalho entendendo que a pesquisa contribui para o desenvolvimento das ciências e o avanço dos tratamentos de saúde.

EPÍGRAFE

Quem faz um poema abre uma janela.
Respira, tu que estás numa cela
abafada, esse ar que entra por ela.
Por isso é que os poemas têm ritmo
– para que possas profundamente respirar.
Quem faz um poema salva um afogado.

(Mario Quintana)

RESUMO

BRAGA, Alissandra Marques. **Investigação dos Aspectos Psicológicos da Asma parcialmente controlada em Adolescentes: Proposta de Intervenção embasada na Terapia-Cognitivo Comportamental com foco em Esquemas.** 2023. 136p. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2023.

Introdução: Vivenciar uma doença crônica comumente afeta a qualidade de vida do indivíduo e de sua família, além do tratamento impactar economicamente o sistema de saúde. A asma é uma das principais doenças crônicas não transmissíveis a acometer pessoas na adolescência, fase do ciclo de vida marcada por transformações, descobertas e tomada de decisões. As limitações impostas por crises asmáticas súbitas podem desencadear sintomas depressivos e ansiosos e contribuir para o agravamento das crises, gerando um quadro de comorbidades.

Objetivo: Analisar os efeitos de uma intervenção psicológica integrativa, individual, de base Cognitivo-comportamental com foco em Esquemas, no estado emocional através da flexibilização de Esquema e mudanças de comportamento frente ao gatilho de crises asmáticas em adolescentes.

Método: Estudo de caso múltiplo, com participação de três adolescentes com asma parcialmente controlada, conduzido numa Clínica Multiprofissional privada situada na região Sul Fluminense. A pesquisa foi organizada em três etapas: a) Avaliação do perfil clínico e psicológico do adolescente, b) intervenção psicológica e c) reavaliação pós-intervenção. A avaliação clínica seguiu critérios e instrumentos pautados no *Global Initiative for Asthma* (GINA), sendo o *Asthma Control Test – ACT* utilizado para verificar o grau de controle da asma. O perfil psicológico foi investigado com base em entrevistas psicológicas com os adolescentes e seus responsáveis, bem como com a aplicação do Questionário de Personalidade para Criança e Adolescente (EPQ – J), Questionário de Esquema de Young para adolescentes (QEA, forma reduzida), Escala Multidimensional de ansiedade para Crianças (MASC) e Escala Baptista de Depressão - Versão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ). A intervenção foi composta por nove sessões psicoterápicas em que se utilizou técnicas integrativas da Terapia Cognitivo-comportamental e da Terapia de Esquemas. Uma análise narrativa foi realizada a partir dos relatos verbais e produção textual dos participantes sobre suas experiências, bem como das anotações no Diário de campo da pesquisadora.

Resultados: Foram verificados níveis moderados de ansiedade nos três participante e classificação dos sintomas de depressão predominantemente como leves. Houve predominância no Traço de Personalidade Neuroticismo e no Esquema Inicial Desadaptativo Vulnerabilidade ao Dano e à Doença. O medo destacou-se como emoção predominante e o comportamento Evitativo como modo principal de enfrentamento. Análises das narrativas evidenciaram melhora na adesão ao medicamento de controle para asma e mudanças de comportamento frente às situações com potencial para crise asmática. A psicoeducação atuou como uma ferramenta importante neste processo.

Conclusão: Ressalta-se a necessidade de aprofundar a investigação com relação ao perfil familiar, bem como a importância do desenvolvimento de políticas públicas que corroborem para implementação de intervenções psicológicas como coadjuvantes no manejo da asma.

Palavras-chave: Asma, Adolescência, Terapia Cognitivo Comportamental, Esquemas.

ABSTRACT

BRAGA, Alissandra Marques. **Investigation of Psychological Aspects of Partially Controlled Asthma in Adolescents: Proposal for Intervention Based on Cognitive Behavioral Therapy with a Focus on Schemas.** 2023. 136p. Thesis (PhD. in Psychology). Institute of Education, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2023.

Introduction: Experiencing a chronic illness commonly affects the quality of life of the individual and their family, in addition to the treatment having an economic impact on the health system. Asthma is one of the main chronic non-communicable diseases that affects people during adolescence, a phase of the life cycle marked by transformations, discoveries and decision-making. The limitations imposed by sudden asthma attacks can trigger depressive and anxious symptoms and contribute to the worsening of attacks, generating a picture of comorbidities. **Objective:** To analyze the effects of an integrative, individual, cognitive-behavioral psychological intervention focusing on Schemes, on the emotional state through the flexibility of Schemes and changes in behavior in the face of the trigger for asthma attacks in adolescents. **Method:** Multiple case study, with the participation of three adolescents with partially controlled asthma, carried out in a private Multiprofessional Clinic located in the southern region of Rio de Janeiro. The research was organized into three stages: a) Assessment of the adolescent's clinical and psychological profile, b) psychological intervention and c) post-intervention reassessment. The clinical assessment followed criteria and instruments based on the Global Initiative for Asthma (GINA), with the Asthma Control Test – ACT used to verify the degree of asthma control. The psychological profile was investigated through psychological interviews with adolescents and their guardians, as well as the application of the Personality Questionnaire for Children and Adolescents (EPQ – J), Young Schema Questionnaire for adolescents (QEA, reduced form), Multidimensional Scale Anxiety Scale for Children (MASC) and Baptista Depression Scale – Children and Youth Version (EBADEP-IJ). The intervention consisted of nine psychotherapeutic sessions using integrative techniques from Cognitive-Behavioral Therapy and Schema Therapy. Narrative analysis was carried out based on participants' verbal reports and textual production about their experiences, in addition to notes in the researcher's field diary. **Results:** Moderate levels of anxiety were found in the three participants and symptoms of depression were predominantly classified as mild. There was a predominance of the Personality Trait Neuroticism and the Initial Maladaptive Schema of Vulnerability to Harm and Illness. Fear was highlighted as the predominant emotion and avoidant behavior as the main form of coping. The analysis of the narratives showed an improvement in adherence to medication to control asthma and changes in behavior when faced with situations with the potential for an asthma attack. Psychoeducation acted as an important tool in this process. **Conclusion:** The need to deepen research on the family profile is highlighted, as well as the importance of developing public policies that support the implementation of psychological interventions as adjuvants in the management of asthma.

Keywords: Asthma, Adolescence, Cognitive Behavioral Therapy, Schemas.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Avaliação do controle de sintomas da asma - - - - -	39
QUADRO 2 – Classificação da Asma por Gravidade - - - - -	40
QUADRO 3 - Perfil clínico e psicológico da adolescente Ametista - - - - -	57
QUADRO 4 - Esquemas Disfuncionais Relevantes de Ametista - - - - -	58
QUADRO 5 - Perfil clínico e psicológico da adolescente Safira - - - - -	61
QUADRO 6 - Esquemas Disfuncionais relevantes de Safira - - - - -	62
QUADRO 7 - Perfil clínico e psicológico do adolescente Citrino - - - - -	65
QUADRO 8 - Esquemas Disfuncionais relevantes de Citrino - - - - -	66
QUADRO 9 – Tipos de Famílias Freadoras de Problemas por cada Domínio Esquemático -	71
QUADRO 10 – Síntese dos Resultados da 3º Sessão - - - - -	75
QUADRO 11 – Dados Obtidos mediante a Técnica “Skate do Tempo” - - - - -	76
QUADRO 12 – Dados Obtidos Mediante o uso da Ficha de RPD Adaptado- - - - -	77
QUADRO 13 - Identificação da Vulnerabilidade nos Participantes - - - - -	78
QUADRO 14 - Distorções Cognitivas x Respostas Adaptativas - - - - -	79
QUADRO 15 – Estratégias de Enfrentamento do Medo - - - - -	81
QUADRO 16 – Descatastrofização dos Pensamentos - - - - -	83
QUADRO 17 - Imagem Mental: Riscos x Controle - - - - -	84
QUADRO 18 – Ansiedade X Dificuldades Impostas pela Asma - - - - -	88
QUADRO 19 - Mudança nos Estilos Desadaptativos de Enfrentamento - - - - -	93
QUADRO 20 – Categorização de Sintomas Psicofisiológicos com Base no Termômetro de Intensidade das Preocupações- - - - -	94

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS

ACT	Asthma Control Test
CID10	Código Internacional de Doenças
CFP	Conselho Federal de Psicologia
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria
EBADEP-IJ	Escala Baptista de Depressão (Versão Infanto-Juvenil)
EID's	Esquemas Iniciais Desadaptativos
EPQ-J	Questionário de Personalidade para criança e Adolescente
GINA	Global Initiative for Asthma
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MASC	Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
QEA	Questionário de Esquemas para Adolescentes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TE	Terapia do Esquema

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I.....	18
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
1. Um olhar especial para a asma e seus fatores biopsicossociais	18
2. A vivência da asma e seu impacto na saúde mental	22
3. O adoecimento por asma na adolescência: peculiaridades e impacto psicossocial	25
4. A Terapia Cognitivo-Comportamental com Foco em Esquemas	29
5. Modelo de Intervenção com base na TCC e foco em Esquema: principais técnicas.....	34
CAPÍTULO II.....	37
PERCURSO METODOLÓGICO	37
1. Participantes	37
2. Instrumentos	38
2.1 Instrumentos para avaliação Clínica da Asma	38
2.2 Instrumentos para avaliação de aspectos psicológicos da asma	41
3. Procedimentos de Coleta de Dados.....	44
3.1 Preparando o campo.....	44
3.2 Avaliação do perfil clínico e psicológico dos participantes.....	45
3.2 Intervenção Cognitivo-Comportamental com Foco em Esquemas	46
3.3 Reavaliação pós-intervenção dos aspectos clínicos e psicológicos.....	49
CAPÍTULO III	51
PERFIL CLÍNICO E PSICOLÓGICO DOS ADOLESCENTES	51
1. Sessões de avaliação psicológica dos participantes	52
2. Caracterização e perfil psicológico dos adolescentes participantes	53
2.1 Adolescente Ametista	54
2.2 Adolescente Safira	58
2.3 Adolescente Citrino.....	62
3. Evidências do perfil psicológico dos voluntários: integração e discussão dos dados	66
CAPÍTULO IV	73
INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA INDIVIDUAL EMBASADA NA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL COM FOCO EM ESQUEMAS.....	73
1. Sessões de Intervenção.....	73
2. Efeitos da intervenção: Análises narrativas	86
2.1 A) Fase 1 - Leitura.....	87

2.2 B) Fase 2 - Categorização	89
2.3 C) Fase 3. Tratamento e interpretação dos resultados.....	95
3. Integração dos resultados das narrativas	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICES	112
ANEXOS	125

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas apresentam duração longa ou incerta, decorrem de causas múltiplas e seus tratamentos requerem um processo de cuidado contínuo que, em geral, não promovem a cura dos processos patológicos subjacentes (BRASIL, 2014). No Brasil, dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, relativos à Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, apontam que, no período compreendido entre 2013 a 2019, 52% das pessoas com 18 anos ou mais foram diagnosticadas com ao menos uma Doença Crônica Não Transmissível - DCNT (BRASIL, 2019). Dentre estas, 5,3% tinham o diagnóstico médico de asma e, deste percentual, 37,6% manifestaram alguma crise asmática no ano de 2019.

A asma é considerada um problema de saúde pública ao redor do mundo. Segundo Pitchon et al. (2019), tomando por base a população mundial, a asma atinge cerca de 334 milhões de pessoas. No Brasil, a prevalência média de pessoas com asma ativa é de 18,5%. Trata-se da doença crônica mais comum entre crianças e adolescentes, ocasionando aumento do absenteísmo escolar e, consequentemente, possível ausência dos pais ao trabalho, além de comprometer a qualidade de vida da família e impactar economicamente o sistema de saúde.

De acordo com um estudo ecológico de séries temporais, em que foram avaliados óbitos ocorridos no Brasil no período entre 1996 e 2015, foram registradas 5.014 mortes relativas à faixa etária de até 19 anos. No caso de morte decorrente de complicações da asma, foi constatado que, entre adolescentes de 10 a 19 anos, havia, quando comparado a outras faixas de idade, maiores chances de óbito fora do ambiente hospitalar, em locais como domicílio, via pública e outros tipos de estabelecimento de saúde. Esses dados indicam possíveis dificuldades de acesso aos serviços de saúde, subdiagnóstico, além de baixa adesão ao tratamento e consequente falta de controle da doença (PITCHON et al. 2019).

Os principais fatores de risco que se associam com os óbitos em casos de asma, conforme Pitchon et al. (2019), estão relacionados a falhas da percepção quanto à gravidade da doença e de suas exacerbações, transtornos emocionais e seguimento inadequado do plano terapêutico, incluindo o uso excessivo de medicamentos de resgate (broncodilatadores de curta e longa duração) e irregularidade no uso dos corticosteroides inalatórios (controle). Pizzichini et al. (2020) também afirmam que a dificuldade no controle da asma está atrelada a uma baixa

adesão às prescrições e orientações médicas devido a fatores como medo e mitos sobre o tratamento e barreiras no acesso aos serviços de saúde.

Há, no país, desde 2003, o financiamento para compra de medicamentos de uso contínuo para pacientes asmáticos, além de se verificar um aumento no número de programas e serviços que oferecem atendimento integral a pessoas que vivenciam essa enfermidade. Não obstante, a adesão ao tratamento da asma ainda está abaixo do esperado, demonstrando que estas ações necessitam de maior organização e incentivos (CERCI NETO; FERREIRA FILHO; BUENO, 2021). Além disso, o tratamento, na maioria das vezes, não é realizado por uma equipe multiprofissional e há insuficiência de estratégias de educação para a saúde junto aos pacientes asmáticos (PITCHON et al., 2019). Nesse sentido, desenvolver políticas públicas que garantam o olhar acerca dos aspectos psicossociais da asma pode corroborar efetivamente para o controle da fase aguda da doença.

Conviver com a asma implica em restrições que podem gerar dificuldades em diversas áreas de funcionamento do indivíduo e, assim, comprometer sua qualidade de vida, principalmente quando se trata de adolescentes. Parto da minha experiência pessoal, como alguém que vivenciou asma com difícil controle na adolescência, em uma época em que os atendimentos psicológicos na região sul fluminense, onde residia, eram praticamente inexistentes e a conduta medicamentosa e as internações eram os únicos recursos de controle da doença. Assim, minha participação em eventos sociais era restrita devido tanto aos esforços para evitar o agravamento do quadro clínico como por impedimentos ocasionados pelas frequentes crises asmáticas, contribuindo ainda para desencadear sintomas depressivos e de ansiedade concomitante as crises de asma ou posterior a elas. Em tempos mais recentes, tenho percebido certas semelhanças em adolescentes com asma que são por mim atendidos, enquanto profissional de psicologia, em serviços de saúde. Observo que as crises de ansiedade e os sintomas depressivos fazem parte do cotidiano daqueles que, de modo frequente, passam por internações abruptas, envolvendo oxigenioterapia e medicamentos broncodilatadores, muitas vezes com administração intravenosa que causa desconfortos físicos.

Na adolescência, há maiores chances de complicações relacionadas a asma e a outras DCNT, visto que, comumente, observa-se entre pacientes deste segmento de idade negação da gravidade da doença, pobre adesão ao tratamento, comportamentos de risco, dentre outros fatores psicossociais que podem culminar em subtratamento (PITCHON et al., 2019). Este cenário se torna mais preocupante quando se considera a alta incidência de transtornos

emocionais em pacientes asmáticos. Sendo a adolescência um período de autoafirmação e crítico para a construção da identidade, é comumente marcado por conflitos psíquicos gerados por incertezas diante das vivências típicas dessa fase do desenvolvimento (PESSOA et al., 2019; PIZZICHINI et al., 2020). Essas experiências tendem a interferir na construção da identidade do adolescente com asma e nas suas relações interpessoais (ARAÚJO, 2014).

Todos estes aspectos atestam a necessidade de intervenções que possibilitem prevenir ou minimizar o agravamento da doença neste grupo etário. Assim, um acompanhamento por equipe multiprofissional mostra-se de suma importância para favorecer a adesão ao tratamento, bem como para auxiliar o jovem e sua família na adaptação ao tratamento e no reconhecimento dos sintomas tanto da asma quanto de ansiedade ou depressão que podem ocorrer concomitantemente.

Deste modo, o psicólogo pode ter um papel importante neste cenário, compondo equipes multidisciplinares em clínicas privadas, em serviços hospitalares ou na atenção primária, de modo a colaborar para prevenção e tratamento da asma e suas comorbidades. Conforme atribuições previstas na Resolução CFP N° 002/2006, do Conselho Federal de Psicologia – CFP, cabe ao Psicólogo contribuir para promover saúde e qualidade de vida a cada sujeito, atento ao compromisso com princípios éticos e buscando alavancar a Psicologia como ciência e profissão (CFP, 2006). Sendo assim, promover pesquisa no campo da psicologia que objetiva oportunizar melhoria no bem-estar de pacientes com doença crônica é também contribuir para fortalecer a inserção da psicologia no âmbito do sistema de saúde.

A literatura tem apontado que existem componentes psicológicos na asma que interferem nas crises apresentadas pelos pacientes (DOYLE, 1946; PESSOA, 2019). Advoga, nessa direção, que as intervenções psicológicas podem favorecer uma melhor adesão ao tratamento e um maior controle de sintomas físicos e psicológicos. Por conseguinte, podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida do adolescente com esse diagnóstico e para aumentar os fatores de proteção à sua saúde, visto que buscam levar este e seus familiares a compreenderem os mecanismos psicofisiológico da asma e sua relação com as emoções e com o modo como se faz a leitura do mundo e de si mesmo (esquemas).

A falta de compreensão e os mitos acerca das manifestações psicológicas desta doença é um dificultador tanto para a pessoa com asma quanto para sua família, visto que não ter clareza acerca das consequências e dos riscos impostos por crises agudas e intensas pode facilitar a recorrência das crises. Assim, a psicoeducação e o acompanhamento psicoterapêutico, sejam

individuais ou em grupo, podem ser instrumentos valiosos para a adesão ao tratamento e o controle da doença, oferecendo recursos para administração das emoções e para identificação dos gatilhos que disparam esquemas disfuncionais e geram alterações psicofisiológicas que contribuem para a precipitação da crise asmática.

Baseio-me no pressuposto de que a gravidade e a periodicidade das crises asmáticas apresentam um componente emocional, podendo sofrer influência de níveis elevados de estresse, de transtornos de ansiedade e de quadros clínicos de depressão. Nesse sentido, conviver com as limitações impostas por tais crises costuma gerar dificuldades emocionais que, por sua vez, podem contribuir para o agravamento das crises, criando um círculo comprometedor do controle da doença. Ademais, além das limitações impostas pelo próprio adoecimento, existem ainda os desconfortos gerados pelos efeitos adversos dos medicamentos, como taquicardia e tremores (PESSOA et al., 2019).

Nesta perspectiva, a presente pesquisa objetivou desenvolver e avaliar os resultados de um protocolo integrativo de intervenção psicológica individual, de base Cognitivo-Comportamental com foco em Esquemas, em adolescentes asmáticos. O protocolo foi composto por doze encontros de cerca de 60 minutos cada, assim organizados: (1) Avaliação do Perfil Clínico e Psicológico dos participantes em três sessões, quando foram analisados fatores psicológicos que dificultam o controle do quadro clínico da asma, incluindo traços de personalidade e Esquemas Desadaptativos predominantes; e (2) Intervenção Psicológica ao longo de nove sessões, tendo em vista auxiliar os adolescentes a desenvolver melhor manejo das situações com potencial gatilho psicológico para crise asmática e diminuir seus sintomas de ansiedade e/ou depressão, de modo a aumentar o grau de adesão ao tratamento e reduzir a periodicidade e intensidade das crises de asma. Ao final, buscou-se comparar as avaliações dos adolescentes realizadas pré e pós-intervenção para verificar a ocorrência de flexibilização dos Esquemas disfuncionais e mudanças de comportamento frente aos gatilhos das crises de asma.

A ideia subjacente, portanto, foi a de que um estado emocional alterado colabora para dificultar o manejo clínico da doença. Nessa direção, presumo que a tomada de consciência de Esquemas Iniciais Desadaptativos que atuam como gatilhos para alterações emocionais pode contribuir para a redução dos níveis de ansiedade e para atenuar os sintomas depressivos, o que possibilita alcançar um melhor manejo de fatores psicofisiológico e psicossociais, assim como de estressores que comprometem o controle da asma.

Espero, com o presente estudo, somar esforços para uma melhor compreensão e manejo dessa doença crônica, de modo a facilitar a comunicação e ações conjuntas entre o psicólogo e demais membros da equipe multidisciplinar, fortalecendo ações integradas no âmbito do tratamento da asma na adolescência. Com isso, estimo ser possível, de modo viável e eficaz, prevenir ou minimizar possíveis comorbidades psiquiátricas e, por conseguinte, promover qualidade de vida para o jovem com asma.

Neste contexto, a escrita desta tese foi organizada em capítulos. O primeiro deles apresenta as bases conceituais das variáveis em estudo e os modelos teórico-metodológicos de sustentação do trabalho desenvolvido. O capítulo 2 descreve o percurso metodológico adotado ao longo da pesquisa com vistas a assegurar o alcance de seus objetivos. Nos dois capítulos seguintes, são apresentados e discutidos os resultados das duas fases principais do estudo, relativas à investigação de aspectos clínicos e psicológicos dos adolescentes participantes (Capítulo 3) e ao desenvolvimento da intervenção e aos seus efeitos avaliados (Capítulo 4). Por fim, são feitas as considerações finais, buscando apontar os resultados encontrados bem como apontar as possibilidades de novos estudos que ampliem a discussão acerca de variáveis que não abarcaram este estudo, mas que parecem contribuir para o desenvolvimento de Esquemas Desadaptativos, tais como o comportamento familiar e o contexto em que o adolescente asmático cresceu, ampliando assim a influência dos aspectos psicossociais.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Um olhar especial para a asma e seus fatores biopsicossociais

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença crônica pode ser definida como um conjunto de condições que, em geral, relacionam-se com múltiplas causas e se caracterizam por início gradual, prognóstico usualmente incerto e duração longa ou indefinida, apresentando curso clínico que se modifica ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização. Podem gerar incapacidades e apresentar necessidade de intervenções associadas a mudanças no estilo de vida e que requerem cuidados contínuos para que haja controle dos sintomas (BRASIL, 2013). Sendo assim, a vivência desse tipo de adoecimento costuma desencadear emoções variadas que se relacionam, ao menos em parte, às incertezas quanto à evolução da enfermidade, aos desafios de lidar com as limitações impostas pela doença e às repercussões desta na qualidade de vida do indivíduo.

Além dos prejuízos emocionais e sofrimentos impostos ao paciente e seus familiares, muitas dessas doenças têm um forte impacto na saúde pública em nível mundial, sendo responsáveis por mortes prematuras e de causas evitáveis, bem como por elevados custos econômicos para as sociedades e para os sistemas de saúde (BRASIL, 2020). Segundo Malta et al. (2017), no Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que mais demandam cuidados especiais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) abrangem as doenças respiratórias, cardiovasculares, neoplásicas e metabólicas (diabetes). Em termos socioeconômicos, estima-se que tais enfermidades acarretarão um gasto de US\$ 7 trilhões em países de baixa e média renda, no período de 2011 a 2025. Desse modo, estes autores enfatizam que buscar a redução global das doenças crônicas é uma condição necessária para alavancar o desenvolvimento socioeconômico no Século XXI.

Vale ressaltar ainda a relação da progressão dessas doenças com o aparecimento de limitações funcionais e comprometimentos na autonomia e no bem-estar psicológico dos indivíduos acometidos. Diante deste cenário, estratégias de tratamento farmacológico e não farmacológico para reduzir a gravidade das DCNT tornam-se fundamentais na busca por diminuir a intensidade e a periodicidade de suas crises e consequente necessidade de internação hospitalar. Nessa direção, o Ministério da Saúde vem buscando ações de acompanhamento e

controle de DCNT a fim de implementar, com maior eficácia, programas de assistência, promoção e prevenção (BRASIL, 2021).

Dentre as DCNT, de acordo com a OMS, 235 milhões de pessoas sofrem de asma no mundo (SOPTERJ, 2019). Em média, 5% a 10% da população mundial tem asma, com níveis variados de gravidade e frequência de suas crises, sendo acometidas pessoas de todas as idades, de diferentes níveis sociais e contextos culturais (BRASIL, 2019). Sua prevalência tem aumentado em várias regiões do mundo, principalmente entre crianças e adolescentes (FERRARI et al, 1998).

Segundo dados da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOPTERJ, 2019), cerca de 80% das mortes causadas por asma ocorrem principalmente em países subdesenvolvidos, de baixa e média renda. Em 2013, o Brasil teve cerca de 129.728 internações e 2.047 mortes pela doença. No período de janeiro a novembro de 2014, ocorreram 105,5 mil internações por asma, onerando em R\$ 57,2 milhões a rede pública de saúde do país, sendo a asma considerada uma das principais causas de absenteísmo tanto escolar quanto no trabalho, já que é uma doença que afeta todas as faixas etárias e, em se considerando criança e adolescentes, a mãe ou o pai pode ter que deixar de ir ao trabalho para cuidar do filho.

A prevalência da asma em adolescentes, no Brasil, é considerada uma das maiores do mundo, cerca de 20% de crianças e adolescentes em idade escolar (CARDOSO, 2017; PIZZICHINI, 2020). Segundo dados da OMS, dentre os brasileiros com idade entre 18 e 45 anos, cerca de 23% tiveram sintomas de asma no ano de 2019. Destes, apenas 12% tinham diagnóstico prévio de asma, conforme estudo realizado em 2012 com 109.104 adolescentes (SOPTERJ, 2019).

Os custos da asma não controlada e grave é elevado tanto para o sistema de saúde quanto para as famílias, comprometendo cerca de um quarto da renda familiar entre os usuários do SUS. Apesar disso, a doença ainda é subdiagnosticada e subtratada. Assim, é preocupante que somente 12,3% dos pacientes asmáticos recebam a classificação de asma controlada. (PIZZICHINI, 2020).

As campanhas voltadas para orientações acerca da doença são frágeis e escassas, sendo que a maioria dos pacientes permanecem com a doença fora do controle, mesmo com a eficiência dos recursos terapêuticos disponíveis (SOPTERJ, 2019). Este cenário pode ser modificado mediante programas de atendimento aos asmáticos com atuação de equipes

multiprofissionais compostas, por exemplo, por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e psicólogos. Assim, torna-se possível desenvolver uma abordagem que prime por uma assistência integral e que envolva promoção e prevenção às crises de asma, visando reduzir os atendimentos de urgência e internações devido a exacerbações.

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, cuja principal condição limitante é a dispneia (GINA, 2002; SOPTERJ, 2000). O paciente apresenta sintomas clínicos correspondentes à inflamação da mucosa brônquica, que é o evento fisiopatológico básico da doença, caracterizado por obstrução reversível, inflamação e hiperatividade brônquica a diferentes estímulos que geram sibilância, dispneia, aperto no peito e tosses variáveis em intensidade e frequência. De acordo com *Global Initiative for Asthma* (GINA), os sintomas variam ao longo do tempo quanto a intensidade, ocorrência e frequência, podendo sofrer variações durante o dia com tendência a piorar à noite ou madrugada. Estão associados à limitação variável do fluxo expiratório devido a bronconstrição, ao espessamento das vias aéreas e ao aumento na produção de muco (GINA, 2014; SOPTERJ, 2019).

Para uma melhor unificação das suas descrições, a doença recebe as seguintes classificações pelo Código Internacional de Doenças (CID-10): Asma (J45); Asma predominantemente alérgica (J45.0); Asma não alérgica (J45.1); Asma mista (J45.8) e Asma não especificada (J45.9). Com relação a classificação da crise, esta baseia-se na manifestação dos episódios bronco constritivos, podendo ser assim especificada: Intermittente, quando o paciente apresenta episódios bronco constritivos em menos de dois dias por semana; Leve Persistente, quando apresenta episódios mais que dois dias por semana, mas não diário; Moderada Persistente, quando os episódios são diários; e Grave Persistente, quando são contínuos. Quanto a classificação de controle, pode ser descrita como asma controlada, asma parcialmente controlada e asma não controlada (GINA, 2014).

O indivíduo que possui essa doença precisa conviver com as limitações que ela impõe em sua fase aguda. Como uma doença que atinge as vias aéreas, seu tratamento requer cuidados constantes (GINA, 2020). Assim, o Ministério da Saúde, implementa a Política Nacional de Saúde Pública que garante a distribuição gratuita de medicamentos para controle das crises de asma, incluindo o beclometasona e o salbutamol (BRASIL, 2019). Porém, de acordo com a SOPTERJ (2019), a distribuição desses medicamentos ainda é reduzida em muitos Estados do Brasil, deixando, assim, uma fatia significativa da população sem o tratamento completo.

A adesão do paciente ao tratamento de modo adequado viabiliza o controle dos sintomas, diminui os riscos de mortalidade pela doença, além de reduzir custos com hospitalização. Entretanto, de acordo com a SOPTERJ (2019), no Brasil, cerca de 56% dos pacientes têm o controle apenas parcial da asma, enquanto menos de 10% alcançam melhores resultados. Este cenário evidencia a baixa adesão ao tratamento como um dos principais fatores para a não obtenção de um maior controle dos sintomas desta doença. Em pacientes com pouca adesão ou abandono do tratamento, o risco da exacerbação e agravamento progressivo dos sintomas da asma, com maior ocorrência de episódios agudos ou subagudos da doença, é seis vezes maior do que nos pacientes com adesão adequada, enquanto para aqueles com controle parcial é duas vezes maior.

Nesse contexto, para reduzir a mortalidade, além de diminuir os gastos com consumo de recursos do sistema de saúde, é necessário o desenvolvimento de ações amplas e multidisciplinares com vistas a reduzir os atendimentos de urgência e internações por exacerbações no quadro clínico dos pacientes com asma. Isso é especialmente importante se considerarmos que a asma é uma doença multifatorial, que envolve fatores genéticos, ambientais e psicológicos (CAMILLO et al., 2010).

Desde os primórdios, Hipócrates afirmava que o ataque de asma podia ser precipitado por emoções súbitas e violentas, mostrando que o contexto pode exercer uma influência direta na intensidade e periodicidade das crises (MOSS, 1923). Afirmações equivalentes foram realizadas na primeira metade do Século XX por autores como Doyle (1946), que apresentou evidências de várias pesquisas que buscavam compreender os aspectos psicológicos da asma através da apresentação de casos nos quais os ataques asmáticos ocorriam após emoções súbitas ou intensas. Segundo Doyle (p. 240), "*as crises asmáticas isoladas podem ser precipitadas, antecipadas, ou inibidas por fatores psicológicos*". Nesse contexto, é suposto existir uma inclinação psicológica em que pacientes com predisposição alérgica podem apresentar sintomas clínicos da asma quando entram em contato, direta ou indiretamente, com elementos que recordam o gatilho alérgico, apontando a relevância dos fatores psicogênicos da asma.

Estes estudos foram a base inicial para a compreensão da influência de fatores psicológicos na manifestação da asma, abrindo horizontes para novas pesquisas neste campo. Assim, nos últimos anos, tem sido realizadas pesquisas que indicam a interferência de fatores psicológicos no desencadear e no manejo da asma, apontando para o fato de que transtornos emocionais e comportamentais encontram-se presente em um número significativo de pessoas

com esse diagnóstico, principalmente em crianças e adolescentes (ALVIM et al., 2008; AMARAL; SANT'ANA, 2017; CAMPANHA; FREIRE; FONTES, 2008; MATOS; MACHADO, 2008; NOGUEIRA; SILVA, 2012; SALOMÃO JÚNIOR et al. 2008).

Segundo Borba, Ribeiro e Sarti (2009), além dos aspectos biológicos, a asma é influenciada por memórias de experiências interpessoais difíceis, que são permeadas por sofrimento e constituem fatores importantes para desencadear seus sintomas clínicos. Sendo assim, o componente emocional pode contribuir em três níveis do quadro asmático: a) desencadeamento das crises, b) persistência ou agravamento do sofrimento durante as crises, e c) resistência ao tratamento ou período intercrítico, (SILVA, 2012).

De acordo com sua gravidade, o que inclui recorrência da agudização das crises bem como aumento de sua intensidade, a doença pode acarretar prejuízos funcionais na vida da pessoa que vivencia esse diagnóstico. Sendo assim, a asma mostra ser um tema relevante que necessita ter seu campo de discussão ampliado, visto que há um impacto tanto na esfera psicossocial quanto socioeconômica. Em se tratando de crianças e adolescentes, os prejuízos impactam a vida escolar e a vida social, contribuindo para exacerbar o sofrimento psíquico relacionado, por exemplo, a transtorno de ansiedade, estresse agudo/pós-traumático e depressão. Ademais, esses fatores, na adolescência, colaboram, muitas vezes, para piorar conflitos psicossociais comuns nesta fase da vida. Assim, implementar novas propostas terapêuticas que objetivem não só melhorar as condições respiratórias, mas, pautado no atendimento global, propor medidas que propicie mudanças nos aspectos psicológicos pode contribuir para melhor qualidade de vida do paciente asmático (CAMPANHA et al., 2008).

2. A vivência da asma e seu impacto na saúde mental

As emoções associadas a transtornos mentais alteram o funcionamento psicofisiológico do indivíduo, sendo, geralmente, acompanhadas por respostas autonômicas, endócrinas e motoras esqueléticas, as quais dependem de áreas subcorticais do sistema nervoso, responsáveis por preparar o corpo para a ação (ESPERIDIAO-ANTONIO, 2008). Esses mecanismos são, normalmente, percebidos quando o indivíduo vivencia emoções abruptas ou situações de estresse, que possivelmente atuam como desencadeadoras da crise asmática. Dentro desta perspectiva, qualquer que seja a gravidade da asma ela causa comprometimentos nos âmbitos: físico, psicológico e social, além de impor restrições na vida das pessoas (ASSIS et al., 2018).

Segundo a OMS, ansiedade e depressão apresentam correlação com a asma brônquica, sendo 30% de incidência de ansiedade e 10% de casos de depressão em pacientes com asma quando comparados aos indivíduos sem asma (BRASIL, 2010). Tais sintomas relacionam-se, principalmente, com a asma de difícil controle, que apresenta onze vezes mais chance de exacerbações e cinco vezes maior probabilidade de hospitalização (PESSÔA et al., 2019). Sendo assim, esses transtornos têm um impacto significativo no quadro clínico da asma, podendo dificultar seu controle.

Em pesquisa desenvolvida por Pessôa et al. (2019) junto a pacientes com diagnóstico de asma, dos 71 participantes, 38 apresentaram ansiedade e/ou depressão (53,5%). Dentre os 34 pacientes com sinais e sintomas de ansiedade, 27 tinham asma não controlada (79,4%), assim como 25 (86,2%) dos 29 sujeitos com depressão também evidenciaram falta de controle da doença. Esses resultados sinalizam, portanto, possível comorbidade entre asma e transtorno de ansiedade e/ou depressão.

Na 11^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos são descritos com base em apresentação clínica, por categorização objetiva (OMS, 2019). Neste contexto, vale ressaltar que existe uma linha tênue entre emoções primárias, que fazem parte do cotidiano, tais como tristeza, medo e inquietação, e os sintomas apresentados nos transtornos de ansiedade e depressão. A diferença reside na intensidade e na frequência destas emoções, assim como no impacto que exercem na vida do indivíduo. Por conseguinte, é importante investigar a natureza dos sintomas, fatores predisponentes, desencadeantes e agravantes. No caso do paciente com asma, as manifestações clínicas, as reações medicamentosas e as limitações impostas pelo adoecimento crônico podem interferir neste processo e gerar uma retroalimentação dos quadros de saúde física e mental.

Conforme a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-V), o transtorno de ansiedade tem como característica central o medo, que é a resposta emocional a uma ameaça iminente, real ou percebida, sendo manifestado concomitantemente com a ansiedade, que é a antecipação de ameaça futura (APA, 2014). Tais respostas geram perturbações comportamentais que podem limitar o paciente em suas práticas cotidianas. Estes estados se sobrepõem, sendo o medo comumente mais frequente, o qual gera excitabilidade autonômica aumentada e pensamentos automáticos relacionados a perigo iminente, levando o sujeito a apresentar provável comportamento de fuga. A ansiedade, por sua vez, relaciona-se mais diretamente com tensão muscular e vigilância, alerta contínuo,

em que se busca antever o perigo, mantendo-se em estado de preparação para um perigo futuro, o que tende a gerar alterações fisiológicas e comportamento de cautela e esquia.

A ansiedade associa-se ao desequilíbrio do sistema nervoso autônomo, podendo ser consequência de uma hiperfunção parassimpática ou de um desequilíbrio entre os sistemas nervoso simpático e parassimpático (ASSIS et al., 2018). Geralmente, inclui sintomas como tensão muscular, dilatação de pupilas, taquicardia, alterações respiratórias, dentre outras manifestações fisiológicas que ocorrem diante de situações temidas e podem gerar comportamento de esquia, com pensamentos ou crenças disfuncionais associados. Assim, o constante estado de alerta imposto por crises de ansiedade pode precipitar os sintomas de asma. De fato, a ansiedade pode desencadear reações fisiológicas intensas, como constrição das vias respiratórias. Contribui, portanto, para o agravamento dos sintomas da asma, principalmente naqueles que convivem com a doença desde tenra idade, levando a crises graves e a internações, visto que as experiências precoces na vida, particularmente as negativas, imprevisíveis ou de difícil controle, contribuem para maior vulnerabilidade psicológica sendo, assim, um facilitador para desencadear sintomas psicofisiológicos.

A depressão também apresenta associação com a asma (PESSÔA et al., 2019). De acordo com o DSM-V, os transtornos depressivos podem ter várias classificações, abrangendo transtornos disruptivos, da desregulação do humor, depressivo maior, persistente (distimia), disfórico pré-menstrual, induzido por substâncias químicas e devido a outra condição médica (APA, 2014). Mas, de um modo geral, suas principais características relacionam-se com perturbações do humor, sobretudo tristeza e irritação, e sensação de vazio, que normalmente são acompanhadas por sintomas somáticos e cognitivos que afetam significativamente o funcionamento do indivíduo. Num contexto de limitações imposta por recorrentes crises de asma, tais sintomas podem ser acentuados e, consequentemente, podem interferir na adesão às prescrições e orientações da equipe de saúde.

Deste modo, pode-se, então, pressupor que a vivência de uma doença como a asma pode colaborar para a precipitação de quadros ansiosos, e depressivos, tanto quanto estes transtornos podem interferir no processo terapêutico e no controle dos sintomas correspondentes. Segundo Vieira et al. (2011), mesmo não sendo possível traçar um padrão de comportamento para todos os pacientes, observa-se uma influência emocional na asma que se relaciona de modo direto com a gravidade da doença, na medida em que esses fatores emocionais afetam a intensidade e a duração das crises asmáticas. Estima-se que essa dinâmica de alterações emocionais e físicas

possa ser acentuada na adolescência devido aos conflitos comumente experenciados nessa fase do desenvolvimento humano.

3. O adoecimento por asma na adolescência: peculiaridades e impacto psicossocial

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, ocorre entre os 10 aos 19 anos (BRASIL, 2006). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por sua vez, estabelece como critério etário para esse período do ciclo de vida a idade de 12 aos 18 anos e, em casos excepcionais, até 21 anos (EISENTEIN, 2018). No Censo Brasileiro de 2010, o país tinha cerca de 18% da sua população total com idades entre 10 e 19 anos, representando um número estimado de 35 milhões de adolescentes.

Em linhas gerais, a adolescência é descrita como uma fase de transformações tanto no que diz respeito a aspectos físicos quanto a aspectos psíquicos e sociais. Nessa perspectiva biopsicossocial contemporânea, o desenvolvimento humano é visto como sendo um contínuo, ou seja, não cessa. Mas, em uma compreensão por etapas do processo desenvolvimentista, ressalta-se características peculiares da adolescência, tanto no que diz respeito aos aspectos biológicos quanto aos psicológicos, além de ser marcada por uma maneira particular do indivíduo lidar com suas experiências de vida (EISENTEIN, 2018).

No âmbito biológico, ocorre a puberdade, quando mudanças morfofisiológicas se tornam evidentes, acarretando alterações na forma, tamanho e função do corpo. Estas mudanças são geradas por uma reativação dos mecanismos neuro-hormonais do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal-gonadal, conhecido como fenômeno pubarca ou adrenarca e gonadarca, que é parte de um processo contínuo e dinâmico que se inicia durante a vida fetal (EISENTEIN, 2018).

Em um enfoque psicossocial, a adolescência é vista como um período marcado por labilidade emocional, mudanças na autoestima, exigência de autoafirmação, expressão de traços de personalidade, necessidade de pertencimento e aceitação dos outros em paralelo com a busca de independência e autonomia, o que é importante para fortalecer o autoconceito e a autoeficácia (BANDURA, 2008; BRASIL, 2006; EISENTEIN, 2018). É nesta fase que se evidencia uma maior aproximação dos pares e preparação para a vida adulta, a fim de se obter o “status de indivíduo maduro” (OLIVEIRA; CAMILO; ASSUNÇÃO, 2003).

Neste contexto desafiador, repleto de mudanças, o adolescente comumente vive crises existenciais, buscando delinear-se de modo que se sinta confortável e seja socialmente aceito. É um momento crítico para a construção de uma identidade pessoal e social a qual, muitas vezes, gera alterações emocionais que colaboram para desencadear ou agravar o adoecimento físico e/ou psíquico. Sendo assim, torna-se relevante buscar compreender as especificidades do desenvolvimento neste período da vida, em que variadas transformações ocorrem de modo acelerado, para que seja possível atender adequadamente este público em seus cuidados de saúde.

O adolescente deve ser visto como ser ativo, pois, ao mesmo tempo que é produto, é também produtor de seu desenvolvimento, que acontece na interação da pessoa com seus contextos. De acordo com Bronfenbrenner (1999), o contexto pode ser entendido como um conglomerado de sistemas independentes que se organizam de modo hierárquico e são compostos por atividades, papéis sociais e relações interpessoais. Estes sistemas são descritos, na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, como (1) Microssistema, ambientes em que a criança participaativamente e inicia suas primeiras interações sociais face-a-face com oportunidades de treino de habilidades específicas (por exemplo: família, creche e escola); (2) Mesossistema, correspondente ao conjunto de ambientes que a pessoa frequenta no decorrer do ciclo de vida, fazendo parte de suas relações sociais (por exemplo: relações mantidas em casa, no clube, na igreja ou na vizinhança); (3) Exossistema, ambientes em que a criança não participaativamente mas sofre o impacto indiretamente em seu desenvolvimento (por exemplo: a empresa em que o pai trabalha, a escola do irmão, as redes de amigos dos pais); e (4) Macrossistema, que é o ambiente que envolve todos os outros, de modo a construir uma rede de interconexões, que se diferenciam de uma cultura para outra (por exemplo: a estrutura político, econômica e cultural de um país).

Assim, a adolescência vai-se constituindo na medida em que impacta e é impactada por efeitos diretos e indiretos, gerados por mudanças e estabilidades sucessivas diante de transformações histórico-culturais, sociais e político-econômica relativas ao tempo em que as experiências são vividas. De acordo com essa abordagem teórica, das transições pelas quais os adolescentes passam, algumas são esperadas ou normativas, como o namoro e mudanças de ciclo escolar, outras, porém, são imprevisíveis ou não-normativas, como a vivência de doenças crônicas, tanto no âmbito pessoal como familiar.

Lidar com as mudanças impostas por uma doença pode tornar esta fase ainda mais complexa. Os relacionamentos sociais, a satisfação com a própria vida, o senso de autoeficácia, bem como o estilo de vida adotado podem ficar prejudicados mediante o acometimento por um agravio à saúde, sobretudo quando crônico. Uma doença crônica, de modo geral, acarreta prejuízos a pessoas de todas as faixas de idade, porém, no caso de crianças e adolescentes, pode impor restrições para tarefas desenvolvimentais importantes e atuar como um dificultador para interação social, solução de conflitos e autoimagem positiva. Ademais, para que haja o controle de uma doença é preciso adesão aos seus tratamentos, o que implica na necessidade de adequar a vida às limitações impostas pelo avanço do adoecimento ou seu tratamento. Todos esses fatores são geradores de estresse para o paciente e sua família (SALOMÃO JÚNIOR, 2008). Assim, buscar estratégias para elucidar dúvidas sobre a doença (Psicoeducação) e demais técnicas psicológicas que auxiliem no autoconhecimento pode contribuir neste processo.

Em se tratando da asma, é preciso considerar que, além do período de agudização da doença impedir o indivíduo de realizar suas atividades habituais frente, principalmente, a dispneia, existe ainda os efeitos colaterais gerados pelos medicamentos de resgate, que podem desencadear tremores e taquicardia, levando ao absenteísmo e a esquiva de eventos sociais. Tudo isso pode afetar negativamente o adolescente, fragilizando sua autoconfiança e autoimagem positiva, o que contribui para uma maior vulnerabilidade e para desencadear transtornos emocionais e outros problemas de origem psicológica (SALOMÃO JÚNIOR, MIYAZAKI; CORDEIRO; DOMINGOS; VALÉRIO, 2008).

Ademais, o desenvolvimento do corpo pode sofrer alterações em pacientes com asma não controlada devido a constantes baixas na saturação do oxigênio na corrente sanguínea. Desse modo, por constantes obstruções das vias aéreas, é comum a criança/adolescentes usar os músculos assessórios da respiração, o que gera a necessidade de alterações ou adaptações do organismo ao uso inadequado ou excessivo dos elementos musculares envolvidos. Em se tratando de pacientes pediátricos, é preciso sinalizar que estes ainda apresentam o esqueleto maleável, de modo que a constante hiperinsuflação torácica, ocasionada nas crises agudas, resultam em deformações em toda musculatura respiratória superior, podendo gerar encurtamento muscular, debilidade do diafragma e da musculatura abdominal (SARMENTO, 2009), que se não tratada adequadamente pode perpetuar até a vida adulta, prejudicando a postura corporal (LOPES, 2007; PASINATO et al. 2006; SARMENTO, 2009). Assim, segundo Lima e Júnior (2011), os asmáticos normalmente, apresentam ombros elevados e protraídos, aumento do diâmetro antero-posterior do tórax, lordose lombar, tensão na musculatura do

pescoço, ombros, coluna, face, o que pode acometer esteticamente a imagem corporal do adolescente.

Essas características físicas comuns em adolescentes asmáticos podem afetar sua autoestima, contribuindo para a apresentação ou exacerbação de alterações psicológicas. Em um contexto marcado por mudanças físicas e labilidade emocional, vivenciar um adoecimento crônico é um fator a mais para administrar frente, por exemplo, a internações de emergência e rotinas de consultas e tratamentos, além de privações de experiências interpessoais, preocupação excessiva em não ter contato com alérgenos e dificuldades na prática de esportes e de brincadeiras. A asma traz limitações e preocupações que, por vezes, interferem nas relações sociais e na qualidade de vida dos adolescentes, haja vista que as experiências negativas vividas por crianças e adolescentes com asma podem comprometer o desenvolvimento de habilidades sociais (AMARAL; SANT'ANA, 2017). Assim, levá-los a compreender a importância da adesão ao tratamento pode contribuir para o melhor controle da asma e, assim, diminuir o impacto fisiológico que ela acarreta. Ademais, as técnicas de intervenção psicológicas podem auxiliar no desenvolvimento de estratégia que corrobore para minimizar o impacto emocional que as alterações físicas, as privações de experiências interpessoais, eventualmente, venham causar.

A doença em si promove sintomas que impedem certas atividades esportivas e sociais, além de comprometer a assiduidade escolar quando as internações se tornam constantes. Além disso, a constante preocupação e os cuidados para evitar as crises, assim como os procedimentos de resgate das crises, quase sempre realizados em emergência hospitalar, podem conduzir ao desenvolvimento de esquemas cognitivos disfuncionais, afetando o modo como o sujeito enxerga o mundo, os papéis sociais e profissionais, e o autocuidado. Estes aspectos podem gerar sofrimento físico e psíquico, além de trazerem um conjunto de alterações que costumam desafiar a visão que o sujeito tem de si mesmo e de suas capacidades. Desse modo, é exigido do indivíduo que construa um complexo processo de adaptação (MATOS; MACHADO, 2007).

A associação de transtornos emocionais com a asma envolve aspectos biológicos, emocionais e de relações interpessoais, e apontam experiências difíceis, permeadas de sofrimento. Desse modo, pode-se dizer que a asma possui um componente emocional marcante, que, segundo Lemle (2010), pode influir tanto no desencadear das crises de asma, como também em seu agravamento. A periodicidade das crises, bem como o controle de seu agravamento, acarreta um impacto na saúde mental e na qualidade de vida do adolescente.

De acordo com Amaral e Sant’Ana (2017), fatores psicossociais contribuem para a morbidade e a mortalidade de pacientes asmáticos, sendo o estresse e a ansiedade os principais fatores emocionais de risco para o desenvolvimento e agravamento das crises de asma. O termo *stress* foi introduzido na literatura médica pelo médico canadense Hans Selye (1936) para se referir a uma reação fisiológica que pode ser observada e mensurada, sendo o estado manifesto através da Síndrome Geral de Adaptação. Diante do agente estressor, o sujeito exibe respostas fisiológicas em busca da homeostase do organismo (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999).

Nessa perspectiva, fatores relacionados ao estresse, como conflitos nas relações interpessoais, seja no trabalho ou na escola, somados a fatores genéticos, alérgicos ou infecciosos podem aumentar os níveis de ansiedade da pessoa e corroborar para agravamento ou precipitação das crises asmáticas. Além disso, as crises súbitas, ocasionadas até mesmo por uma gargalhada intensa, pode precipitar o chiado e a dispneia deixando o indivíduo ansioso em relação ao seu desempenho e a sua autoimagem.

Essas limitações e dificuldades, norteadas por vivencias de emergência hospitalar, desconfortos respiratórios e dores, podem desencadear emoções associadas e ou reforçadas por Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID’s), que são desenvolvidos ao longo da vida do indivíduo. Young, Klosko e Weishaar (2008) descrevem EID’s como sendo padrões emocionais e cognitivos que são responsáveis por ativação de crenças e emoções, tomados como verdades no que diz respeito a si e ao mundo, guiando suas respostas aos eventos cotidianos.

Tal constatação aponta para a importância da psicoterapia como coadjuvante no tratamento da asma. Neste contexto, a busca por uma terapia que tenha respaldo científico e leve em consideração aspectos psicofisiológicos podem agregar valor ao tratamento multidisciplinar, podendo contribuir não só para minimizar os sintomas e espaçar as crises, mas também para garantir a adesão ao tratamento. Deste modo, pressupõe-se que a Terapia Cognitivo com foco em Esquemas pode funcionar como suporte eficaz para o manejo dos aspectos psicológicos da asma.

4. A Terapia Cognitivo-Comportamental com Foco em Esquemas

As intervenções psicológicas no campo do adoecimento crônico têm ganho crescente espaço atualmente. Nesse contexto, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem-se mostrado eficiente em intervenções desenvolvidas em pesquisas com diferentes tipos de

adoecimento, sobretudo câncer, diabetes mellitus, HIV/Aids e doenças cardiovasculares (ASSUMPÇÃO; NEUFELD; TEODORO, 2016; FLORES, 2012; LOURENCAO; SANTOS JR; LUIZ, 2009; VILELA, 2008).

A TCC é uma abordagem que segue um planejamento em sua conduta, utilizando-se de procedimentos que auxiliam no reconhecimento de crenças e comportamentos, sendo diretiva e ativa, utilizada para o tratamento de diversos transtornos psiquiátricos, dentre eles, transtorno de ansiedade, depressão e queixas somáticas (GHISIO; LÜDTKE; SEIXAS, 2016). Suas técnicas de intervenção podem ser aplicadas em diversos públicos e faixa etária.

De acordo com Hofmann e Otto (2018), a TCC apresenta eficácia em seus resultados no que diz respeito ao manejo clínico de diversos transtornos psicológicos, incluindo os transtornos de humor e de personalidade (BECK et al., 2015). Além disso, demonstra evidências na promoção de saúde em casos de dor crônica (EHDE et al., 2014) e insônia crônica (TRAUER et al., 2015).

Desenvolvida por Aaron Beck na década de 1960, fundamenta-se, na racionalidade teórica, com uma prática baseada em evidências, pautada em princípios básicos em que os pensamentos podem ser conhecidos e acessados, oportunizando ao sujeito ter consciência do modo como pensa. Entende-se que tais pensamentos são mediadores das respostas emocionais e comportamentais, sendo, portanto, responsáveis por comportamentos e emoções, diante de certos gatilhos (GHISIO; LÜDTKE; SEIXAS, 2016; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Entende-se por Gatilho Psicológico ou Emocional, situações, palavras, gestos que de alguma forma, cause um impacto e ative Esquemas, Pensamentos Disfuncionais e Emoções, tais como raiva, medo e tristeza, gerando assim, comportamentos específicos para o enfrentamento, (YOUNG, 2003; FALCONE; VENTURA, 2008).

Tomando por base que o afeto e o comportamento do sujeito são, em grande parte, determinados pelo modo como ele interpreta e estrutura o mundo, o objetivo é modificar a forma disfuncional como as pessoas respondem ou interpretam os eventos que ocorrem em suas relações, buscando intervir sobre três níveis: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais.

Para tanto, utiliza-se de variadas técnicas a fim de modificar cognições distorcidas, desenvolvidas a partir de experiências anteriores do sujeito (DOBSON, DOBSON, 2017). Em se tratando do paciente asmático, sua experiência com a doença, muitas vezes traumática, pode

desencadear crenças de incapacidade e insegurança frente à vida e aos desafios de se firmar como um adulto saudável e produtivo.

A TCC é representativa de uma pluralidade de modelos de intervenção psicoterápica, incluindo a Terapia do Esquema (TE). Desenvolvida por Jeffrey Young (1990, 1999), a TE apresenta-se como uma proposta integradora, sendo considerada uma ampliação da TCC de Aaron Beck. Recebe influências de abordagens distintas como a Gestalt-terapia, conceitos da Teoria do Apego, psicodinâmica e, principalmente, da terapia cognitivo tradicional.

Tomando por base a Teoria do Apego, proposta por Jonh Bowlby (1949), a TE tem como pressuposto básico que as origens dos problemas emocionais se encontram na infância. De acordo com esse modelo teórico, afirma-se que a formação do apego se dá através do atendimento das necessidades emocionais básicas do bebê por seu cuidador primordial, em geral sua mãe (BOLWLBY, 1990). As necessidades emocionais básicas são cinco: a) vínculos seguros, b) autonomia, competência e sentido de identidade, c) liberdade de expressão, necessidade e emoções válidas, d) espontaneidade e lazer, e e) limites realista e autocontrole. O modo como estas necessidades emocionais básicas são atendidas (ou não) interfere diretamente no tipo de Apego que será desenvolvido.

Para Bowlby (1990), apego tem relação direta com sensação de segurança. Ele postula que apego se relaciona com o cuidado, sendo uma espécie de vínculo afetivo que é estabelecido precocemente e que se distingue das necessidades básicas, como a amamentação, mas que é de suma importância para a sobrevivência humana, estando na mesma escala de importância das necessidades básicas (BOWLBY, 1988/1989). A Teoria do Apego ressalta quatro padrões de apego: apego seguro; apego evitativo; apego ambivalente ou resiliente, e apego desorganizado/desorientado, (BOLWLBY, 2002; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2010).

Nesse contexto, quando o bebê desenvolve sua “leitura” de mundo mediante as sensações e emoções construídas de acordo com o tipo de apego que vai sendo estruturado, seus esquemas são desenvolvidos. O tipo de apego que vem se consolidando entre mãe ou cuidadora principal e o bebê é fundamental nesta mediação. Ao chegar na adolescência, pode-se investigar os tipos de apego constituídos, tomando por base o estado mental a partir da história global de cada indivíduo (BOWLBY, 2002). Apegos seguros e previsibilidade contribuem para o desenvolvimento de esquemas funcionais, enquanto os tipos de apego Evitante, Ambivalente e Desorganizado tendem a levar ao desenvolvimento de esquemas disfuncionais ou desadaptativos (YOUNG et al., 2008).

Os Esquemas são compreendidos por Young como sendo estruturas mais profundas do ponto de vista psicológico, que direcionam a cognição do sujeito e conduzem a “leitura” de eventos que ocorrem ao seu redor, propulsionando crenças e pensamentos automáticos. Ou seja, “*o esquema é o nível mais profundo do pensamento e todo o resto surge do esquema*” (FALCONE; VENTURA, 2008). Em suma, pode-se dizer que as necessidades emocionais não satisfeitas podem levar ao desenvolvimento de Esquemas Iniciais Desadaptativos (YOUNG, 2003). Em contrapartida, os Esquemas Adaptativos são desenvolvidos a partir das necessidades emocionais atendidas.

Dentro desta perspectiva, um indivíduo psicologicamente saudável é aquele que consegue satisfazer suas necessidades emocionais básicas, tendo estrutura psíquica que dê suporte para lidar adequadamente com as adversidades, tornando-o mais resiliente. No entanto, aqueles indivíduos que tiveram experiências de vida nocivas, com apegos ambivalentes ou desorganizados, tendem a desenvolver esquemas desadaptativos (YOUNG, 2008), que o fragiliza e abre possibilidades de adoecimento, uma vez que podem ocorrer alterações fisiológicas precipitadas por pensamentos disfuncionais recorrentes oriundos de Esquemas Desadaptativos fortes.

Entende-se por Esquemas Desadaptativos os padrões cognitivos, emocionais, interpessoais, comportamentais autodestrutivos e resistentes à mudança (FALCONE, 2011), que interferem no modo como o indivíduo enxerga o mundo e as relações e, assim, podem colaborar para gerar adoecimentos. Estes Esquemas Desadaptativos são organizados em cinco domínios que agrupam em um total de 18 Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID’s), descritos a seguir (GHISIO; LÜDTKE; SEIXAS, 2016):

(1) Domínio I: Desconexão e Rejeição. É composto pelos seguintes EID’s: abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação/emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação. Os pacientes com esquemas neste domínio apresentam incapacidade na formação de vínculos seguros e de modo satisfatório com as outras pessoas. Normalmente, passaram por experiências infantis traumáticas, oriundo de famílias que apresentavam apego ambivalente e desorganizados, com características de instabilidade, abuso, frieza, rejeição ou isolamento do mundo exterior.

(2) Domínio II: Autonomia e Desempenho Prejudicados. É composto pelos EID’s dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento/self

subdesenvolvido e fracasso. Em geral, as pessoas que apresentam estes EID's são oriundas de famílias superprotetoras, que acabam por não reforçar a autonomia do indivíduo.

(3) Domínio III: Limites Prejudicados. Os EID's predominantes neste domínio são merecimento/grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes. As pessoas que apresentam predominância neste domínio fazem parte de famílias demasiadamente permissivas, que apresentaram dificuldades para imposição de limites, colaborando assim para que haja uma falta de autodisciplina e respeito aos direitos alheios.

(4) Domínio IV: Direcionamento para o Outro. Os EID's deste domínio são: subjugação, autosacrifício e busca de aprovação/reconhecimento. Diz respeito a pessoas oriundas de famílias que estabeleciam relações condicionais, ou seja, a criança só receberia atenção, afeto e aprovação se apresentasse o comportamento esperado, em que os pais valorizavam mais suas próprias necessidades emocionais e a aparência do que as necessidades da criança, exibindo-a como troféu. Desse modo, a criança internaliza que é mais importante atender as necessidades do outro em detrimento das suas para receber aprovação e evitar retaliações.

(5) Domínio V: Supervigilância e Inibição. Normalmente oriundos de famílias rígidas e repressoras, as pessoas neste domínio apresentam EID's de negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva. Tendem a reprimir seus sentimentos e impulsos com o objetivo de cumprir regras rígidas internalizadas, causando prejuízo a própria felicidade.

Os EID's são derivados de experiências negativas regulares e constantes da pessoa, sendo reforçados, visto que, por mediarem a leitura que o indivíduo faz do mundo e dos eventos que o acomete, constituem o núcleo do autoconceito e da concepção de mundo deste, sendo sua mudança considerada ameaçadora. As expectativas resultantes da relação entre a figura de apego e o bebê ajudam a manter a leitura acerca do mundo interno e externo, dando consistência cognitiva aos EID's, que, apesar de disfuncionais, levam o sujeito a alimentá-los e mantê-los vivos, já que os esquemas são algo quase inquestionável, sendo *a priori*, uma verdade absoluta, (GHISIO et al., 2016). Neste contexto, o adolescente que convive com as limitações impostas por uma doença crônica pode apresentar padrões de comportamentos reforçadores por EID's que corroboram para gatilhos ativadores de ansiedade e/ou depressão. Desse modo, uma proposta de intervenção cognitiva com enfoque no esquema pode colaborar para minimizar desconfortos psicológicos e sintomas fisiológicos (YOUNG et al., 2008), contribuindo para maior resiliência frente as adaptações exigidas pela cronicidade do adoecimento.

Ao pesquisar a associação entre cognições disfuncionais, reguladas pelos EID's, associadas a asma, emoções e comportamentos, Matos e Machado (2008) apontam que as cognições disfuncionais relacionadas a asma podem alterar o funcionamento fisiológico através da ativação de emoções, que, desse modo, contribuem para o agravamento e/ou a periodicidade das crises asmáticas. Sendo assim, aprender a identificar e a administrar emoções e pensamentos disfuncionais pode contribuir para melhoria da interação social, mudança de comportamento, resiliência e, por conseguinte, aderência ao tratamento. Nesta perspectiva, compreender a relação entre aspectos somáticos, cognitivos e emocionais pode contribuir para a elaboração de um plano de promoção à saúde mais eficiente (CRUZ; PEREIRA JÚNIOR, 2011).

Portanto, neste estudo, busca-se compreender os esquemas disfuncionais e o modo de enfrentamento dos pacientes asmáticos, a fim de propor técnicas de intervenção que possam ajudar a minimizar sintomas psicológicos associados a asma e ao desenvolvimento de estratégias saudáveis que melhore sua resiliência e aderência ao tratamento.

5. Modelo de Intervenção com base na TCC e foco em Esquema: principais técnicas

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem como foco intervir no pensamento disfuncional para gerar mudanças no sistema de crenças e, consequentemente, promover alterações emocionais e comportamentais. Deste modo, traça-se um planejamento e utiliza-se técnicas terapêuticas com o intuito de avaliar o padrão de funcionamento do sujeito, identificar as distorções e as crenças disfuncionais, denominadas por Beck de esquemas cognitivos. Esse processo, apesar de variar de acordo com cada paciente, segue alguns princípios norteadores que caracterizam o procedimento clínico a ser seguido.

Nesta intervenção, a proposta é tornar consciente as crenças, os pensamentos disfuncionais, bem como as emoções e comportamento ativado. Tais princípios são também utilizados na Terapia do Esquema (TE), com algumas pequenas alterações, no que diz respeito a compreender que as crenças são oriundas de esquemas, levando ainda em consideração, no processo terapêutico, as questões psicológicas originadas na infância e adolescência, os EID's e os estilos de enfrentamento associados a estes (WAINER et al., 2016).

Dentro desta abordagem, a aliança terapêutica segura é de suma importância, assim como é necessário o psicoterapeuta apresentar um perfil cordial, respeitoso, cuidadoso com

habilidades para sintetizar de forma precisa as verbalizações do paciente, mostrando-se empático e colaborativo. Sendo assim, a postura do psicoterapeuta é valiosa para o processo terapêutico e o paciente é encorajado a participar ativamente do processo (WAINER et.al., 2016).

A TE é estruturada e sistemática, apoiando-se na confrontação dos padrões cognitivos e comportamentais. Apresenta um modelo de tratamento que pode ser breve, médio ou longo, de acordo com a demanda. Parte da investigação das origens infantis e adolescentes dos esquemas, assim como dos problemas psicológicos gerados e dos traços de personalidade. Utiliza-se de técnicas emotivas, ancoradas na relação-terapêutica, como uma estratégia para auxiliar na reestruturação de esquemas disfuncionais, através da escuta empática, a fim de possibilitar mudanças nos estilos de enfrentamento desadaptativos (GHISIO et al., 2016; WAINER et.al., 2016).

Sendo assim, as sessões em TE são organizadas de modo que a primeira etapa seja pautada numa anamnese bem detalhada, além de incluir explicações acerca da estrutura das sessões com vistas a melhor identificar traços de personalidade, de humor e as alterações psíquicas envolvidas no adoecimento. É necessário o uso de fichas, escalas e testes de personalidade para este levantamento. Após traçar um perfil do paciente, busca-se utilizar técnicas que possam rememorar aspectos emocionais, a fim de que se possa intervir flexibilizando ou ressignificando esses esquemas (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008). Além disso, busca-se sanar as necessidades emocionais básicas não atendidas, com o objetivo de modificar os esquemas, oportunizando uma nova forma de enxergar o contexto. Para tal, é utilizada a ferramenta Reparentalização Limitada.

De acordo com o exposto, as sessões de TE são divididas em duas etapas: avaliação/conceituação de caso e elucidação/psicoeducação do esquema (YOUNG, 2008). Nesta etapa do presente estudo, foram utilizadas entrevistas psicológicas estruturadas, testes de personalidade validado para o público infanto-juvenil, inventários de ansiedade e depressão e questionário para identificação de esquemas na adolescência, além de instrumentos capazes de auxiliar na investigação do comprometimento da asma. Assim, esta etapa faz parte da Intervenção proposta, visto que para construir o plano terapêutico de Intervenção, é necessário avaliar para identificar o perfil do participante.

Num segundo momento, foram selecionadas técnicas para intervir no padrão cognitivo disfuncional dos participantes da pesquisa. Para este fim, foram utilizadas várias técnicas

descritas pela TCC e pela TE que possibilitam tornar esse repertório de ações consciente e propiciam o autocontrole, buscando ajudar o paciente a reorganizar-se de modo diferente e apresentar comportamentos mais saudáveis (GHISIO et al., 2016; WAINER et al., 2016).

Partindo do pressuposto de que a asma pode ser precipitada por gatilhos emocionais, buscou-se, neste estudo, oferecer uma intervenção que facilitasse a identificação de esquemas e a flexibilização de modos de enfrentamento, de modo a contribuir para minimizar ou excluir esses gatilhos, tomando por base a Psicoeducação bem como a instrumentalizar o adolescente para adotar enfrentamento mais efetivo diante das limitações e estressores impostos pela crise ansiosa, depressão e asma.

A contribuição da TE com sua visão psicofisiológica acerca da manifestação das emoções, possibilitando expandir a pesquisa em torno do quanto os Esquemas Desadaptativos e o modo de enfrentamento utilizado pelo paciente, podem afetar sua saúde e corroborar para o gatilho psicológico que ativa aspectos psicogênicos da asma. Neste contexto, busca-se compreender o quanto o esquema cognitivo acerca de si pode interferir na periodicidade e criticidade das crises asmáticas em adolescentes.

CAPÍTULO II

PERCURSO METODOLÓGICO

A proposta metodológica desta pesquisa é relativa a estudo de casos múltiplos, com desenvolvimento de uma intervenção psicológica e combinação de análises qualitativas e quantitativas. Desse modo, foram realizadas análises das narrativas dos três adolescentes participantes, bem como análises comparativas de medidas de respostas de cada um deles antes e após submissão ao protocolo de intervenção, de modo a verificar os efeitos dos procedimentos realizados na frequência e intensidade de sintomas de asma, no estado emocional e em Esquemas Disfuncionais.

O desenvolvimento do estudo seguiu três etapas principais: (1) Avaliação do Perfil Clínico e Psicológico dos participantes, quando se buscou avaliar sintomas da asma e identificar aspectos psicológicos relacionados a asma em adolescentes por meio de fontes variadas, incluindo observações clínica, entrevistas e aplicação de testes psicológicos e inventários; (2) Realização de uma Intervenção Psicológica, etapa em que foram utilizadas ferramentas da Terapia Cognitivo-Comportamental com foco em Esquemas com o objetivo de flexibilizar Esquemas Disfuncionais e auxiliar no manejo de sintomas ansiosos e depressivos; e (3) Reavaliação Pós-Intervenção, realizada com vistas a verificar a ocorrência de possíveis mudanças nos participantes após o protocolo de intervenção ser implementado. Nesta última etapa, além de medidas objetivas, alcançadas por meio da reaplicação de instrumentos padronizados, foi conduzida entrevista semiestruturada com uso de um roteiro de questões destinado a investigar mudanças em respostas emocionais, em situações comuns do cotidiano do adolescente e em comportamentos passíveis de contribuir para desencadear ou intensificar crises de asma. Ademais, foi utilizado um Diário de Campo, visto que os adolescentes não aceitaram que as sessões fossem gravadas, alegando se sentirem desconfortáveis. Assim, as impressões e observações da pesquisadora foram registradas logo após cada sessão, buscando manter o maior nível de fidedignidade possível.

1. Participantes

A pesquisa foi realizada com a colaboração de três adolescentes, de ambos os sexos, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter entre 12 e 19 anos; ter recebido diagnóstico

de asma, no mínimo, há dois anos; estar em acompanhamento médico da asma em centros ou em consultório médicos na região Sul Fluminense; ter apresentado alterações psicológicas indicativas de ansiedade e/ou depressão e aceitar voluntariamente participar da pesquisa, com consentimento de seus responsáveis.

Participaram duas adolescentes, de 13 anos e 14 anos, e um adolescente, de 16 anos, provenientes de famílias com quatro membros, incluindo os pais, um/a irmão/irmã e eles próprios. Todos eles apresentavam quadro de asma parcialmente controlada e eram atendidos em clínica do setor privado.

Os pais (dois casais e uma mãe) participaram somente em uma sessão, na fase inicial da coleta de dados, quando colaboraram em uma entrevista de anamnese com apresentação de informações sobre o desenvolvimento do(a) filho(a) do parto aos 12 anos de idade e de dados socioeconômicos da família, fornecendo relatos pertinentes ao levantamento do perfil psicológico do jovem e do seu histórico médico-clínico. No tempo restante, a pesquisa transcorreu com a participação exclusiva dos adolescentes, de modo individual.

2. Instrumentos

Os instrumentos selecionados para a pesquisa foram utilizados em três momentos distintos: (1) investigação clínica acerca do controle da asma, cujo objetivo foi verificar a intensidade e a recorrência das crises de asma; (2) investigação acerca do perfil psicológico do adolescente, incluindo avaliação dos seus Esquemas Disfuncionais, dos seus níveis de ansiedade e depressão e de seus traços de personalidade; e (3) Reavaliação, com reaplicação dos instrumentos utilizados na fase da avaliação, cujo objetivo principal foi obter dados para comparação pré e pós-intervenção. Ressalta-se que a etapa da Avaliação foi parte integrativa do processo de intervenção, na medida em que ajudou a organizar a Conceituação do Caso e o planejamento das ações. A etapa de Reavaliação cumpriu o papel de levantar dados comparativos para verificação dos resultados.

2.1 Instrumentos para avaliação Clínica da Asma

Em um primeiro momento, a avaliação foi destinada a investigar a classificação do controle da asma com a colaboração de médico pneumologista ou alergista, tendo por base as orientações preconizadas pela *Global Initiative for Asthma* (GINA), organização responsável

por elaborar e divulgar critérios e pesquisas acerca das condutas de avaliação, controle e tratamento da asma. Foram empregados o Protocolo GINA e o Teste de Controle da Asma (*Asthma Control Test - ACT*), traduzido para o português e validado por Roxo et al. (2010) para uso no Brasil (ANEXO A), cujos critérios de avaliação estão descritos no Quadro 1.

GINA é uma organização médica que traça diretrizes, com foco em saúde pública, em nível global, com o objetivo principal de reduzir a mortalidade provocada por asma. Lançado em 1993, estabelece estratégias para a prevenção e o tratamento da asma a partir de comitês compostos por especialistas em asma de todo o mundo. Conforme especificado no Quadro 1, o protocolo GINA é utilizado como base para a classificação do controle da asma - controlada, parcialmente controlada e não controlada - a partir da presença ou não de quatro itens: sintomas diurnos de asma mais de duas vezes por semana, despertar noturno devido a asma, necessidade de medicação para alívio dos sintomas mais de duas vezes por semana e limitação de quaisquer atividades em consequência da asma.

QUADRO 1 - Avaliação do controle de sintomas da asma.

Instrumento	Itens	Asma controlada	Asma parcialmente controlada	Asma não controlada
GINA	<ul style="list-style-type: none"> - Sintomas diurnos acima de 2 vezes por semana - Despertares noturnos devido à asma - Medicação de resgate para alívio de sintomas mais de 2 vezes por semana - Limitação de atividades devido à asma 	Nenhum desses itens	1-2 desses itens	3-4 desses itens
ACT	<ul style="list-style-type: none"> - Limitação de atividades devido à asma - Dispneia - Despertares noturnos devido à asma - Medicação de resgate - Autoavaliação do controle da asma 	≥ 20	15-19	≤ 15

Fonte: Sociedade Brasileira de Pneumologia

O Teste de Controle da Asma (Asthma Control Test – ACT) abrange a avaliação de limitação de atividades devido à asma, dispneia, despertares noturnos, medicação de resgate e autoavaliação do controle da asma. A pontuação de cada item pode variar de 0 a 5 pontos. O mesmo pode ser aplicado de modo presencial ou online, gerando automaticamente o resultado e a orientação de reavaliação.

O GINA foi base para a elaboração do resumo de classificação da asma utilizado no III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma (SBP, 2002), apresentado no quadro 2, que constitui um parâmetro para investigação da classificação da asma em intermitente, persistente leve, persistente moderada e persistente grave.

QUADRO 2 - Classificação da asma por gravidade

Sintomas e Situações	Intermitente	Persistente Leve	Persistente Moderado	Persistente Grave
Aperto no peito, falta de ar, chiado e tosse	≤ 1 vez por semana	≥ 1 vez por semana e <	Diários, mas não contínuos	Diários e contínuos
Atividades	Em geral normais, falta ocasional ao trabalho ou escola	Limitação para grandes esforços, faltas ocasionais no trabalho ou escola.	Prejudicados. Algumas faltas no trabalho e escola, apresentando sintomas com exercícios moderados (subir escada)	Limitação diária. Falta frequente ao trabalho e escola, apresentando sintomas com exercícios leves (andar no plano)
Crises*	Ocasionais leves: controle com broncodilatadores sem necessidade da ida a emergência	Infrequentes, porém requerendo uso de corticoides quando em crise	Frequentes, algumas com ida a emergência, uso de corticoides sistêmicos ou internação	Frequente-grave. Uso de corticoide sistêmico, necessidade de internação ou risco de vida
Sintomas noturnos**	≤ 2 vezes no mês	Ocasionais $>2/mês$ e ≤ 1 vez por semana	Comuns >1 vez por semana	Quase diários >2 vezes por semana
Broncodilatador para alívio	≤ 1 vez por semana	≤ 2 vezes por semana	>2 vezes por semana e < que 2 vezes/dia	≥ 2 vezes ao dia
PFE ou VFE 1 nas consultas	Pré-beta $> 80\%$ do previsto	Pré-beta $\geq 80\%$ do previsto	Pré-beta entre 60% e 80% do previsto	Pré-beta < 60% do previsto

*Pacientes com crises infrequentes, mas que coloque a vida em risco são classificados como portadores de asma persistente grave.

**Despertar noturno com chiado e tosse é considerado um sintoma grave

Fonte: III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma - J Pneumol 28(Supl 1) – junho de 2002

2.2 Instrumentos para avaliação de aspectos psicológicos da asma

Além de instrumentos que possibilitam mensurar o grau de controle e periodicidade em que as crises de asma ocorrem, foram utilizados instrumentos destinados a avaliação psicológica dos adolescentes, buscando, assim, identificar um perfil psicológico destes no que concerne a investigação de traços de personalidade, níveis de ansiedade e depressão e esquemas disfuncionais que emergem como gatilhos para crises. São eles:

- Questionário de Personalidade para Criança e Adolescente - EPQ (ANEXO B). Este instrumento foi empregado para identificar traços de personalidade do adolescente. Neste, a personalidade é avaliada em três dimensões: Neuroticismo, Extroversão e Psicoticismo. Estes traços de personalidade, segundo Hans e Sybil (2013), estão relacionados a vulnerabilidades ou proteção à psicopatologias, competência social, promoção e proteção da saúde física e indicadores sociais e biológicos. A versão adaptada ao contexto brasileiro é composta por 60 itens, tem tempo estimado de 15 a 20 minutos de aplicação, apresentando adequados parâmetros psicométricos. A correção e interpretação são realizadas com a utilização da folha do perfil, parte integrante do instrumento em que são inseridos os escores brutos e percentis correspondentes, desenhando assim um gráfico de perfil que facilita a visualização dos escores de cada adolescente.

- Escala Baptista de Depressão (Versão Infanto-Juvenil) - EBADEP-IJ (BAPTISTA, 2018) (ANEXO C). Trata-se de um instrumento composto por 50 itens, que objetiva avaliar sintomas de depressão em crianças e adolescentes, com idade entre 8-17 anos. É composto por uma escala tipo *Likert* de três pontos, variando de zero a dois, onde a pontuação mínima é zero e a máxima é de 100 pontos. Toma por base as descrições do DSM-IV-TR (APA, 2014) e do CID-10, bem como os pressupostos da Terapia Cognitivo. Aponta 24 descritores, que visam identificar: humor deprimido, perda ou diminuição de prazer, choro, desesperança, desamparo, indecisão, sentimento de incapacidade e inadequação, carência ou dependência, negativismo, esquiva de situações sociais, queda de produtividade, inutilidade, autocrítica exacerbada, culpa, diminuição da concentração, pensamento de morte, autoestima rebaixada, falta de perspectiva sobre o presente, alteração de apetite, alteração de peso, insônia ou hipersonia, lentidão ou agitação psicomotora, fadiga e irritação. Os resultados são analisados evidenciando que quanto menor a pontuação na EBADEP-IJ, menor é a sintomatologia depressiva apresentada.

- Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças – MASC (ANEXO D). Validada no Brasil por Nunes (2004), esta escala avalia os sintomas de ansiedade, focalizando ansiedade social, ansiedade de separação, sintomas físicos e medos de objetos específicos. É composta por 39 afirmativas, com pontuação obtida mediante escala tipo *Likert* de 0-3, em que zero é a pontuação mínima e 117 é a pontuação máxima. Os resultados são analisados evidenciando que quanto menor a pontuação na MASC, menor é a sintomatologia ansiosa que o adolescente apresenta.

- Questionário de Esquema de Young para Adolescentes - QEA (ANEXO E) (BORGES, RIJO, VAGOS, DELL'AGLIO, 2019). Refere-se a uma versão para Adolescentes do Questionário de Esquemas de Young – YSQ-S3. O YSQ-S3, em sua versão reduzida e adaptada para a população brasileira, é composto por 90 afirmativas que se relacionam as crenças e pressupostos típicos de cada Esquema Inicial Desadaptativo (EID) (WAINER, 2016). Tomando por base o modelo teórico da Terapia do Esquema, estes questionários são aplicados a fim de identificar os EID's predominantes dos respondentes. O QEA é um instrumento autoaplicado, direcionado a adolescentes entre 12 e 18 anos, que avalia os 18 esquemas iniciais desadaptativos por meio de 52 itens, apresentados de forma não consecutiva, em uma escala *Likert* de seis pontos (1= “*Não tem nada a ver com o que acontece comigo*” a 6= “*É exatamente o que acontece comigo*”). A interpretação dos resultados ocorre de acordo com as pontuações obtidas, sendo que pontuações superiores indicam forte presença do esquema em questão. O escore total de cada esquema é calculado pela média do somatório dos itens que compõem o referido esquema (BORGES, 2018).

Em conjunto com a utilização dos instrumentos padronizados, foram conduzidas entrevistas clínicas, norteadas por roteiros previamente elaborados pela pesquisadora.

- Roteiro para anamnese (APÊNDICE A). Este roteiro foi previamente elaborado pela pesquisadora, com a finalidade de levantar dados sociodemográficos do adolescente e compor a sua história em relação ao desenvolvimento pregresso, ao adoecimento, à vida familiar e à vida escolar e social.

- Roteiro para Conceituação de Caso (ANEXO F). Visando obter dados relevantes para elaboração da conceituação do caso, foi utilizado o modelo embasado na Terapia do Esquema de J. Young, J. Klosko e M. Weishaar, traduzido para o português por Costa (2008). A conceituação cognitiva é uma técnica de compreensão do caso que, com base no modelo de

avaliação da Terapia Cognitivo com foco em Esquemas, objetiva identificar os padrões de vida disfuncionais, a ativação de EID's e os estilos/respostas disfuncionais.

A avaliação qualitativa buscou identificar sintomas somáticos que se correlacionam com as crises asmáticas a fim de verificar se podem funcionar como gatilhos para precipitação destas crises, inquerindo o participante, por exemplo, se diante dos sintomas de “falta de ar” aparecem, concomitante, os “chiados no peito”. Ademais, com a finalidade de investigar aspectos emocionais e comportamentais que interferem na autoimagem dos adolescentes e que funcionam como gatilho para sintomas de asma, foram incluídas perguntas acerca de situações corriqueiras no cotidiano de adolescentes, de modo a explorar suas emoções e comportamentos e verificar a associação de tais respostas com os gatilhos da crise asmática, medo e/ou melancolia.

Partindo-se do pressuposto de que aspectos psicológicos têm uma interferência na adesão ao tratamento e na periodicidade e gravidade das crises de asma, foram investigados os gatilhos de sintomas das crises, a fim de compreender a relação entre os sintomas de ansiedade e depressão com o desencadear das crises nos adolescentes. Além disso, foi investigado se os EID's interferem no manejo da asma, com relação a periodicidade ou agravo das crises.

Não foi aplicado protocolo de investigação do modo enfrentamento, optando-se por análises qualitativas pautada nas entrevistas clínicas e nas características de comportamentos esperados nos traços de personalidade predominantes, correlacionando-os com os EID's evidenciados.

- Roteiro para entrevista semiestruturada de avaliação de mudanças (APÊNDICE B). Ao término da intervenção, na Fase de Reavaliação, foi utilizado também um questionário de autoavaliação e autorrelato, cujo objetivo foi averiguar, na percepção dos participantes, mudanças de comportamento acerca do manejo dos aspectos psicológicos da asma. Este instrumento foi composto por cinco perguntas, elaboradas com o intuito de compreender de que modo o participante passou a perceber suas emoções, seus comportamentos e seus sintomas fisiológicos após a intervenção frente as situações em que normalmente apresentava sintomas da asma.

3. Procedimentos de Coleta de Dados

Tendo por base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os cuidados éticos nas pesquisas com seres humanos (Brasil, 2012), o projeto de tese foi, primeiramente, submetido à avaliação do Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO, obtendo aprovação de acordo com o Parecer número 6.022.766 (ANEXO G). Ademais, para viabilizar a pesquisa, foi conduzido um momento de preparação para a coleta de dados, em que foram feitos contatos com clínicas multidisciplinares e profissionais médicos, a fim de apresentar a pesquisa e obter parcerias para selecionar os participantes da pesquisa.

3.1 Preparando o campo

Em termos institucionais, procedeu-se contatos com a gerência de clínicas que ofereciam atendimento médico a adolescentes em tratamento da asma com herbiatras/pediatras, pneumologistas e alergistas infanto-juvenil, tanto no segmento público como privado, a fim de obter anuência e colaboração para a realização da pesquisa. A identificação de clínicas multidisciplinares e de médicos interessados em participar indiretamente da pesquisa visou oportunizar o contato da pesquisadora com famílias que, segundo os profissionais ouvidos, estariam de acordo com o perfil de inclusão na pesquisa. Foram feitos contato com clínicas localizadas na região sul fluminense, principalmente nos municípios de Paracambi, Vassouras e Volta Redonda, onde havia atendimentos de pneumologia e alergologia para adolescentes. Usando como filtro de pesquisa o Doctoralia e o Google foram contactados três profissionais, sendo um pneumologista e dois alergologistas.

O objetivo, nesta etapa, foi identificar pacientes que realizavam o atendimento médico apenas para intercorrências, fazendo uso da conduta medicamentosa prescrita apenas para resgate, e que apresentassem sintomas de asma leves à moderados ou que permanecessem apresentando crises de asma recorrentes (difícil controle) há mais de seis meses. Desse modo, em um dos municípios previstos, foram obtidas indicações de pacientes de instituições de saúde que atendiam aos critérios previamente estabelecidos mediante interação com profissionais médicos e com consulta a prontuários. Não havia ambulatório público destinado aos adolescentes na cidade em questão. Nos municípios adjacentes, não foi realizado contato com

o segmento público, visto que seria inviável a participação dos adolescentes por conta da necessidade de haver um investimento financeiro para locomoção.

Em seguida, após indicação médica, foi realizado contato, via telefone, com genitores ou outros responsáveis pelos adolescentes pré-selecionados a fim de fazer o convite para participação na pesquisa, sendo fornecidos esclarecimentos iniciais sobre o estudo. O pneumologista indicou cinco famílias e apenas uma delas demonstrou interesse em participar. Dos dois profissionais alergologista que se prontificaram a colaborar, um deles indicou oito famílias, sendo que seis delas demonstraram interesse em participar, porém quatro destas residiam em outros municípios e afirmaram dificuldades para locomoção. Vale esclarecer que, das duas famílias que aceitaram participar da pesquisa, uma delas tinha previamente indicação para realizar acompanhamento psicológico com a pesquisadora, visto que a alergologista já havia sinalizado a dificuldade do paciente no controle da asma devido a possíveis alterações psicológicas. O outro alergologista indicou cinco famílias, porém dois pacientes não se encaixavam no perfil da pesquisa, pois tinham idade inferior a estipulada para o estudo. As outras três famílias alegaram dificuldades de locomoção visto que eram moradoras de município distinto daquele onde a pesquisa aconteceria.

Assim, foram incluídas na pesquisa três famílias que estavam em acompanhamento médico e que serão aqui referidas por nomes de pedras brasileiras a fim de garantir o anonimato do(a)s participantes e o sigilo das informações. Mediante contato telefônico com estas famílias, foi agendado o primeiro contato presencial com cada uma delas, que ocorreu em um consultório de Psicologia na clínica multidisciplinar onde a pesquisadora trabalha, cuja administração autorizou a execução da pesquisa no referido espaço.

Em seguida, foi dado início à execução da pesquisa de campo, que, como já mencionado, foi organizada em três fases, sendo elas: (1) Avaliação pré-intervenção do perfil clínico e psicológico dos voluntários; (2) Implementação do Protocolo de Intervenção, com técnicas integrativas (TCC e TE) e (3) Reavaliação pós-intervenção dos aspectos clínicos e psicológicos.

3.2 Avaliação do perfil clínico e psicológico dos participantes

Nesta primeira etapa da pesquisa, em que se iniciou a coleta de dados, a avaliação clínica e psicológica dos adolescentes foi realizada individualmente com vistas a traçar um perfil dos

participantes e, assim, subsidiar a proposta de intervenção, ao mesmo tempo em que fornecia dados (pré-teste) para comparação destes com dados oriundos da Etapa de Reavaliação (pós-teste). De modo mais específico, a finalidade principal foi realizar uma investigação clínica do grau de intensidade e periodicidade das crises de asma, bem como obter o conhecimento de aspectos psicológicos do adolescente asmático, sendo identificados os esquemas disfuncionais e os traços de personalidade predominantes, bem como verificada a classificação dos sintomas de ansiedade e depressão de cada participante.

No primeiro encontro, inicialmente, foram fornecidas explicações sobre os aspectos metodológicos e os cuidados éticos da pesquisa, quando o(a) responsável legal e o(a) adolescente foi solicitado(a)s a assinar, respectivamente, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e um Termo de Assentimento (APÊNDICE D), visando garantir a compreensão dos objetivos e procedimentos previstos, bem como o caráter voluntário e sigiloso da participação na pesquisa, sendo esclarecido o direito de desistirem a qualquer momento. Assim, foram reforçados os esclarecimentos sobre a proposta de investigação e formalizada a autorização para sua execução mediante a concordância de ambos em colaborarem voluntariamente na coleta de dados.

Após as assinaturas dos termos de consentimento e de assentimento, foi realizada uma anamnese, mediante entrevista com os responsáveis, tendo em vista coletar informações sobre a história de vida do participante, desde o período gestacional até os dias atuais, com ênfase no parto e primeira infância, com o intuito de analisar o desenvolvimento a partir da ótica de Bowlby, cuja literatura auxilia na identificação de necessidades básicas iniciais não supridas, corroborando para o desenvolvimento de Esquemas Desadaptativos. Foi abordada ainda a história clínica pregressa acerca da asma e de aspectos emocionais e comportamentais dos adolescentes, sob a ótica dos pais. Nesse momento os adolescentes aguardaram na sala de espera, realizando um texto autobiográfico intitulado “Minha vida de adolescente com asma”.

Nos três encontros seguintes, foram realizadas entrevista com o(a) adolescente e aplicação dos testes e questionários de avaliação tanto clínica quanto psicológica. Estas sessões seguiram o mesmo protocolo para todos os voluntários, mas aconteceram individualmente, num período de 60 minutos.

3.2 Intervenção Cognitivo-Comportamental com Foco em Esquemas

Assim como na etapa de avaliação do perfil clínico e psicológico, as sessões de intervenção ocorreram em uma Clínica Multidisciplinar, da rede privada, que ofereceu conforto e privacidade aos participantes. No entanto, por se tratar de uma pesquisa, nenhum custo financeiro foi solicitado às famílias. Ao todo, foram realizados nove encontros para execução da proposta de intervenção, quando ocorreu a aplicação de técnicas psicológicas pautada em TCC com foco em Esquemas a fim de ampliar estratégias de manejo de sintomas de ansiedade/depressão bem como tornar conscientes e construir estratégias de flexibilização dos Esquemas Disfuncionais que corroboravam para desencadear sintomas de ansiedade/depressão, tornando frequentes as crises de asma apesar da conduta medicamentosa.

Neste contexto, foi estruturado um protocolo padrão de técnicas psicológicas a serem utilizadas com todos os participantes, porém respeitando as particularidades de cada caso. As técnicas e os instrumentos foram selecionados de modo que tivessem funcionalidade com todos os participantes, além de terem um custo baixo, visto que a proposta foi ofertar um modelo de intervenção que possa ser desenvolvido também no setor público de saúde. Deste modo, as seguintes técnicas foram definidas com base na condução terapêutica integrativa no âmbito da abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental com Foco em Esquemas:

a) Psicoeducação. Estratégia amplamente utilizada na Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e na Terapia do Esquema, que se mostra essencial para ampliar o conhecimento do paciente acerca de seus esquemas/crenças, pensamentos, emoções e modos de enfrentamento, a fim de que se possa modificar os padrões distorcidos. Além do autoconhecimento, oportuniza esclarecer acerca do adoecimento e suas manifestações clínicas. Desse modo, foi desenvolvida uma cartilha que serviu de apoio para tais esclarecimentos (APÊNDICE E). Neste estudo, esta estratégia foi aplicada principalmente para conhecimento sobre asma e seus aspectos psicológicos, clarificações acerca dos EID's, modos de enfrentamento e os aspectos clínicos e psicológicos envolvidos na asma. De acordo com Young, Klosco e Weishaar (2008), a compreensão do conteúdo dos EID's bem como suas origens, facilitam a compreensão do indivíduo acerca de seus traços de personalidade e modo de enfrentamento, posto que só se modifica aquilo que se aceita ter. Assim, toda intervenção tomou por base a Psicoeducação como ferramenta essencial.

b) Reparentalização Limitada e Confrontação Empática. Estes são dois recursos de relevante contribuição na Terapia do Esquema, sendo ambos veiculados por meio de uma relação terapêutica sólida, que deve ser estabelecida desde a fase de avaliação. Tanto a

Reparentalização Limitada quanto a Confrontação Empática são consideradas os principais veículos para que haja mudanças cognitivas e emocionais, tendo como objetivo reverter a carência das necessidades básicas não atendidas ao longo da infância, assim como os modos de enfrentamento primitivos e ineficientes. Na Reparentalização Limitada, o profissional busca, dentro dos limites da relação profissional, preencher as necessidades básicas não atendidas do paciente. Neste caso, o psicólogo valida o direito do paciente de ter certa necessidade básica, acolhendo o para que ele aceite suas impossibilidades e, assim, possa modificá-las. No processo de modificação, utiliza-se a Confrontação Empática, uma técnica derivada do estilo de comunicação usado na terapia comportamental dialética, cujo objetivo é a superação dos processos naturais de resistência a mudança (WAINER, 2016). Neste contexto, cabe ao psicólogo equilibra-se entre validar e ser empático com a queixa do paciente, ao mesmo tempo em que aponta a necessidade de modificar seu modo de funcionamento. Ou seja, reconhece a queixa como real e sofrida, porém, o questiona e confronta sobre o que fará para modificar este cenário, buscando desenvolver a responsabilidade e o controle sobre seus pensamentos e, consequentemente, seus comportamentos.

- Diálogo Socrático. Através das suas narrativas, o paciente é levado a perceber suas vulnerabilidades, suas emoções e o modo como reage, a fim de que, consciente, possa respeitar estas vulnerabilidades, sem que sejam ignoradas ou criticadas (REIS et al., 2019). Nesta técnica, levantou-se pistas sobre situações e características do adolescente (tom de voz, distanciamento afetivo, dentre outros), ao mesmo tempo em que se buscou relacionar lembranças da infância que o levavam a agir de modo similar com fatos que foram experienciados em tempos recentes. Foi usado o material psicoeducativo Baralho Interativo de Esquemas e Modos, o qual tem como objetivo constatar quais os modos de enfrentamento disfuncionais que o paciente utiliza, correlacionando-os aos seus esquemas predominantes. Assim, foi realizado um diálogo com o intuito de estabelecer a relação entre os esquemas e os modos de enfrentamento, com vistas a psicoeducar o participante a esse respeito. O diálogo, neste caso, buscou conectar os esquemas e modos de enfrentamento às dificuldades relacionadas aos gatilhos de crises de asma com a finalidade de gerar autoconhecimento.

d) Reestruturação cognitiva e Flexibilidade Psicológica. Partindo do princípio de que os esquemas mentais são enraizados precocemente, tornando-se, assim, verdades absolutas para o indivíduo, eles passam a regular o modo como o mesmo enxerga os fatos a sua volta e reage a eles. Assim, quanto mais rígidos e absolutistas, mais sofrimento tais esquemas provocam. A fim de intervir neste ciclo, é necessário buscar a reestruturação cognitiva, o que envolve

mudança de afeto, comportamento e pensamento. Para tal, é preciso que o psicólogo e o paciente se respaldem num empirismo colaborativo para - engajados na mudança - atingir o êxito (BECK, 2013; KNAPP; BECK, 2008; KNIJNIK; KUNZLER, 2014). Com uso de Mapas Mentais, que foram implementados através do Questionamento Socrático, os participantes foram levados a construir respostas adaptativas aos EID's com o intuito de controlar sintomas de ansiedade e depressão gerados pelo esquema que, consequentemente, agravavam a periodicidade em que ocorria a crise asmática. Foram usadas fichas de registro RPD.

e) Role Play. Esta técnica pode ser empregada de forma ampla, visto que as dramatizações abrem um leque variado de oportunidades para confrontar EID's e modos de enfrentamento, visando, algumas vezes, suprir necessidades básicas não satisfeitas e, em outras, levar o sujeito a confrontação empática a fim de mudar padrões de modo de enfrentamento. A técnica tem, dentre outros objetivos, iniciar uma estratégia comportamental que facilita as habilidades sociais, além de ser um recurso terapêutico no trabalho com pacientes com depressão e ansiedade. Desta forma, pode eliciar qualificações, afetos, expressão corporal, memórias afetivas e outros fatores relacionados ao comportamento do indivíduo (MINUCHIN; FISHMAN, 2003), neste caso os comportamentos adotados frente à asma.

f) Monitoramento dos EID e modos de enfrentamento - Durante todo o processo interventivo foram utilizadas fichas de apoio e de identificação de EID's, emoções e pensamentos, bem como do modo de enfrentamento diante de situações vivenciadas no cotidiano que disparam gatilhos geradores de comportamentos disfuncionais.

3.3 Reavaliação pós-intervenção dos aspectos clínicos e psicológicos.

Nesta fase, o objetivo principal foi a reavaliação das condições clínicas e psicológicas do participante após a intervenção psicológica. Cada participante foi submetido novamente a uma parte do protocolo de avaliação, relativa à reaplicação dos instrumentos padronizados, a fim de que se pudesse avaliar se os resultados indicavam mudanças de comportamento e no modo de lidar com as dificuldades impostas pela asma, bem como se havia ocorrido melhora no manejo do controle da asma, tomando por base a entrevista psicológica e o Protocolo GINA.

Tendo em vista que os esquemas são um contínuo e que, na adolescência, ainda estão se consolidando, arrisca-se ainda a dizer que uma intervenção precoce, com o objetivo de oferecer uma base segura acerca das necessidades básicas não atendidas na infância, pode

facilitar que os Esquemas Desadaptativos não se tornem rígidos, contribuindo para minimizar os transtornos psicológicos comórbidos em pacientes asmáticos na adolescência.

Desse modo, além da reaplicação do protocolo G.I.N.A e ACT, dos Inventários de Ansiedade e Depressão, foi aplicado um questionário de autoavaliação, a fim de investigar, junto aos adolescentes participantes, se havia percepção de mudanças tanto no que diz respeito a periodicidade da asma, quanto ao modo de enfrentamento às situações do cotidiano, com o intuito de verificar se ocorreu melhoras na identificação dos gatilhos e manejo adequado no enfrentamento das limitações impostas pela asma. (APÊNDICE B). Este é um questionário semiestruturado com 5 perguntas que apontem autopercepção acerca das emoções, do comportamento e dos sintomas fisiológicos diante de situações (gatilhos psicológicos) que poderia precipitar ou intensificar as crises de asma.

CAPÍTULO III

PERFIL CLÍNICO E PSICOLÓGICO DOS ADOLESCENTES

O desenvolvimento da pesquisa, desde a avaliação do perfil clínico e psicológico dos adolescentes voluntários (1^a à 3^a sessão) até as intervenções realizadas (4^a à 9^a sessão), totalizou 12 encontros, com duração de 60 minutos cada. Neste capítulo, apresenta-se o processo e os resultados da avaliação com base nos relatos obtidos nas entrevistas e nos escores gerados pelos instrumentos padronizados que foram aplicados. Em um primeiro momento, são descritas as três sessões realizadas com a finalidade de traçar o perfil dos participantes, as quais foram organizadas com base em metas e ações pré-determinadas a fim de que houvesse melhor controle sobre as variáveis investigadas. Na sequência, é realizada uma caracterização individual de cada participante, identificando seus traços predominantes de personalidade, seus Esquemas Desadaptativos, bem como seus níveis de ansiedade e depressão, o que foi seguido por uma análise integrativa dos dados dos três adolescentes.

Antes de dar início às sessões individuais com os adolescentes, foi realizado um encontro com os participantes e seus pais, tendo por objetivos principais familiarizar as famílias com a pesquisadora, obter as assinaturas nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), bem como apresentar as técnicas a serem empregadas e realizar a coleta de material para composição da anamnese separadamente junto aos pais.

Esta reunião foi iniciada com uso da Psicoeducação acerca da asma mediante apontamentos sobre aspectos psicológicos relacionados com as crises. Para facilitar a comunicação, uma cartilha foi desenvolvida para as finalidades do estudo (APÊNDICE E), a qual foi dada aos adolescentes/famílias, com vistas a facilitar o entendimento e ser fonte de consulta em caso de dúvidas. Num segundo momento, o(a)s adolescentes foram convidados a estar na sala de espera para que pudessem escrever um pequeno texto em torno da temática “minha vida de adolescente com asma” (APÊNDICE F). Esta atividade teve o objetivo de levá-lo(a)s a pensar sobre os impactos da asma em suas vidas e serviu de base como informações acerca do autoconhecimento de cada participante. Neste momento, a pesquisadora esteve com os pais a fim de coletar dados pertinentes a uma anamnese. Ao final, foi reservado um tempo com a família para esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações acerca da gestação e fases iniciais do desenvolvimento.

1. Sessões de avaliação psicológica dos participantes

- 1^a Sessão: Identificação do Perfil Clínico da Asma

Objetivo: O objetivo principal deste encontro foi compor o Perfil Clínico e Psicológico dos participantes.

Estratégias adotadas: Houve a condução de uma entrevista clínica com os adolescentes, tendo por base o III Consenso Brasileiro de Asma, sendo aplicado instrumento para investigação dos aspectos clínicos da asma, conforme o protocolo G.I.N.A. Ademais, foi realizada uma conversa acerca do material produzido na 1^a sessão acerca do tema “minha vida de adolescente com asma”, que serviu de base para compreender a autopercepção do jovem acerca da adolescência e da asma. Foram feitas anotações no diário de campo sobre essa conversa.

- 2^a sessão: Identificação do Perfil Psicológico dos Adolescentes

Objetivo: O objetivo traçado foi o de investigar a saúde mental (níveis de ansiedade e depressão) e o perfil psicológico dos adolescentes.

Estratégias adotadas: Foram aplicados instrumentos psicológicos e testes validados para esta faixa etária: QEA – Questionário de Esquemas para Adolescentes/forma reduzida (esquemas disfuncionais), EPQ-J (traços de personalidade), EBADEP-J e MASC (sintomas de depressão e ansiedade, respectivamente).

- 3^a sessão: Autoconhecimento, Autopercepção e Comportamento.

Objetivo: A finalidade primordial, nesta sessão, foi ouvir os adolescentes sobre os impactos psicossociais que a asma acarreta em suas vidas, auxiliando-os a perceberem seus Esquemas Disfuncionais e consequentemente, o modo de enfrentamento (comportamento).

Estratégias adotadas: Um roteiro para entrevista semiestruturada foi aplicado de modo descontraído, com uso da Técnica Role-play. Esta técnica é comumente utilizada na TCC e, neste estudo, foi empregada como estratégia facilitadora de pensamentos automáticos acerca das situações do dia a dia do participante para auxiliar na identificação de modo de

funcionamento frente aos gatilhos de esquemas ativados e, desse modo, elucidar as limitações de atividades do(a) adolescente devido a asma, bem como sua percepção sobre a autoimagem atrelada ao adoecimento. Assim, tomando por base situações cotidianas e visando que estes pudessem responder como se sentiam e enxergavam o impacto das crises de asma em suas vidas, o setting terapêutico foi imaginado como um programa de TV em que a pesquisadora atuava como repórter e o participante como entrevistado. O título do programa “*De Frente com Ali*” fazia alusão a um antigo programa de TV. Durante as perguntas, tendo por base o Questionário QEA, foi introduzido o Termômetro das preocupações, onde o participante foi solicitado a relatar a intensidade de incômodo gerada por cada uma das preocupações apontadas, as quais tinham uma relação direta com os Domínio/Esquemas.

Após as sessões descritas, foi possível compreender melhor os efeitos da asma no desenvolvimento psíquico dos adolescentes participantes e identificar gatilhos e modo de enfrentamento (comportamento) diante das limitações impostas pela asma em suas rotinas. Desse modo, a partir da autopercepção dos adolescentes foram identificadas as categorias que necessitavam de intervenção para flexibilizar os Esquemas Desadaptativos e modos de enfrentamento (comportamento) e desenvolver a conceituação do caso, o que permitiu elaborar um plano de intervenção composto pelas sessões subsequentes, que são apresentadas e discutidas no capítulo seguinte. Na sequência, são apresentados os aspectos mais relevantes acerca do perfil psicológico de cada participante evidenciados nesta primeira etapa, tomando por base as três sessões iniciais que integram o protocolo desenvolvido.

2. Caracterização e perfil psicológico dos adolescentes participantes

Os adolescentes participantes da pesquisa e suas famílias são apresentados, buscando preservar o anonimato destes, porém trazendo à tona aspectos relevantes para conhecer o contexto de vida e construir o perfil psicológico de cada um deles com vistas a compreender seus comportamentos frente às limitações impostas pela asma. Como já mencionado, nomes de pedras brasileiras foram usados, por escolha aleatória, para referir-se aos participantes e suas famílias.

Além dos dados gerados pela aplicação dos instrumentos padronizados e pelas entrevistas, foram consideradas as anotações do diário de campo da pesquisadora e relatos extraídos do texto desenvolvido pelos adolescentes acerca da temática “Minha Vida de Adolescente com Asma”. O conjunto dos dados auxiliaram a perceber o modo de

funcionamento de cada adolescente, bem como a predominância da emoção e os gatilhos que a disparavam. De acordo com Reis (2019), os esquemas desadaptativos sustentam as crenças ativadas por gatilhos emocionais.

2.1 Adolescente Ametista

A adolescente Ametista, com 13 anos, integrava uma família composta por quatro membros, incluindo, além dela, o pai, a mãe e um irmão mais velho, que possuíam nível superior de escolaridade. A família declara renda familiar de aproximadamente 10 salários mínimos mensal, e residência própria. Ametista cursa o 9º ano do Ensino Fundamental, numa escola particular. Faz tratamento da asma com profissional especializado, em clínica do setor particular, desde os dois anos de idade. Até então, não tinha tido acompanhamento psicológico.

a) *Impactos psicossociais do adoecimento na vida de Ametista*

Na entrevista com a adolescente, foi verificado que Ametista teve o diagnóstico de asma aos dois anos de idade. Assim, convivia com as limitações da doença, idas ao hospital e necessidade de nebulizações e vacinas desde muito pequena. Ela relembra que não podia brincar com os mesmos objetos que suas amigas e que sua mãe tinha um rigor especial com relação aos bichos de pelúcia, que ela adorava, mas não podia manusear. Além disso, gostava de gatos, mas o médico a restringiu de estar com estes animais por causa dos pelos. Segundo ela, os pais estavam sempre preocupados com eventos que pudessem desencadear crises de asma, restringindo-a, até mesmo, de participar de festas de aniversário e eventos na escola caso fossem em ambiente aberto, principalmente no inverno. Tais situações deixavam-na constrangida, embora ela tenha dito compreender a atitude de seus pais, principalmente da mãe, porque brincadeiras que exigiam esforço físico (por exemplo, pique) logo a deixavam cansada e ocasionavam crise de asma por esforço, quando era chamada de “molenga” pelos colegas. Verbalizou que a mãe sempre esteve por perto controlando tudo que ela ia fazer e que sempre decidia por ela o que podia realizar. Segundo ela, “*a mãe de fato sabe o que é melhor*”.

Ametista relatou perceber que os sintomas da asma, tais como o “chiado” (sic) no peito, intensificavam-se nos períodos de prova. Desse modo, quase sempre, ela necessitava fazer avaliação de segunda chamada por sentir-se mal e não conseguir comparecer às provas por

conta das crises asmáticas. Alegou fazer qualquer coisa para evitar as crises de asma, pois detestava ter que ir para o hospital e tomar medicação no soro.

Entretanto, afirmou não entender como as crises surgiam, mostrando reconhecer mais os efeitos de esforços físicos do que de fatores socioemocionais. Em suas palavras:

(...) eu entendo que quando eu corro ou ando de bicicleta, tenho asma porque estou “forçando” meu pulmão, mas não comprehendo por que as vezes estou lendo ou estudando para prova sentada em meu quarto, que não tem nem cortina nem bichinhos de pelúcia e do nada começa a crise de asma”. (Ametista)

(Fonte: Texto “minha vida de adolescente com asma”

O relato acima apresenta trechos em que Ametista demonstra incompreensão sobre os fatores psicológicos da asma, reforçando o mito popular de que a asma é uma doença de fundo alérgico desencadeada apenas por fatores externos e psicofisiológicos.

O medo de falhar foi outro aspecto importante constante em sua fala, este apareceu relacionado ao pensamento disfuncional de que o sujeito que falha decepciona outras pessoas, que podem abandoná-lo. Quando questionada sobre como se sentia quando tinha que estudar para as provas, ela apontou o medo de decepcionar aos pais porque eles (em especial o pai) eram modelos para ela:

(...) sinto medo de não estar estudando o suficiente e tirar notas abaixo da média e decepcionar meus pais, eles não vão mais me admirar, porque meu pai sempre foi excelente aluno ... sinto medo de que eles deixem de me amar porque acabo dando muito trabalho com as crises de asma. (Ametista)

(Fonte: diário de campo

O período de prova me deixa muito aflita porque tenho medo de não tirar boas notas e aí meus pais ficariam decepcionados comigo, eu acho que não sou boa o suficiente... também tenho muito medo de ter crise de asma, porque é o que sempre acontece né. (Ametista)

(Fonte: diário de campo

O termo medo foi repetido diversas vezes na fala de Ametista e apareceu em diferentes contextos, indicando, por exemplo, medo de morrer ao ter uma crise de asma, medo de se propor a fazer atividades físicas e não dar conta, pois exposições públicas a deixavam muito ansiosa, bem como medo de sair de casa em dias de chuva devido ao risco de ficar resfriada e ter uma crise de asma. Segundo ela, “*quando o dia amanhece nublado ou ventando e com chuva, eu já fico apavorada porque sei que vou ficar resfriada e vai começar tudo de novo ...*”, trecho retirado do texto elaborado pela adolescente “minha vida de adolescente com asma”.

No plano social, relatou ter medo de que as amigas não quisessem estar com ela porque, devido a asma, quase sempre não conseguia participar de brincadeiras “radicais” ou do interesse delas. Em suas palavras:

... eu queria muito sair com minhas amigas para andar de bicicleta, mas acho que a rua que moro é muito perigosa, e andar de bicicleta faz eu me esforçar e aí tenho medo de ter asma, ficar sem respirar é muito ruim... (Ametista)

Fonte: Diário de campo

Os relatos extraídos, tanto do Diário de Campo quanto do texto desenvolvido pelos adolescentes, com a temática “Minha Vida de Adolescente com Asma”, auxiliam a perceber a predominância da emoção bem como os gatilhos que a disparam. Assim, os textos acima auxiliam na percepção do modo de funcionamento da adolescente em questão. De acordo com Reis (2019), os esquemas desadaptativos sustentam as crenças ativadas por gatilhos emocionais.

b) Perfil clínico e psicológico de Ametista

No perfil psicológico de Ametista, resumido no Quadro 2, foi identificado, através do EPQ-J, o Neuroticismo como traço de personalidade predominante. Tomando por base o Questionário de Esquemas de Young (2008), ela apresentou, com maior frequência, Esquemas Iniciais Desadaptativos dentro do Domínios I – Esquema de Abandono e do Domínio II – Vulnerabilidade ao dano e a doença. Tais esquemas foram evidenciados na entrevista psicológica e confirmados com base no Questionário de Esquemas de Young para adolescentes – QEA. Nas medidas do seu estado emocional, tomando por base respectivamente os

Instrumentos MASC e EBADEP-J, verificou-se predominância de ansiedade social e nível de depressão classificado como leve.

QUADRO 3 - Perfil clínico e psicológico da adolescente Ametista

Classificação da asma	Traço de Personalidade predominante – EPQ-J	Domínio e EID's predominantes – QEA	Termômetro da Intesidade das Preocupações	Sintomas de Depressão - EBADEP-IJ	Sintomas de ansiedade - MASC
Resultado Bruto: 11 Asma parcialmente controlada	Traço predominante: Neuroticismo Classificação Muito Alta	Domínio I – Desconexão e Rejeição Esquema predominante: Abandono Resultado Bruto: 18 Domínio II – Autonomia e Desempenho Prejudicado Esquema predominante: Vulnerabilidade ao dano e a doença Resultado Bruto: 17	Domínio I Abandono: 5 Domínio II – Vulnerabilidade ao Dano e a Doença: 18	Resultado Bruto: 25 Sintomatg. 2 Classificação Leve	Resultado Bruto: 77 Predominância de Ansiedade Social (22pts)

Portanto, de acordo com a entrevista psicológica e com o Questionário Esquemas para Adolescentes de Young – QEA, pode-se afirmar que os Esquemas Disfuncionais proeminentes em Ametista eram Abandono e Vulnerabilidade ao dano ou a doença, pertencentes ao Domínio I e II, respectivamente, sendo que a intervenção foi pautada no Esquemas de Vulnerabilidade ao Dano e a Doença, que se mostrou-se mais fortes. Entendendo que Esquemas são um conjunto de padrões cognitivos, emocionais e comportamentais que vão se estruturando a partir dos primeiros vínculos (YOUNG, 2008), pode-se perceber que os pensamentos disfuncionais e as crenças centrais desenvolvidas a partir daí, aparecem nos relatos de Ametista, conforme apresentado no Quadro 4.

QUADRO 4 - Esquemas Disfuncionais Relevantes de Ametista

Domínio e Esquema Disfuncional	Verbalizações ilustrativas com base nas Entrevistas e Diário de Campo	Emoção Ativada	Estilo de Enfrentamento
I Abandono	<p><i>“As vezes fico chateada porque minhas amigas não me convidam para patinar me sinto deixada de lado”</i></p> <p><i>“Eu tenho medo de discordar das minhas amigas e elas não me convidarem mais pra nada, quando penso que posso ficar sem amigos, me sinto mal”</i></p> <p><i>“Medo de não conseguir boas notas e decepcionar meus pais”</i></p>	Medo de abandono por não corresponder às expectativas.	<p>Comportamentos desadaptativos: Evitação</p> <p>Evita falar o que pensa ou sente, ficando ansiosa em situações que exigem sua participação efetiva.</p> <p>Não se expõe, evita aceitar convites para eventos sociais com as amigas</p>
II Vulnerabilidade ao dano e à doença	<p><i>Eu não me sinto segura para dormir na casa de minhas amigas porque posso ter uma crise de asma e não saber como agir</i></p> <p><i>Não me sinto preparada para decidir nada sem a presença de meus pais porque sinto que pode acontecer algo de muito ruim e por isso evito aceitar convites sem meus pais</i></p>	Medo e insegurança de que suas opiniões sejam inadequadas	<p>Comportamentos desadaptativos: Evitação</p> <p>Evita emitir discordar de amigos e familiares, porque sente medo de errar assim, evita a exposição.</p>

O medo dos pais por conta das crises de asma, ao que tudo indica, gerou um excesso de zelo e superproteção à Ametista, o que prejudicou o desenvolvimento de suas habilidades, considerando que estas são construídas na exploração do ambiente, sobretudo na interação com outras pessoas (REIS, 2019). Para Ametista, é difícil experimentar novas ações, fazer escolhas por conta própria e administrar possíveis falhas, o que aumenta o medo de ser abandonada e sua insegurança, comprometendo o desenvolvimento de seu senso de identidade, autonomia e independência.

2.2 Adolescente Safira

A família da adolescente Safira, 13 anos, era constituída por ela, pelos pais e por um irmão mais novo (8 anos). A mãe, de 51 anos, tinha concluído o ensino superior e era servidora pública. O pai, com 47 anos, tinha ensino médio completo e trabalhava como autônomo.

Declararam renda familiar em média de 5 salários mínimos mensal, residem em casa própria. Safira cursava o 8º ano do Ensino Fundamental, numa escola pública. Faz tratamento para controle da asma com profissional especializado em clínica de segmento particular desde os 6 anos de idade, quando intensificaram suas crises. Além da asma, ela apresentava Dermatite Atópica e Dermografismo, fatores que, segundo afirmou, era motivo de muito incômodo. Não tinha experiência de acompanhamento psicológico prévio.

a) Impactos psicossociais do adoecimento na vida de Safira

Safira relatou que, sempre que ficava muito nervosa, tinha crise de asma, sendo que as situações que mais a abalavam emocionalmente eram relativas a conflitos familiares, sobretudo quando o pai brigava com seu irmão e quando a mãe brigava com ela. Também disse sentir tristeza ao ver o irmão triste, tendo lacrimejado neste momento, durante a entrevista Clínica. Completou que, ao espirrar e tossir, sentia “falta de ar”, bem como quando ficava nervosa. Ela apresentava sibilos mesmo em situações que a fizessem gargalhar e os soluços também lhe provocavam os “chiados no peito” e a “falta de ar”. Ademais, segundo ela, os sintomas da asma que vivenciava, tais como o “chiado” (sic) no peito, intensificavam-se em períodos de prova e em situações de apresentação na Igreja. Desse modo, por sentir-se mal e não conseguir comparecer as provas em momentos de crise, muitas vezes fazia avaliação de segunda chamada. Outras vezes a escola precisava telefonar para a mãe ir buscá-la devido ao início de uma nova crise de asma, aparentemente sem motivo.

Na entrevista psicológica, cujo objetivo principal foi ouvir da adolescente os efeitos que a asma acarretava em sua vida, Safira narrou episódios que vivenciou no colégio, como quando, após discordância com amigas, retraída ela se isolava em um canto e tinha crise de asma. Nestas ocasiões, era necessário telefonar para a mãe ir buscá-la e levá-la para um serviço de emergência hospitalar, de modo a receber nebulização e medicamentos de resgate. Tais relatos foram descritos também na atividade proposta na primeira sessão “minha vida de adolescente com asma”.

Em especial, Safira sentiu que sua asma se agravou no período da pandemia de COVID-19, devido as muitas perdas acarretadas e a sérios agravos a saúde das pessoas conhecidas. Relatou que, neste período, mesmo em casa, assistindo aula remota, era comum ter episódios esporádicos de asma, principalmente quando era preciso ligar a câmera e se comunicar.

Entretanto, os gatilhos psicológicos da asma quase sempre eram imperceptíveis para a adolescente, como mostra seu relato: “*Às vezes estou assistindo uma série e do nada tenho a sensação de que não estou conseguindo respirar, aí fico puxando o ar pelo nariz bem forte e fico nervosa e esqueço que posso abrir a boca para respirar.*” (Safira). Quando questionada sobre a série que estava assistindo quando ocorreu o episódio de falta de ar, ela respondeu tratar-se da série “Anne with e”, ao pesquisas sobre descobri que o enredo remete ao sentimento de rejeição.

No âmbito das relações familiares, Safira relatou ter uma boa relação com a mãe, mas afirmou ter medo do pai, que se mostrava muito rígido. Segundo ela, o pai é durão, rígido e alega que “*meu pai briga muito, não sei me defender quando ele fala alto comigo*” (Safira). Ela descreveu o pai como sempre zangado e evidenciou dificuldades de conversar com ele sem que ficasse nervosa, pois nunca sabia o que podia falar (sic). Relatou ter a sensação de não conseguir corresponder nunca as expectativas do pai. Esta tensão constante e o medo de não ir bem na escola a deixava nervosa e desencadeava crises de asma.

Suas verbalizações apontaram esquemas disfuncionais evidenciados em pensamentos automáticos, como o seguinte: “*Quando tenho que fazer alguma coisa importante fico tão nervosa porque acho que não sou capaz de fazer nada certo e essa sensação de errar me apavora e dá medo de falhar e isso me dá crise de asma*” (Safira). Ela também mostrou ter uma percepção negativa acerca da própria saúde, alegando: “*Tenho muito medo de ficar doente porque eu fico doente fácil, até rir me faz ter asma (...)*” “*eu tenho medo de brincar de pique ou de pegar friagem porque eu tenho a saúde muito fraquinha, já fiquei até internada (...)*” “*sabe o que é pior? Eu tenho medo de morrer dormindo porque aconteceu com meu avô*” (Safira).

b) Perfil clínico e psicológico de Safira

O perfil psicológico de Safira, como mostra o Quadro 5 exposto abaixo, foi evidenciado, através do Teste EPQ-J, o Neuroticismo como traço de personalidade predominante associado com Esquemas Disfuncionais, avaliados através do QEA, sendo encontrado com maior ênfase os seguintes domínios: Domínio II Autonomia e Desempenho Prejudicados, com Esquema predominante de Emaranhamento e Vulnerabilidade ao Dano e a Doença. Durante a entrevista psicológica, o texto sobre o tema “Minha Vida de Adolescente com Asma” e o diário de campo

da pesquisadora, foi possível perceber vários pensamentos disfuncionais que impactavam no comportamento de enfrentamento de Safira frente às situações cotidiana. Em se tratando da temática asma, não é diferente, foram evidenciadas crenças sustentadas por esquemas disfuncionais que se correlacionam com emaranhamento, vendo-se “misturada” com os pais, desenvolvendo relações simbióticas, sendo tais características descritas no Domínio II, conforme Reis (2019). Em se abordando a asma, Safira acredita que somente a mãe sabe definir o que ela está sentindo e como deve agir. Assim como emaranhamento, há crenças de que existe um risco iminente de que algo de mal pode acontecer a qualquer momento. Tal crença é sustentada pelo Esquema de Vulnerabilidade ao Dano e a Doença. Assim, Safira acredita que longe dos pais, as crises de asma poderão acontecer inesperadamente e, ela não saberá tomar decisões sobre como proceder. De acordo com Reis (2019), o Esquema de Vulnerabilidade ao Dano e a Doença tem estreita relação com famílias superprotetoras.

QUADRO 5 - Perfil clínico e psicológico da adolescente Safira

Classificação da asma ACT	Traço de Personalidade predominante – EPQ-J	EID's predominantes - QEA	Termômetro da Preocupação	Sintomas de Depressão de acordo com EBADEP-IJ	Sintomas de ansiedade de acordo com MASC
RB =12 Asma parcialmente controlada	Traço predominante: Neuroticismo Classificação: Alta	Domínio II – Autonomia e Desempenho Prejudicado: Esquema predominante: Vulnerabilidade ao dano e a doença. Resultado Bruto: 9 Emaranhamento Resultado Bruto: 7	Domínio II – Vulnerabilidade ao Dano e a Doença: 9 Emaranhamento: 5	RB = 24 Sintomatologia 2 Classificação Leve	RB = 69 Predominância de Ansiedade Moderada

RB= Resultado Bruto

De acordo com a entrevista psicológica e com o Questionário Esquemas para Adolescentes de Young – QEA, pode-se identificar que os Esquemas Disfuncionais proeminentes em Safira foram Vulnerabilidade ao Dano e a saúde e Emaranhamento,

pertencentes ao Domínio II. O Quadro 6 apresenta relatos de Safira que evidenciam seus pensamentos disfuncionais, emoções e modo de enfrentamento.

QUADRO 6 - Esquemas Disfuncionais relevantes de Safira

Domínio e Esquema Disfuncional	Verbalizações Ilustrativas	Emoção Ativada	Estilo de Enfrentamento
Domínio II Autonomia e desempenho prejudicados Emaranhamento	<i>Na sala de aula, não consigo me concentrar nas explicações da Professora quando acontece briga lá em casa (...) meu pensamento não sai de casa, fico ansiosa e tenho asma, tendo que voltar pra casa.</i>	Medo de que ocorra algo com seus pais em sua ausência de casa	Comportamento Desadaptativo: Evitação A asma acaba sendo uma estratégia de evitar situações que ativem seus esquemas
Vulnerabilidade ao dano e a doença	<i>Sempre que a gente sai de carro eu fico pensando que algum coisa ruim pode acontecer ... fico ansiosa e tenho asma quase sempre que vamos sair e acabo estragando o passeio porque não dá pra ir”</i>	Medo de que algo ruim aconteça na viagem	

2.3 Adolescente Citrino

A família do adolescente Citrino, 16 anos, composta por quatro membros, incluindo o pai (61 anos), a mãe (55 anos) e a irmã mais velha (28 anos). Autodeclararam-se classe média alta e declararam ter uma renda familiar média de 11 salários mínimos mensal. Os pais e a irmã trabalhavam no setor público. A mãe possuía ensino médio completo de nível técnico, enquanto o pai e a irmã tinham completado o ensino superior. Citrino cursava o 3º ano do ensino médio numa escola privada. Fazia tratamento da asma com profissional especializado em clínica de segmento particular desde os seis anos de idade, quando intensificaram as crises. Já tinha feito acompanhamento psicológico. Durante a pandemia de Covid-19, os pais foram acometidos gravemente pela doença. O pai inclusive ficou com uma sequela grave, estando acamado. Desde então, Citrino vinha apresentando crises de asma e ansiedade mais frequentemente. É bastante apegado a irmã.

a) *Impactos psicossociais do adoecimento na vida de Citrino*

O adolescente declarou ter uma boa relação com os pais e, principalmente, com a irmã, a qual considerava sua melhor amiga. Mostrou-se falante e extrovertido e disse gostar de esportes radicais, embora não se sentisse seguro para isso devido ao medo de ter uma crise de asma no momento de praticá-los. Afirmou ter crises de asma diante de situações em que se sentia injustiçado, bem como nos períodos de prova e concursos para o ingresso no nível superior. As situações descritas por ele, quase sempre tiveram o enredo em torno do medo de assumir compromissos e ter crise de asma evidenciando um medo de perder o controle e ficar exposto. Em suas palavras:

Eu sinto muito medo de ter crise de asma quando saio com amigos ou quando quero “chegar” numa menina, porque fico tenso sabe, não sei o que falar e aí acho que vai dar tudo errado... tenho medo de passar vergonha, não tenho controle sobre como ela vai agir (...) e ter asma na frente dos outros é muito constrangedor.
(Citrino)

Trecho retirado do diário de campo da pesquisadora

Neste trecho evidencia-se o medo de passar vergonha e a dificuldade para lidar com a falta de controle, segundo Reis (2019), tais características fortemente evidenciadas, podem ter relação com o Domínio V Supervigilância/inibição.

Falas semelhantes foram recorrentes sobretudo no que concerne ao ambiente escolar, onde ele tinha dificuldades para ser assertivo, falando aos amigos aquilo que o incomoda, bem como para cumprir tarefas escolares, o que realçou sua limitação em reconhecer seu potencial de manter as pessoas por perto. Durante a atividade escrita “Minha vida de Adolescente com Asma”, foram evidenciados Esquemas disfuncionais de Citrino, quando ele narrou episódios diversos que experimentou na escola, na academia e nos “rolês” com amigos.

“... eu tenho medo de ficar colocando meu ponto de vista e defendendo minhas ideias e meus amigos se afastarem de mim, porque não sei bem se o que penso é de agrado de todos. (...) (Citrino).

Trecho retirado do texto “Minha Vida de Adolescente com Asma”

De acordo com Reis (2019), sentir medo de receber críticas e passar vergonha relaciona-se com o Domínio V – Supervigilância/inibição. Na entrevista psicológica foi possível perceber que a família passou por muitas dificuldades de saúde, reforçando crenças antigas em Citrino. Relatou que, em 2020, no auge da pandemia da Covid-19, seus pais contraíram a doença e

necessitaram de internação hospitalar. Primeiro foi a mãe que evoluiu para um quadro clínico muito grave, ficando em média 45 dias internada. Quando ela teve alta, o pai contraiu a doença e, como um agravante, teve uma trombose, ficando com sequelas e internado por cerca de dois meses. Ele recordou ter sentido muito medo e ter ficado ainda mais próximo da irmã neste período. Afirmou crises de asma, ansiedade, desmotivação e desânimo nesta época. Mas, mesmo em meio ao medo de perder os pais, encontrava dificuldades para expressar seus sentimentos.

Ai, quando meus amigos me chamam pra sair fico muito ansioso e acabo recusando, ficando angustiado porque recusei... é muito confuso... quero ir, mas fico ansioso, tenho medo de passar mal ou alguma coisa de ruim acontecer, nessas situações acabo tendo asma". (Citrino)

Trecho retirado do texto "Minha Vida de Adolescente com Asma"

(...) a dificuldade de expressar o que sinto acaba afastando as pessoas de mim e então eu estou sempre muito sozinho e com medo de que algo de ruim aconteça de novo, que alguém possa morrer, ficar doente de novo, tenho medo de ficar doente também. (Citrino).

Trecho retirado do diário de campo da pesquisadora

Os trechos acima apontam o medo relacionado a pensamentos catastrófico. Citrino sempre imagina que se sair com amigos, algo de ruim poderia acontecer. Tais crenças foram reafirmadas no período da pandemia, onde sua família foi acometida gravemente pelo vírus da Covid-19. De acordo com Reis (2019) esta crença tem relação com o Esquema de Vulnerabilidade ao Dano e a Saúde, descrito no Domínio II – Autonomia e Desempenho prejudicados.

b) Perfil Clínico e Psicológico de Citrino

O perfil psicológico de Citrino evidenciou Neuroticismo como traço de personalidade predominante, associado aos Esquemas Disfuncionais dentro dos seguintes domínios: Domínios Domínio II, com predomínio do Esquema de Vulnerabilidade ao dano e a doença e Domínio V Supervigilância e Inibição, com predomínio do Esquema: Inibição emocional, conforme apresentado no quadro 7.

QUADRO 7 - Perfil clínico e psicológico do adolescente Citrino

Classificação da asma	Traço de Personalidade predominante – EPQ-J	EID's predominantes - QEA	Termometro da Intesidade das Preocupações	Sintomas de Depressão - EBADEP-IJ	Sintomas de ansiedade - MASC
Resultado Bruto: 11 Asma parcialmente controlada	Traço predominante: Neuroticismo Classificação: Muito Alta	Domínio II autonomia e Desempenho prejudicados Esquema: Vulnerabilidade ao dano e a doença Resultado Bruto: 16 Domínio V: Supervigilância/inibição. Esquema predominante Inibição Emocional Resultado Bruto: 15	Domínio II – Vulnerabilidade ao Dano e a Doença: 16 Inibição emocional: 7	Resultado Bruto: 34 Sintomatologia 2 Classificação Moderado	Resultado Bruto: 84 Ansiedade moderada à grave predomínio de sintomas físicos

De acordo com a entrevista psicológica e com o Questionário Esquemas para Adolescentes de Young – QEA, pode-se identificar que os Esquemas Disfuncionais proeminentes em Citrino foram Vulnerabilidade ao Dano e a saúde - Domínio II e Inibição Emocional - Domínio V, Supervigilância/inibição. O Quadro 8 apresenta relatos de Citrino que evidenciam seus pensamentos disfuncionais, emoções e modo de enfrentamento.

O perfil psicológico descrito nos participantes foi evidenciado nas três sessões iniciais servindo de base para compor a avaliação e levantamento de dados desta pesquisa. Esta fase foi de suma importância para compreender o padrão de funcionamento cognitivo, evidenciando os esquemas que sustentam suas crenças bem como o comportamento (estilo de enfrentamento) diante das emoções ativadas.

QUADRO 8 - Esquemas Disfuncionais relevantes de Citrino

Domínio e Esquema Disfuncional	Verbalizações ilustrativas	Emoção Ativada	Estilo de Enfrentamento
Domínio II Autonomia desempenho prejudicados Vulnerabilidade ao dano e a doença	<i>Eu desisto de participar do clube de bike, embora eu gosto do pedal, porque tenho medo de passar mal e ninguém me socorrer</i> <i>Não me sinto preparado para resolver as coisas se eu passar mal num rolê com os amigos, por isso dou uma desculpa e não vou.</i>	Medo de catástrofe.	Comportamento Desadaptativo: Evitação
Domínio V Supervigilância/Inibição Inibição Emocional	<i>Se eu sair com meus amigos pra balada e tiver uma crise de asma, vou passar vergonha (...)</i> <i>Chegar numa garota é muito complicado pra mim porque não sei me expressar direito e fico ansioso e acabo tendo asma e ai não posso ir.</i>	Medo de perder o controle sobre o que pensa e ficar exposto diante de amigos e paqueras.	Comportamento Desadaptativo: Evitação

3. Evidências do perfil psicológico dos voluntários: integração e discussão dos dados

O perfil psicológico dos participantes foi avaliado na fase inicial desta pesquisa e reavaliados após a intervenção, a qual se mostrou de suma importância para compreender o padrão de funcionamento cognitivo dos mesmos, evidenciando os esquemas que sustentavam suas crenças, bem como seus comportamentos (modo de enfrentamento) diante das emoções ativadas.

Os escores dos instrumentos utilizados foram calculados, conforme orientações pré-estabelecidas para cada um deles. Objetivou-se, desse modo, verificar se ocorreram mudanças nos sintomas de ansiedade e/ou depressão, bem como se ocorreu maior espaçamento das crises asmáticas. A Tabela 1 apresenta um panorama geral dos resultados encontrados.

TABELA 1 – Medidas de variáveis clínicas e psicológicas Pré e Pós-Intervenção

Participante	Variável/Instrumento	Fase	Score	Classificação
Ametista	Controle da Asma ACT	Pré	17	Asma controlada parcialmente
		Pós	19	Asma controlada parcialmente
	Sintomas de ansiedade MASC	Pré	77	Acima do ponto de corte para ansiedade
		Pós	57	Acima do ponto de corte (56) para ansiedade
	Sintomas de Depressão EBADEP	Pré	25	Sintomatologia leve
		Pós	23	Sintomatologia leve
	Termômetro da Intensidade das preocupações base QEA	Pré	10	Intensidade alta
		Pós	3	Baixa intensidade
Safira	Controle da Asma ACT	Pré	12	Asma controlada parcialmente
		Pós	17	Asma controlada parcialmente
	Sintomas de ansiedade MASC	Pré	69	Acima do ponto de corte para ansiedade
		Pós	58	Acima do ponto de corte (56) para ansiedade
	Sintomas de Depressão EBADEP	Pré	24	Sintomatologia Leve
		Pós	20	Sintomatologia Leve
	Termômetro da Intensidade das preocupações base QEA	Pré	09	Intensidade alta
		Pós	04	Baixa intensidade
Citrino	Controle da Asma ACT	Pré	11	Asma controlada parcialmente
		Pós	15	Asma controlada parcialmente
	Sintomas de ansiedade MASC	Pré	84	Acima do ponto de corte para ansiedade
		Pós	72	Acima do ponto de corte para ansiedade
	Sintomas de Depressão EBADEP	Pré	34	Sintomatologia Leve
		Pós	32	Sintomatologia Leve
	Termômetro da Intensidade das preocupações base QEA	Pré	10	Intensidade alta
		Pós	5	Intensidade Moderada

Os resultados gerados, como mostra a Tabela 1, evidenciam que a classificação da asma e dos níveis de ansiedade e depressão não foram alterados, ainda que tenha ocorrido variabilidade de controle dos sintomas. Neste contexto, foi evidenciado que apesar de não mudar a classificação ocorreu diminuição na intensidade dos sintomas de asma, ansiedade e depressão. Em relação aos dados do Termômetro das Preocupações, usado para medir a flexibilidade do Esquema Desadaptativo, percebe-se que ocorreram alterações quando comparados resultados pré e pós-intervenção na classificação da intensidade das preocupações, sendo observada uma diminuição nos níveis de preocupações nos adolescentes participantes, assim distribuídos: 0,3% em Ametista, 0,44% em Safira e 0,5% em Citrino evidenciando assim que ocorreu diminuição na intensidade das preocupações.

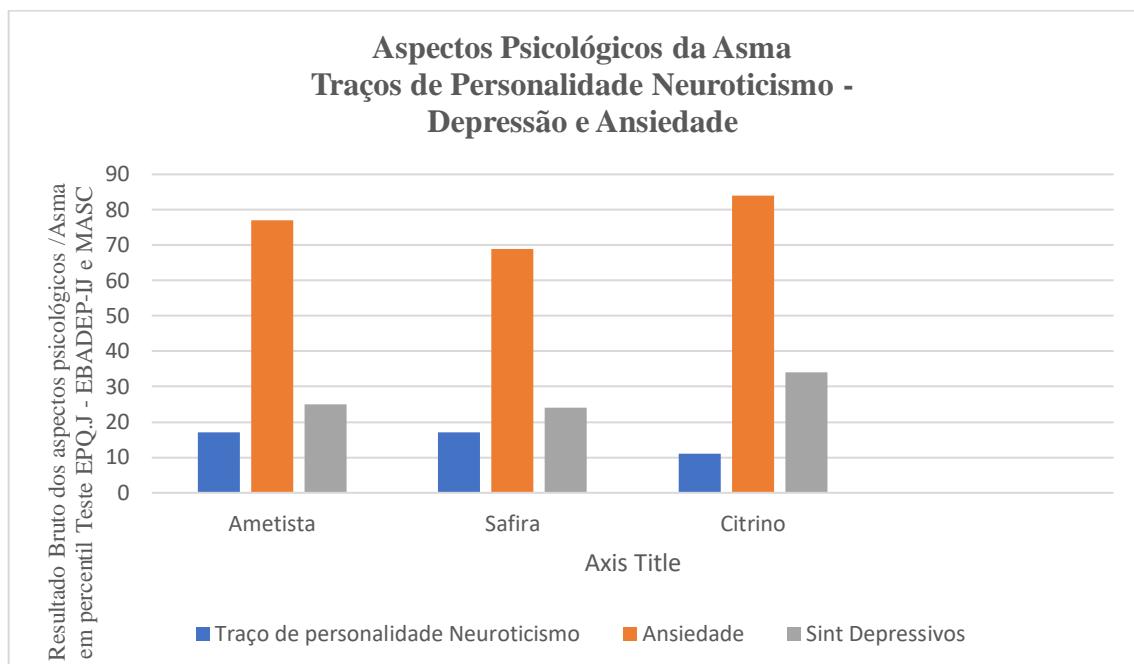
Deste modo, comprehende-se que à medida que os adolescentes começaram a perceber seus pensamentos e emoções, conseguiram através das técnicas aplicadas na intervenção, promover mudanças no modo de enfrentamento das situações gatilho, sugerindo a flexibilização do esquema disfuncional. Ao enfraquecer o Esquema, o adolescente provavelmente sente-se mais seguro para desenvolver comportamentos novos e mais adaptados. Diante dos resultados, ter um protocolo de intervenção psicológica pode contribuir para melhoria no manejo dos sintomas de asma, ansiedade e depressão através da flexibilização de Esquemas Desadaptativos e do autoconhecimento, sendo possível, dessa forma, promover mudanças de comportamento Evitativo.

Em uma análise comparativa, foi possível verificar pontos em comum entre os três adolescentes com relação ao perfil psicológico. Assim, tomando por base o EPQ-J, observou-se um mesmo traço de personalidade predominante nos três (3) participantes: o Neuroticismo. Este traço de personalidade pode ser subdividido em 4 subtipos: vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão (HUTZ & NUNES, 2001). Em se tratando da adolescência, a personalidade ainda não está consolidada, porém já existe uma predominância de traços que compõe o modo como o adolescente interpreta o mundo (PINTO JUNIOR et.al., 2019). Este traço evidencia características tais como instabilidade emocional, sendo que quanto mais elevado for o traço, maiores são as possibilidades de haver padrões emocionais associados a desconforto psicológico gerado por aflições e angústias (MCCRAE & JOHN, 1992).

O Traço de personalidade Neuroticismo, pode ser subdividido em 4 subtipos: vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão (HUTZ & NUNES, 2001).

Foram encontrados sinais e sintomas de ansiedade e de depressão em todos os participantes, ainda que leves, conforme pode ser visualizado na Figura 1. Tais evidências foram sustentadas pelos resultados obtidos nas Escalas EBADEP-IJ e MASC. Como evidencia o estudo de Pessoa et al. (2019), transtorno de ansiedade e/ou depressão parece ser uma comorbidade frequente entre pessoas diagnosticadas com asma. Dos 71 pacientes avaliados por estes pesquisadores, mais da metade (53,5%) mostraram sintomas reveladores de quadros de ansiedade e/ou depressão, sobretudo aqueles que encontraram critérios para asma não controlada (79,4%).

Figura. Ilustração principais aspectos psicológicos da asma evidenciados Pré Intervenção



Com relação à ansiedade, o trio de participantes recebeu classificação moderada. A literatura aponta uma forte relação da ansiedade com as crises de asma. Conforme, Vieira et.al (2011), o binômio ansiedade/depressão é considerado o maior índice de doenças psiquiátricas em comorbidade com a asma, pois cerca de 78% dos pacientes com asma não controlada apresentam concomitante sintomas de depressão e ansiedade.

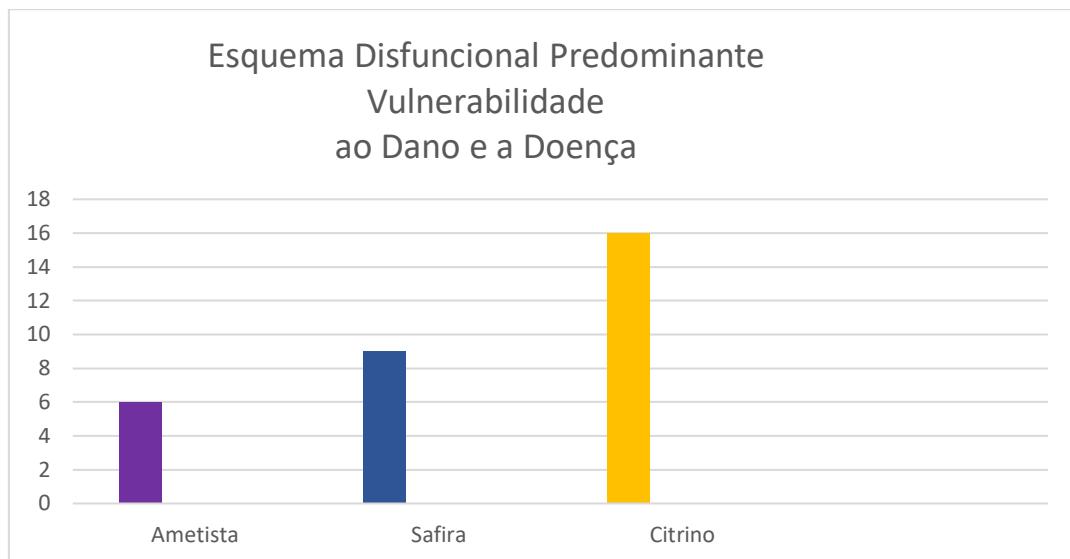
Em se tratando dos Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID's), Young et al. (2008) afirmam que estes são desenvolvidos a partir de necessidades básicas não atendidas. Estas necessidades têm relação com vínculo seguro, proteção e cuidado, proporcionando uma base segura de apego. A base de apego torna-se insegura ou ambivalente quando as necessidades

básicas não são adequadamente atendidas, principalmente quando há ocorrência de sintomas traumáticos na infância e adolescência, de modo que os EID's, se formam trazendo prejuízos funcionais ao sujeito (MCGINN & YOUNG, 2012).

Podemos apontar a asma como um evento traumático persistente, que gera inseguranças e incertezas para a criança/adolescente, visto que são submetidas a procedimentos invasivos quando as crises se intensificam, podendo até mesmo passar por período de internação (ARAÚJO, ROCHA & ALVIM, 2014). Tais eventos corroboram para que as incertezas com relação aos gatilhos geradores das crises de asma tragam a sensação de medo e angústia tanto para as crianças/adolescentes, quanto para suas famílias, gerando instabilidade emocional, superproteção, ansiedade e angústias frequentes. Esses eventos podem ter relação com o desenvolvimento dos Esquemas Desadaptativos predominantes de Vulnerabilidade ao Dano e a Doença, comuns aos três participantes.

De fato, nos três participantes observou-se a prevalência do Domínio II, referente a Autonomia e Desempenho Prejudicado, sendo o Esquema predominante entre eles a Vulnerabilidade ao Dano e à Doença, como mostra a Figura 1. De acordo com Reis (2019), famílias com tendência a superproteção, que atendem as demandas de forma exagerada a fim de evitar sofrimentos, acabam por inibir o desenvolvimento da capacidade do adolescente para satisfazer suas necessidades de forma autônoma. Em se tratando dos participantes desta pesquisa, o medo das famílias em não saber como lidar com as crises de asma, conforme evidenciado na entrevista inicial com os pais, foi confirmado no texto “Minha vida de Adolescente com Asma” elaborado pelos participantes. Nas três produções, verificou-se características de superproteção da família e de enfraquecimento da autonomia do adolescente para desenvolver o autocuidado, o que era fortalecido pela falta de conhecimento dos adolescentes acerca dos medicamentos de controle da asma, ficando sob a responsabilidade dos pais a administração dos mesmos. Isto gerava o risco dos procedimentos para prevenção ou controle das crises serem negligenciados por conta da rotina de trabalho dos pais e do fato destes não poderem estar sempre ao lado dos filhos que também possuíam suas rotinas de estudos. Assim, os medicamentos nem sempre tinham o uso adequado, contribuindo para que as crises de asma ocorressem mais facilmente frente aos gatilhos emocionais.

Figura Predominância do Esquema de Vulnerabilidade ao Dano



O modo como a família reage aos eventos estressores corrobora para formar o modo como a criança desenvolve sua visão de mundo. Tomando por base Young, Kloskoe Weishaar (2008), como mostra o Quadro 9, cada Domínio é organizado de acordo com as características apresentadas pelas famílias, sendo importante compreender como as famílias se organizam e contribuem no desenvolvimento dos filhos. Segundo os autores, o segundo Domínio, relativo a Autonomia e Desempenho Prejudicados, é típico de famílias que comumente se mostram superprotetoras, emaranhadas e destruidora da confiança da criança.

QUADRO 9 - Tipos de famílias feradoras de problemas para cada domínio esquemático

DOMÍNIO ESQUEMÁTICO DESADAPTATO	FAMÍLIAS TÍPICAS
DOMÍNIO I – Desconexão e Rejeição	Geralmente fria, rejeitadora, imprevisível e/ ou abusadora
DOMÍNIO II – Autonomia e Desempenho prejudicados	Costuma ser superprotetora, emaranhada e destruidora da confiança da criança
DOMÍNIO III – Limites prejudicados	Caracterizada pela érmissividade e falta de orientação à criança quanto ao que é certo e errado
DOMÍNIO IV – Orientação para o Outro	A família tem um relacionamento com a criança/adolescente baseado na aceitação condicional, de modo que devem suprimir aspectos importantes de si próprios para obter amor, aceitação social e status

DOMÍNIO V – Supervigilância e inibição	A família geralmente é punitiva, perfeccionista e tende a evitar “erros” de correntes de atividades prazerosas. Há uma preocupação de que as coisas darão erradas se houver falha na vigilância
--	---

Fonte: Sintetizada de Young, Klosko e Weishaar (2008)

O perfil das famílias que integraram este estudo, a grosso modo, foi a superproteção, colaborando, assim, para fragilizar o desenvolvimento de habilidades capazes de melhor auxiliar os adolescentes na tomada de decisão e autonomia. Isto sinaliza a importância da realização de novos estudos que tenham como intuito identificar o perfil de famílias com crianças/adolescentes com asma e verificar suas influências nos Esquemas Desadaptativos, já que o presente estudo não teve por objetivo aprofundar as análises nesta direção, além de ter avaliado somente três adolescentes.

Os resultados deste estudo não permite traçar um perfil dos adolescentes asmáticos e nem esta foi a pretensão, mas mostra a relevância de se investigar de modo mais aprofundado se há um perfil psicológico característico no que tange ao funcionamento das crianças e jovens com diagnóstico de asma. Assim, tomando por base este perfil encontrado nestes participantes, foi elaborado a proposta de intervenção que, a despeito de sua estrutura, deve ser aplicada respeitando as particularidades de cada adolescente.

Ressalta-se, por fim, que, no contexto de elaboração de um Plano de Intervenção Psicológica com base na Terapia Cognitivo Comportamental com foco em Esquemas visando mudanças de comportamento no enfrentamento às limitações impostas pela asma, mostrou-se de suma importância evidenciar os aspectos psicológicos a fim de tornar possível o desenvolvimento de uma intervenção com potencial para melhorar a qualidade de vida dos adolescentes no âmbito de suas famílias, auxiliando-os a identificar seu perfil psicológico para melhor manejar emoções e pensamentos disfuncionais, de modo a ter melhor controle sobre os gatilhos psicológicos da asma.

CAPÍTULO IV

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA INDIVIDUAL EMBASADA NA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL COM FOCO EM ESQUEMAS

Neste capítulo, são descritas as sessões de intervenção, no intuito de elucidar seus objetivos e as técnicas adotadas, bem como são apresentados os resultados encontrados no decorrer da intervenção com base na Análise de Narrativa, que permite a compreensão dos fatos narrados, com atenção e respeito à subjetividade de cada participante. Além disso, foram evidenciados os efeitos da intervenção nos aspectos psicológicos da asma, incluindo autoconhecimento, autocuidado e manejo dos sintomas de ansiedade e depressão.

1. Sessões de Intervenção

A partir da identificação do perfil psicológico de cada adolescente, foi possível traçar o planejamento para iniciar a proposta de intervenção, que aconteceu semanalmente, com duração média de 60 minutos. O setting terapêutico seguiu as normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Psicologia para atendimento clínico, sendo respeitado a privacidade do(a) participante. As sessões foram organizadas com objetivos e estratégias previamente determinadas, conforme encontra-se descrito a seguir.

Desse modo, após as três sessões iniciais realizadas com o objetivo de investigar o perfil clínico e psicológico dos participantes, o plano terapêutico de intervenção realizado neste estudo incluiu mais nove sessões, assim divididas: duas sessões cuja meta principal foi organizar a conceituação do caso e seis sessões direcionadas para a aplicação de técnicas da TCC com foco em Esquemas, a fim de flexibilizar esquemas disfuncionais e favorecer mudanças no modo de enfrentamento (comportamento), bem como melhorar o manejo de sintomas psicológicos. Tratou-se de uma proposta de intervenção voltada a tomada de consciência dos esquemas e aprendizagem de técnicas capazes de reduzir níveis de ansiedade e depressão a fim de minimizar a periodicidade das crises de asma e promover mudanças de comportamento nos adolescentes no que diz a flexibilização dos esquemas disfuncionais que funcionavam como gatilhos para crises de asma, de modo a favorecer formas de enfrentamento mais saudáveis.

As sessões de intervenção aconteceram uma vez por semana, de modo individual e presencial, tendo como inspiração o manual proposto por Schütz, (2023). Os encontros foram divididos por temas e foram empregadas técnicas que visavam melhorar o manejo dos sintomas psicológicos, bem como ampliar o conhecimento acerca da asma e do padrão de comportamento dos participantes frente as crises asmáticas.

1ª. Sessão – Tema norteador: Saúde Mental: autoimagem x Esquemas Disfuncionais

Objetivos: Favorecer conhecimento sobre esquemas disfuncionais, ensinar o manejo das fichas de identificação de esquemas e crenças disfuncionais e sua relação com sintomas da asma, ansiedade e depressão

Técnicas: Psicoeducação sobre Esquemas e utilização das fichas de identificação dos esquemas, pensamentos disfuncionais e respostas desadaptativas, buscando correlacionar a autoimagem com esquemas disfuncionais e sintomas de ansiedade e depressão.

Materiais: Baralho de Esquemas e Modos para esclarecer sobre os 18 Esquemas, Fichas de Identificação dos Esquemas e Pensamentos Disfuncionais, bem como respostas (fisiológicas e psicológicas/emocionais) diante de situações vivenciadas por adolescentes e que contribuem para construção da autoimagem.

2ª. Sessão – Tema norteador: Aspectos fisiológicos da Asma: Controle da Respiração

Objetivo: Introduzir técnicas da TCC com vista à redução dos sintomas de ansiedade e depressão; flexibilizar esquemas e crenças disfuncionais, que atuem como gatilho de sintomas da asma.

Técnicas: Elaboração da Conceituação de Caso. Técnica de Relaxamento com o objetivo de auxiliar o adolescente a perceber seu ritmo de respiração e treinar a respiração diafragmática.

Material: Vidro de espuma para produzir bolinhas de sabão durante o treino de respiração.

3ª Sessão - Tema norteador: Esquemas e modos de enfrentamento: evidenciando o esquema de vulnerabilidade ao dano e à doença

Objetivo: Apresentar os Esquemas aos participantes e discutir o modo como lidam, no cotidiano, com situações em que precisam conviver com a asma.

Técnicas: Psicoeducação e Jogos de baralhos.

Materiais: Baralho de situações de Esquema e Modos.

- Baralho Interativo de Esquemas e Modos (SCORTEGAGNA, 2019). É fundamentado na Terapia do Esquema, sendo um instrumento utilizado para psicoeducação e dinâmica relacional com adultos e adolescentes sobre modos e esquemas. Visa dar ênfase na investigação das origens dos problemas psicológicos, propiciando o uso de técnicas emotivas com foco na relação terapêutica e nos estilos desadaptativos de enfrentamento, de modo a auxiliar na identificação e compreensão da dinâmica dos esquemas e modos de funcionamento. Desse modo, busca oportunizar esclarecimentos e ativações que possibilitem a mudança comportamental e cognitiva.

- Baralho das Emoções. Instrumento desenvolvido para auxiliar na identificação de pensamentos e emoções de crianças e adolescentes. Possui 21 cartas com características gráficas em que cada uma delas descreve, por meio de desenhos, uma emoção específica.

QUADRO 10 – Síntese dos resultados da 3ª. sessão

Adolescente	Emoção destacada nas cartas	Esquema corroborado pelo pensamento	Padrão de Comportamento
Ametista	O medo foi apontado como a emoção mais difícil para lidar. Enxergava o mundo como um lugar perigoso	Vulnerabilidade ao Dano e à Doença	Evitava situações percebidas como perigosas para o desencadear das crises de asma
Safira	Foi enfatizado o medo de ficar longe da mãe e algo de ruim acontecer	Vulnerabilidade ao Dano e à Doença e Emaranhamento	Evitava situações em que fosse exigido ficar longe da mãe e, quando isso ocorria, sentia-se mal, com ansiedade e falta de ar
Citrino	Foi destacado o medo de algo ruim acontecer, o que gerava nele um grande desconforto. Relatou não gostar de demonstrar seus sentimentos, sobretudo medo e raiva, pois diante dessas	Vulnerabilidade ao Dano e à Doença e Inibição Emocional	Evitava situações em que fosse ativado fortemente o medo e a raiva porque perder o controle fazia com que ficasse estressado e tivesse crise de asma

	emoções poderia perder o controle e magoar as pessoas	
--	---	--

4ª sessão – Tema norteador: Saúde mental e asma

- a) Objetivo: Identificar os gatilhos de ansiedade e/ou depressão que reforçam as crises de asma.
- b) Técnicas: Psicoeducação, Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), “Skate do Tempo” e Respiração Diafragmática (no encerrando da sessão).
- c) Material: Folhas de Registros RPD, Folhas com tabelas da Técnica Skate do Tempo e utensílio para fazer bolinha de sabão.

Na técnica do Skate do Tempo, o propósito foi melhorar a perspectiva em relação à asma, levando o participante a imaginar-se recuando ou avançando no tempo em um Skate. Assim, a pesquisadora perguntava: “como se sente com relação a ter uma crise de asma na Escola em momento futuro? Quais as situações em que você aumenta essa preocupação? O que poderia ajudá-lo a diminuir essa preocupação? Foi usada uma tabela para que o adolescente descrevesse suas preocupações e sentimentos relacionados, bem como suas estratégias para lidar com elas. A pesquisadora também pedia, por exemplo, que o(a) participante “voltasse no Tempo” e relembrasse as vezes em que achou que iria para o hospital e não foi, que achou que a asma iria atrapalhar seu passeio e logo recuperou-se. Depois o “Skate” o transportava para o futuro e ele passava a imaginar estratégias que o auxiliasse a controlar as crises de asma, como apresentado no Quadro 11.

QUADRO 11 – Dados obtidos mediante a técnica “Skate do tempo”

Participante	Situação	Preocupação	Emoção	Estratégias para lidar com a preocupação.
Ametista	Brincar de Queimado com as amigas	“Ter uma crise de asma na frente de minhas amigas”	Medo	“Se eu usar direitinho o remédio de controle é possível que eu não faça uma crise de asma, mas tenho que saber melhor qual é o remédio”
Safira	Dormir na casa de uma amiga	“E se no meio da noite eu tiver uma crise de asma, não sei o que fazer”	Insegurança e medo de passar vergonha	“Eu preciso aprender a me cuidar, conhecer melhor os remédios e quero aprender e preciso treinar mais a

				<i>respiração diafragmática”</i>
Citrino	Participar de um grupo de bike	<i>“Eu queria fazer parte de um grupo, mas eles pedalam longos percursos e eu tenho medo de ter uma crise de asma e não conseguir, e ficar sozinho na estrada”</i>	Insegurança e medo de não saber se cuidar sozinho e ficar com vergonha na frente dos amigos	<i>“Usar o medicamento todo dia como o médico disse para que eu consiga respirar melhor. Aprender a fazer o treino de respiração direitinho”</i>

No uso do modelo de RPD – Registro de Pensamentos Disfuncionais, que auxilia na identificação de emoções, cognições e comportamentos disfuncionais e, nesta pesquisa, adaptado com inclusão do Esquema Desadaptativo trabalhado, os principais aspectos verificados nesta sessão, conforme descritos no Quadro 12. Assim, o adolescente deve identificar e anotar o pensamento e a emoção que lhe ocorrem quando percebem os sintomas de dispneia e buscar compreender o esquema que sustenta esse pensamento.

QUADRO 12 - Dados obtidos mediante o uso da ficha de RPD adaptado.

Participante	Situação	Esquema Desadaptativo	Pensamento Automático	Emoção	Resposta Adaptativa
Ametista	<i>“Quando minhas amigas vão brincar de correr na rua.”</i>	Vulnerabilidade ao dano e a doença	<i>Sempre que eu corro tenho asma (sintoma de dispneia)</i>	Medo	<i>“Eu posso arriscar ir brincar e, se passar mal, uso o medicamento de resgate”</i>
Safira	<i>“Quando tenho que apresentar trabalho”</i>	Vulnerabilidade ao dano e a doença	Se eu errar todo mundo vai rir. E se eu passar mal? (sintoma de Dispneia)	Medo	<i>“Eu me preparam bem e uso o remédio de controle da asma, além de fazer a respiração diafragmática”</i>
Citrino	<i>“Quando vou andar de bike com o grupo do Pedal”</i>	Vulnerabilidade ao dano e a doença	Se eu for, terei uma crise de asma (sintoma de dispneia)	Medo	<i>“Se acaso eu levar a bombinha eu posso usar e pedir um amigo pra me acompanhar se eu passar mal.”</i>

5ª sessão – Tema norteador: Não é porque é possível, que é provável! Identificando o que me deixa vulnerável

Objetivo: Identificar o que deixa o participante vulnerável, utilizando técnicas que primem para flexibilização do Esquema Desadaptativo Vulnerabilidade ao Dano e a Doença.

Técnicas: Confrontação Empática, *Role Play*, com uso de Imagem Mental, Respiração Diafragmática e Psicoeducação.

Material: Folha de preenchimento de identificação da vulnerabilidade e vidro de bolinha de sabão.

Nesta sessão, foi verificado nos três participantes que as vulnerabilidades principais giravam em torno da “doença” e do “perigo”, como mostra o Quadro 13. A catástrofe era, por exemplo, ter uma crise de asma e não ser socorrido. Esse pensamento disfuncional era sustentado pelo comportamento de superproteção que as três famílias apresentavam. Assim, flexibilizar este esquema requeria a busca por aumentar a autonomia e desenvolver ou fortalecer a capacidade de autocuidado nos adolescentes. Saliento que esta sessão teve uma duração maior que o convencional, sendo encerrada em 120 minutos. Assim, orienta-se diminuir o número de técnicas usadas, para melhor aproveitamento.

QUADRO 13 - Identificação de vulnerabilidade nos participantes.

Vulnerabilidade	Como me sinto?	Por quê?
Doença	<ul style="list-style-type: none"> - Ametista: Muito medo de ter uma crise de asma e ser abandonada - Safira: Medo de rir e ter uma crise de asma - Citrino: Medo de fazer atividade física e ter uma crise de asma 	<ul style="list-style-type: none"> - “Já tive uma crise de asma no recreio e ninguém ficou comigo, me deixaram sozinha pra chamar a professora” - “Fui brincar na casa de uma amiga e tive uma crise de asma lá, não sabiam o que fazer e me deixaram ansiosa” - “Vi um amigo ser atropelado de bicicleta e tive medo de ficar tonto por causa da falta de ar e acontecer o mesmo comigo”
Perigo	<ul style="list-style-type: none"> - Ametista: “Tenho medo de ficar sozinha diante de situações de perigo” - Safira: “Acho perigoso sair sozinha ou somente com amigas” - Citrino: “Pedalar em via expressa é perigoso e também pra lugares desertos tipo zona rural” 	<ul style="list-style-type: none"> - “É perigoso não ser socorrido e deixar a falta de ar piorar” - “Sinto que algo de ruim pode acontecer” <p>“Porque são lugares em que pode acontecer muita coisa ruim, perigosa”</p>

Perder o controle	- Citrino: medo de perder o controle perto dos amigos e mostrar que sente medo de ter asma.	<i>"Porque os amigos podem debochar de mim"</i>
Pobreza	Não foi evidenciada vulnerabilidade a pobreza em nenhum dos três participantes	

Fonte: Transcrito do material aplicado nos participantes

Assim, além de elucidar gatilhos e pensamentos disfuncionais, foi usada a técnica “*RolePlay*” com o intuito de acionar as emoções que a situação trazia ao participante para, assim, instrumentalizá-lo no manejo destas. Foi utilizado, ainda, o Confrontamento Empático, a fim de trazer à consciência estratégias para manejo dos pensamentos disfuncionais, além de técnicas de respiração para controle da ansiedade utilizando bolinhas de sabão. No caso da técnica “*Role Play*”, a estratégia consistiu em conduzir concretamente os diálogos com imagens mentais, formulando um exercício de exposição frente a situações identificadas por eles como ativadoras de medo, em busca de ativar a emoção para que fosse possível manejá-la. A técnica foi realizada com o devido cuidado, respeitando as condições do participante sem colocá-lo em risco. O principal objetivo foi fazer com que este aprendesse a lidar com os pensamentos catastróficos e aumentasse, assim, a habilidade para enfrentá-los, reconhecendo que seus medos eram exagerados e que, se acaso a crise de asma acontecesse, saberia o que fazer. Para isso, a imagem mental e a confrontação empática, visavam flexibilizar o esquema, levando-o a confrontar mentalmente as situações temidas. Os principais aspectos evidenciados neste aspecto são descritos no Quadro 14.

QUADRO 14 - Distorções Cognitivas x Respostas Adaptativas:

Participantes	Imagen Mental (Catastrófica)	Distorções Cognitivas	Resposta Adaptativa
<i>Ametista</i>	Brincando de Pique na rua e começando a ter uma crise de asma	<i>“Se eu for correr na rua posso ter uma crise de asma e morrer”</i>	<i>“Posso ir pra minha casa e usar o medicamento de resgate porque agora entendi qual devo usar”</i>
<i>Safira</i>	Noite do pijama na casa da amiga, no meio da noite tem uma crise de alergia por causa do cheiro das cobertas, e ai tem uma crise de asma	<i>“Posso ter uma crise de asma a noite e não conseguir que as pessoas saibam o que fazer comigo, então posso até morrer com crise de asma porque minha mãe não está lá”</i>	<i>“Eu posso levar meu remédio de resgate, usar e se não melhorar fazer contato com meus pais para me buscar. Posso também avisar minha amiga o que deve ser feito”</i>
<i>Citrino</i>	Ao pedalar com amigos numa área deserta, tem	<i>“Sair para longe com amigos pode ser muito</i>	<i>“Posso andar com cuidado pelo acostamento</i>

	uma crise de asma e sofre um atropelamento	<i>perigoso porque sou uma pessoa doente”</i>	<i>e levar minha bombinha caso eu me sinta mal.”</i>
--	--	---	--

A relação terapêutica teve um impacto positivo e de confiança, atuando como um suporte importante para os participantes compreenderem que, apesar de haver uma possibilidade de a crise de asma ocorrer, não era provável que uma catástrofe acontecesse, ou seja, em todas as situações existia uma possibilidade de socorro, sendo possível assumir o controle dos sintomas de ansiedade e da crise de asma.

Na confrontação empática, buscou-se contabilizar os custos do esquema, ou seja, tudo que o participante perde, quando abre mão de divertir-se com medo de que algo ruim aconteça (neste caso, a crise de asma). O objetivo foi evidenciar a emoção predominante, que era o medo, levando o participante a desenvolver estratégias saudáveis para lidar com ele. O papel da psicóloga/pesquisadora foi o de se manter concentrada em apontar as consequências negativas - atuais e a longo prazo - se o participante permanecesse evitando atividades que desejava realizar por medo de morrer com crise de asma. Assim, foi possível trazer a reflexão o quanto era improvável que a asma ficasse incontrolável se ele tomasse as medidas corretas de controle.

De modo complementar, a psicoeducação foi usada para orientar sobre a importância da aderência ao tratamento medicamentoso e sobre a aplicabilidade de cada remédio, além de reforçar a importância do hábito da respiração diafragmática. Nesse sentido, buscou-se oportunizar mais autonomia ao adolescente. A respiração diafragmática foi utilizada no decorrer da sessão, sempre que necessário.

6ª sessão: Tema norteador O Medo Nossa de cada dia ... Instrumentalizando para o manejo do Medo

Objetivo: Elucidar os gatilhos e pensamentos disfuncionais, com o intuito de acionar o medo a fim de instrumentalizá-los ao manejo deste.

Técnica: técnica “Role Play” Questionamento Socrático e Respiração Diafragmática

Material: Ficha de Registro de Pensamento Disfuncional – RPD e vidro de bolinha de sabão.

Nesta sessão, além de elucidar os gatilhos e pensamentos disfuncionais (ficha RPD), foi usado a técnica “*Role Play*”, com o intuito de acionar as emoções que a situação traz ao participante a fim de instrumentalizá-los ao manejo destas. Foi utilizado ainda, o Questionamento Socrático a fim de que possa trazer a consciência estratégias para manejo dos pensamentos disfuncionais além de técnicas de respiração para controle da ansiedade utilizando bolinhas de sabão.

Em se tratando da técnica “*Role Play*”, o objetivo foi conduzir concretamente os diálogos com imagens mentais, formulando um exercício de exposição, com as situações ativadoras do medo, apresentadas pelos participantes, buscando ativar a emoção para que seja possível manejá-la. A técnica foi realizada com o devido cuidado, respeitando as condições do participante sem colocá-lo em risco. A Técnica *Role Play*, possibilita ao paciente vivenciar experiências do dia-a-dia e assim fortalecer o manejo do medo. O principal objetivo foi fazer com que os participantes aprendessem a lidar com os pensamentos catastróficos e aumentem assim, o manejo para enfrentá-los, reconhecendo que seus medos são exagerados e que se acaso, a crise de asma acontecer, saberão o que fazer. Para isso, *Role Play*, tem a meta de flexibilizar o esquema levando-os a confrontar mentalmente, as situações que temem. Assim, nesta etapa será investigado qual a vulnerabilidade principal de cada um buscando desenvolver estratégias para respostas adaptativas.

Os principais aspectos evidenciados nesta sessão são descritos abaixo no quadro abaixo:

QUADRO 15 – Estratégias de Enfrentamento do Medo:

Participantes	Role Play (Dramatização) (Catastrófica)	Distorções Cognitivas	Resposta Adaptativa
Ametista:	<i>Participar dos torneios de vôlei da minha escola</i>	“eu posso ter uma crise de asma na frente de todo mundo e ainda atrapalhar meu time”	“Se eu tiver com medicamento de controle em dia, isso não vai acontecer, além do mais posso pedir pra ir para o Banco e usar a bombinha”

Safira:	<i>"Retiro espiritual para jovens, tem sempre na minha Igreja mas nunca vou por medo"</i>	<i>"Posso ter uma crise de asma a noite e não conseguir que as pessoas saibam o que fazer comigo, imagina estar longe da minha casa, da minha mãe, como vão me socorrer?"</i>	<i>"Eu posso levar meu remédio de resgate e usar certinho. Posso também avisar ao responsável pelo retiro, o que deve ser feito."</i>
Citrino:	<i>"gosto muito de trilha, de bicicleta ou à pé mas nunca vou porque trilha é deserto, celular não pega, o que faço se tiver uma crise? Morro né!"</i>	<i>"Lugar distante ainda mais sem acesso ao celular pode ser perigoso pra mim porque sou doente."</i>	<i>"Fazendo o tratamento direito e estando sempre com a bombinha, posso usar assim que perceber que estou respirando mal,"</i>

Nesta sessão foi possível fortalecer a experiência de confrontar situações em que o participante pode experenciar seu medo, porém num campo seguro, através da imagem mental, fortalecendo suas habilidades para lidar com o medo. Na sessão anterior a esta, fica evidenciado o medo como a emoção que mais gera o comportamento evitativo. Assim, a técnica Role Play, cumpre a função de auxiliar na vivência do medo colaborando para o desenvolvimento de estratégias de controle buscando auxiliar na aprendizagem de respostas adaptativas.

Nesta sessão foi também usada a Psicoeducação para reforçar a importância do hábito da respiração diafragmática. Neste contexto busca-se oportunizar mais autonomia ao adolescente. Ressalto que a respiração Diafragmática aconteceu no decorrer de toda sessão, sempre que necessário.

7^a sessão. Tema norteador: Flexibilização da resistência à mudança: Descatastrofizar a Tempestade.

Objetivo: Estimular a motivação para que o participante viesse a se dispor a suportar os sintomas de ansiedade, auxiliando-o a abrir mão de seus mecanismos de enfrentamento desadaptativos.

Técnicas: Confrontação empática. Questionamento Socrático. Respiração Diafragmática.

Material: Folha de registro de Pensamentos Catastróficos e Descatastróficos

Nesta sessão, como mostra o Quadro 15, a confrontação empática foi utilizada com o intuito de levar o(a) adolescente a desenvolver estratégias cognitivas e comportamentais capazes de auxiliá-lo a diminuir as estimativas da probabilidade de acontecer eventos catastróficos e a elevar sua capacidade de enfrentá-los. Nesse sentido, buscou-se trabalhar a flexibilização do Esquema Desadaptativo Vulnerabilidade ao Dano e a Doença e desenvolver estratégias para enfrentar o “perigo” maximizado oriundos do Esquema Desadaptativo.

QUADRO 16 – Descatastrofização dos Pensamentos

Participante	Pensamentos Catastróficos	Sintomas	Descatastróficos
Ametista	<i>“Brincar fora de casa é muito perigoso porque pode acontecer algo de ruim a qualquer hora”</i>	Falta de ar (Dispneia) cefaleia	<i>“Quais os perigos reais que podem acontecer comigo na rua em frente da minha casa?”</i>
Safira	<i>“Vou morrer se acaso tiver uma crise de asma longe da minha casa”</i>	Falta de ar (Dispneia) Tremor	<i>“Eu posso levar meus remédios e também pedir ajuda da família da minha amiga, além de ligar para meus pais”</i>
Citrino	<i>“Se eu sair pra pedalar e tiver uma crise de asma, vou cair e morrer atropelado”</i>	Falta de ar (Dispneia) Cefaleia Tontura	<i>“A asma não surge repentinamente, posso parar e usar a bombinha e caso não me sinta bem pra pedalar, ligo e chamo por minha irmã, ela pode me socorrer”</i>

Em resumo, o(a) adolescente foi estimulado a desenvolver estratégias cognitivas que primavam por evidenciar as vantagens de mudanças, além de estratégias comportamentais que os auxiliassem a abrir mão dos rituais mágicos e a enfrentar as situações temidas. Nesse

contexto, a psicóloga/pesquisadora buscou adotar uma postura constante de confrontação empática em relação a dependência do participante com relação aos pais.

8^a sessão. Tema norteador: Autorregulação da Segurança

Objetivo: Trabalhar a flexibilização do Esquema Desadaptativo Vulnerabilidade ao Dano e à Doença e os sintomas de ansiedade e depressão, identificando os “exageros”, com foco em autorregular a segurança.

Técnicas: Imagem Mental, Questionamento Socrático e Respiração Diafragmática.

Material: Colchão inflável para relaxamento

A técnica de Imagem Mental foi usada com o intuito de promover estratégias cognitivas e comportamentais capazes de auxiliar o(a) adolescente a aprender a manejar os sintomas de ansiedade e os pensamentos catastróficos, elevando sua capacidade de enfrentá-los, como descrito no Quadro 16. Em todos os casos, o(a) participante foi conduzido(a) a fechar os olhos e solicitado(a) a visualizar uma certa cena. Perguntas foram feitas para auxiliá-lo(a) a identificar emoções e a repensar o que estava sentindo, bem como a refletir sobre a real gravidade de seus sintomas e o modo como conseguia administrá-los. Em momentos de respiração ofegante ou leve mal-estar, o processo foi interrompido e foi realizado exercício de respiração diafragmática, com gradativo avançando até que ele(a) se sentisse confortável, confiante e com sintomas controlados.

QUADRO 17 - Imagem Mental: Riscos x Controle

Participantes	Riscos Reais	Recursos Pessoais para lidar com riscos	Funcionalidade: controlando os riscos (imagem mental)
Ametista	Ter uma crise de asma	“Sou asmática e ter uma crise faz parte de minha vida, mas preciso aprender a fazer coisas de adolescentes e lidar com os sintomas.”	Visualizar a cena em que tinha uma crise de asma.
Safira	Ter uma crise de asma na escola quando apresentava um trabalho	“Preciso aprender a identificar os sintomas de ‘falta de ar’ da ansiedade e da asma porque na escola acho que é ansiedade e aí fico nervosa e tenho asma.”	Visualizar a cena em que apresentava o trabalho na escola e sentia falta de ar.

Citrino	Ter uma crise de asma no pedal, num lugar distante, tipo zona rural	"Tenho asma por esforço físico, fico ansioso em lugar distante porque acho que não terei socorro."	Visualizar a cena em que tinha uma crise de asma ao pedalar num campo.
----------------	---	--	--

9ª sessão. Tema norteador: Psicoeducação e Fortalecimento: Envolvendo as Famílias.

Objetivo: Proporcionar a ampliação de conhecimento acerca de mudanças no contexto familiar importantes para facilitar que os adolescentes possam permanecer motivados a enfrentar seus medos e aprender a manejar os sintomas da ansiedade, depressão e asma.

Técnicas: *Role-Play*.

Material: Termômetro da intensidade das preocupações e caixinha da segurança.

Na técnica de *Role-Play*, o(a) adolescente foi estimulado(a) a organizar um Podcast com suas famílias, em que, ao longo de 120 minutos, foram lançadas situações cotidianas em que as famílias e os adolescentes deveriam conversar sobre como agir diante dos sintomas da asma, da ansiedade e da depressão. A asma foi abordada como uma condição de saúde que traz complicações para toda a família. As perguntas do PodCast giravam em torno dos Esquemas evidenciados nos adolescentes e o modo como as famílias reforçavam estes com suas atitudes. Neste contexto, o adolescente, atuava como o entrevistador, ocasião em que perguntava aos pais sobre seus comportamentos (dos pais) e conversava sobre como esses comportamentos poderiam ser modificados, ou seja, o adolescente assume o protagonismo na sessão, sendo ele quem promove a psicoeducação aos pais. Exemplos de perguntas foram: Permite que seu filho saia com amigos para outra cidade ou durma fora de casa? Autoriza que seu filho brinque na rua? Preocupa-se que seu filho tenha uma crise de asma na escola? Confia que seu filho sabe cuidar de si mesmo diante de um episódio de asma? Além de criar um espaço de interação para sanar dúvidas sobre os aspectos psicológicos da asma, o Podcast objetivou ainda verificar possível redução nos níveis de preocupação frente às situações com potencial para aumentar sintomas de ansiedade e gatilho para crise de asma.

Nesta atividade foi reutilizado o Termômetro da Intensidade das Preocupações (ANEXO H), que serve de parâmetro para compreender a flexibilidade ou não dos esquemas Desadaptativos, partindo do pressuposto de que à medida que modificamos as crenças disfuncionais, flexibiliza-se o Esquema e, consequentemente, o modo de enfrentamento

(comportamento). As fichas correspondentes foram preenchidas, nas quais o(a) adolescente apontava suas preocupações e como as manejava.

O encerramento da sessão se deu com a caixinha da segurança, cuja meta foi reunir imagens de objetos que remetiam a sensação de segurança, atuando como uma “bengala” emocional para o futuro. Foi solicitado que trouxessem objetos de valor afetivo para esta sessão.

O processo da intervenção foi, então, finalizado. Buscou-se esclarecer as dúvidas e repassar as técnicas aprendidas ao longo das sessões. Na sequência, foi agendada a próxima etapa da pesquisa, direcionada a reavaliar os adolescentes e compreender os efeitos da intervenção. Foi dado um intervalo de 15 dias consecutivos para se iniciar os procedimentos de reavaliação. Este espaço temporal foi necessário para organização dos resultados da intervenção.

2. Efeitos da intervenção: Análises narrativas

De acordo com Muylaert et al. (2014), a memória é seletiva e narramos aquilo que foi registrado em nossa história, o que foi experienciado é o que foi real para nós e não o fato em si, expressando a verdade de um ponto de vista que reflete determinado tempo, espaço e contexto. Assim, não se tem acesso direto as experiências vivenciadas pelo outro, é preciso administrar e compreender as representações dessas experiências. Neste contexto, a análise dos resultados desta pesquisa buscou pautar-se nas narrativas dos adolescentes participantes, buscando compreender os impactos que a asma traz para suas vidas bem como o modo como se percebem ao lidar com as impossibilidades geradas por uma doença crônica, neste caso, a asma.

Tomou-se por base a análise de narrativa para realizar um comparativo de resultados após a intervenção psicológica, a fim de verificar possíveis mudanças de autopercepção e, consequentemente, no modo como os participantes lidavam com as dificuldades impostas pela doença. Neste contexto, usar a narrativa verbal e escrita, tornou possível identificar uma variação no comportamento diante dos obstáculos devido a ampliação do autoconhecimento após a intervenção psicológica. De acordo com Bruner (2002, p. 46), *“uma narrativa é composta por uma sequência singular de eventos, estados mentais, ocorrências envolvendo seres humanos como personagens ou autores”*.

Para esta análise das narrativas, reuniu-se todas as fontes de dados contempladas na pesquisa: entrevista psicológica, Diário de Campo da pesquisadora e o texto intitulado “Minha Vida de Adolescente com Asma”. Para elucidar o Esquema Desadaptativo de Vulnerabilidade ao Dano e à Doença, foram introduzidas, na entrevista Psicológica, perguntas pertencentes aos QEA que investiga o referido esquema, informadas a seguir: a) “não consigo deixar de sentir que alguma coisa de ruim está para acontecer”; b) Sinto uma desgraça (natural, criminal, financeira ou médica) pode atingir meu momento, c) preocupa-me poder ser fisicamente agredido por alguém”; d) “preocupa-me perder todo o dinheiro que tenho e ficar muito pobre ou na miséria”; e) “preocupa-me em poder desenvolver uma doença séria, ainda que não tenha sido diagnosticado nada de grave por médico”.

O material foi organizado com base em categorias para análise, as quais foram divididas e estruturadas em três fases: a) Fase 1 – leitura e identificação da ideia central e palavras-chaves, b) categorização e c) tratamento dos resultados/interpretação, em busca de uma coerência interna e sistemática entre as fases. Ao longo da análise do material, foram sendo realizadas leituras e reduções gradativas, com vistas a condensação de sentidos e generalizações, organizando o texto transscrito em duas colunas, sendo uma voltada para redução (ideia central) e a outra para palavras-chave. A partir das palavras chave, criou-se as categorias, primeiramente de cada instrumento usado (Entrevista, Diários de Campo e Texto desenvolvido pelo adolescente), e, posteriormente, estas foram ordenadas em um sistema coerente, por participante, englobando as palavras-chaves que apareceram nos três instrumentos usados, de modo a permitir uma interpretação conjunta dos aspectos relevantes.

2.1 A) Fase 1 - Leitura

A partir de uma leitura minuciosa dos dados gerados pelos instrumentos, buscou-se compreender a(s) emoção(ões) que foram evidenciadas pelos adolescentes, os comportamentos que adotavam diante de situações com potencial para acionar gatilhos de ansiedade/asma, assim como queixas psicofisiológicos que se correlacionavam com sintomas de ansiedade, depressão ou asma. Neste sentido, foram encontrados como aspectos relevantes os dados apresentados no Quadro 18, relativos a trechos de falas relacionadas ansiedade e dificuldades impostas pela asma.

QUADRO 18 – Ansiedade X Dificuldades Impostas pela Asma

	Ametista	Safira	Citrino
Relatos	<p><i>Eu gosto de brincar de pique em frente a minha casa mas tenho medo e vergonha de passar mal e atrapalhar a brincadeira, então são coisas que deixo de fazer, porque a asma não me deixa fazer nada que gosto</i> (entrevista)</p> <p><i>Gosto de jogar vôlei, mas se eu tiver crise de asma vou deixar meu time desfalcado, aí prefiro dar uma desculpa e não entrar para o time da escola, porque as crises de asma me atrapalham.</i> (texto: minha vida de adolescente com asma)</p> <p><i>Ela relata que tem medo de falhar e as amigas ficarem decepcionadas com ela. Diz que sempre que fica ansiosa tem crise de asma então como vai aceitar jogar vôlei?</i> (Diário de Campo)</p>	<p><i>Eu gosto de participar de eventos na escola, mas fico com medo e acabo deixando tudo pela metade porque tenho crise de asma, atrapalho as pessoas e a mim mesma.</i> (entrevista)</p> <p><i>Minha vida de adolescente com asma é uma porcaria, não posso fazer nada, até apresentar um seminário na escola me dá crise, fico ansiosa e com medo de fazer vergonha, medo de riem de mim</i> (texto: minha vida de adolescente com asma)</p> <p><i>Safira relata que passou mal na escola, teve uma crise de asma e foi horrível, por isso detesta ser solicitada pela professora para colaborar de alguma forma com a aula, como por exemplo fazer uma leitura de texto</i> (Diário de Campo)</p>	<p><i>Eu gosto de pedalar, mas tenho medo de ir pra longe porque sou asmático e preciso de socorro a qualquer momento, não confio que meus amigos vão saber me socorrer, sinta-se inseguro</i> (Entrevista)</p> <p><i>Eu só queria ser normal, não ter essa falta de ar que atrapalha minha vida, ser adolescente com asma significa não poder fazer nada que os amigos fazem, porque estou sempre tendo crise asmática, então minha vida é chata</i> (texto: minha vida de adolescente com asma)</p> <p><i>Citrino relata que gostaria de fazer parte do grupo de pedal e também poder frequentar festas em clubes, mas não pode porque a asma nunca deixa e ele com vergonha diz para os amigos que não gosta</i> (Diário de Campo)</p>
Ideia Central	<p>A maioria dos relatos de Ametista giraram em torno do medo de falhar e não saber lidar com a crise de asma, adotando um comportamento evitativo. Tinha a ideia de que a asma podia fazer com que ela falhasse e, por isso, preferia não participar de situações desejadas</p>	<p>Safira, na maioria de seus relatos, demonstrou ser participativa, porém sente medo em desencadear crise de asma em situações em que se sente exposta</p>	<p>Citrino demonstrou, em suas narrativas, que sentia medo de afastar-se de casa e que ter asma o deixava inseguro para fazer o que gosta</p>
Palavra-chave	<p>Medo de falhar Asma e impedimento</p>	<p>Medo de exposição Evitação</p>	<p>Medo Insegurança e evitação</p>

2.2 B) Fase 2 - Categorização

Com o objetivo de identificar as respostas que sustentam as variáveis pesquisadas neste estudo, são descritos, a seguir, trechos da entrevista que corroboram para análise de resultados. O conteúdo categorial foi dividido de acordo com os principais aspectos identificado, sendo evidenciados nos três participantes os seguintes aspectos: a) emoção predominante, b) comportamento, e c) sintomas psicofisiológicos.

Categoria I - Emoção x Comportamento

Nesta categoria, buscou-se verificar a flexibilização do Esquema de Vulnerabilidade ao dano e à doença frente a emoção medo, visto ter sido está a emoção predominante deste esquema diante de situações que comumente atuavam como gatilhos para a crise de asma. Para medir a intensidade do medo, como apresentado na Tabela 2, foi utilizado o Termômetro do Baralho das emoções, tomando como parâmetro as seguintes medidas para classificação da intensidade do medo: 0 = não tenho medo, 1= pouco medo, 2 = medo moderado à 3 = medo intenso.

TABELA 2 – Medida da Intensidade do Medo

Participante	Emoção	Intensidade Intervenção	Pré	Intensidade Pós-intervenção
Ametista	Medo	3		1
Safira	Medo	3		1
Citrino	Medo	3		2

Abaixo serão apresentadas, de acordo com cada adolescente participante, narrativas que corroborem para melhor compreender a categoria aqui descrita.

- Emoção principal: Medo. Foi verificado o quanto o medo prejudicava o comportamento psicossocial devido à asma.

Ametista

Ametista apresentava medo sempre que era convidada para praticar atividades esportivas ou simplesmente brincar na rua, pois sua asma tinha relação com esforços físicos. Logo, quando recebia um convite ela sentia medo e ficava ansiosa porque ao mesmo tempo que queria participar, sentia medo de ter uma crise de asma e atrapalhar o jogo. Assim, o medo de falhar e decepcionar as pessoas, acabava funcionando como um gatilho que retroalimenta a ansiedade e as crises de asma.

Sinto medo de aceitar participar de algum esporte e passar mal com asma.

Sinto medo de prejudicar minha equipe no Vôlei porque pode acontecer de ter falta de ar por causa da asma, então prefiro dar uma desculpa pra ficar no banco.

Eu tenho medo que minhas amigas não me chamem pra brincar na rua porque eu não posso fazer coisas que elas fazem, tipo brincar de pique a noite, andar de bicicleta porque o sereno me faz ter chiado no peito e falta de ar.

Safira

Assim como Ametista, Safira também apresentava o medo como emoção principal, porém tendo um outro viés. Para esta adolescente, o medo estava mais associado a situações relacionadas à escola e ao seu medo em relação a cometer possíveis falhas. Acreditava que a asma atrapalhava seus estudos devido ao recorrente absenteísmo diante das crises, ao antialérgico que usava frequentemente e a deixava sonolenta. Assim, o medo fazia parte de seu dia-a-dia, contribuindo para suas faltas no período de apresentação de trabalhos, que a levava a adotar o comportamento de evitação. Tais aspectos corroboravam para deixá-la insegura e sem saber como lidar com as crises de asma.

Eu sinto muito medo quando a professora passa trabalho para apresentar para turma, chego a ter falta de ar e quase desmaiar de nervoso pois eu acho que não aprendi o suficiente.

Eu tenho muito medo de não conseguir notas boas nas provas porque tenho que faltar muitas aulas por causa da asma, já fiquei internada e sei que é muito ruim.

Sinto medo de não conseguir aprender bem e nunca passar no ENEM pois os remédios de asma me deixam com muito sono, mas sendo doente, preciso usar o remédio assim que começa a crise de asma.

Citrino

No caso de Citrino, ficou evidenciado como emoção principal o medo relacionado à falta de controle e a ameaças frente a situações vistas como perigosas. Seu medo tinha relação com uma preocupação excessiva com perigo, com a ideia de que algo de ruim pudesse acontecer a qualquer momento, sem que ele tivesse o controle necessário.

Eu quase nunca posso ir à uma balada com amigos porque tenho medo de ter outra crise de asma no show com cheiro de fumaças coloridas e também porque acho que ambientes fechados são perigosos.

Eu acho muito perigoso pedalar em lugares desertos mesmo que em grupo porque tenho medo de ter uma crise de asma e não conseguir ser socorrido.

Eu sinto medo de sair com os amigos pra longe de casa, tipo passar férias na casa de praia de um amigo e ter uma crise de asma, perigosos tomar algum medicamento errado, porque se o filho não tem asma os pais não sabem cuidar de quem tem.

Embora o medo tenha mostrado uma conotação para cada um dos participantes, pode-se perceber que estava sempre relacionado com o receio de desencadear uma crise de asma. A asma era vista como ameaçadora e um impedimento para realizar atividades desejadas e importantes para o desenvolvimento socioemocional. Porém, parecia exercer um papel de escudo para proteger dos medos relacionados à falta de controle e de exposição pública, gerados pela ansiedade. Tais aspectos reforçavam o Esquema de Vulnerabilidade levando a comportamentos disfuncionais.

- Comportamento: Evitação.

Os três adolescentes apresentavam como comportamento principal a evitação. Evitavam participar de atividades prazerosas ou desejadas frente aos gatilhos psicológicos da asma. Eles apresentavam, em seus discursos, o mesmo padrão de comportamento evitativo, apesar dos gatilhos de ativação serem distintos entre eles. Diante de situações que eliciavam ansiedade e medo, preferiam evitar o envolvimento mesmo que tivessem vontade de ir/fazer. Viviam constante conflito entre querer viver e ter medo de acionar gatilhos que propiciassem a crise de asma.

Ametista

Sinto medo de prejudicar minha equipe no Vôlei da Escola, porque pode acontecer de ter falta de ar por causa da asma, então prefiro dar uma desculpa pra ficar no banco de reservas, porque assim eu não fico nervosa de ter asma porque eu acabo tendo uma crise e saindo do jogo. Como reserva eu estou participando do time de algum jeito.

Quando minhas amigas me chamam pra andar de bicicleta ou jogar Queimado eu digo que não posso ir porque tenho um compromisso com minha mãe, porque tenho vergonha de ter crise de asma.

Safira

Prefiro fazer todo o trabalho escrito sozinha e ficar mais cansada do que ter que apresentar um trabalho pra turma.

Eu adoro teatro, queria fazer aulas mas não faço porque eu sei que vou ter uma crise de asma quando tiver que me apresentar em público.

Citrino

Meus amigos me chamam pra balada mas eu digo que minha religião não permite sair pra boates, não é verdade mas é um jeito de evitar que eles me convidem.

Eu queria muito fazer parte de um clube de pedal mas eu não me inscrevo porque esse pessoal pedala para lugares que acho perigoso, eu tenho asma não posso ir para lugares distantes que não “pega” o celular.

Apesar de sentirem vontade de realizar certas atividades, os participantes apresentavam um comportamento de evitação, mostrando acreditarem ser melhor lidar com a frustração de não participar do que buscar estratégias e recursos de enfrentamento para lidar com seus medos e gatilhos. Assim, com a atenção seletiva para identificar os gatilhos de seus EIDs, acabavam por reforçá-los, ou seja, adotavam o comportamento de evitar situações que podiam desencadear a asma e, assim, reforçavam o pensamento disfuncional de que a situação era, de fato, um risco, maximizando o medo e fortalecendo o Esquema de vulnerabilidade ao dano e a

doença. Deste modo, reforçavam a autopercepção de fragilidade e incapacidade para lidar com os sintomas da asma, o que gerava mais angústia e instabilidade emocional.

Categoria II - Flexibilidade do Esquema de Vulnerabilidade ao Dano e a saúde: comportamento evitativo x resposta funcional/descatastrófica

Nesta etapa, tomou-se por base as anotações do Diário de Campo nas sessões em que foram usados o Baralho Integrativo de Esquemas e Modos e a confrontação empática a fim de verificar mudança nos estilos desadaptativos de enfrentamento. Como mostra o Quadro 19, as mudanças no modo de manejo do medo foi o primeiro passo para controle dos sintomas psicológicos da asma, porém sabe-se que para uma mudança no padrão de comportamento é necessário que haja uma continuidade de respostas positivas com relação ao controle destes sintomas. Neste estudo, por conta de alguns contratempos, não foi possível verificar a sustentação destas mudanças num período de 6 meses ou um ano após a intervenção (*follow-up*), o que não invalida a ideia de que a intervenção teve uma eficiência no manejo.

QUADRO 19 – Mudança nos estilos Desadaptativos de Enfrentamento

Participante	Situação	Comportamento Pré Intervenção	Resposta Funcional ou Descatastrófica
Ametista	Ser convidada para um torneio de vôlei	Evitativo	Buscou situações de enfrentamento a situação: participou das partidas e percebeu não ter culpa das crises de asma
Safira	Participar de um sarau na escola	Evitativo	Apesar de não aceitar ler, conseguiu ir ao evento e fazer parte da organização
Citrino	Inscrição num clube de pedal	Evitativo	Apesar do medo, aceitou participar e convidou a irmã para fazer parte, pois assim se sentia mais seguro

Categoria III - Sintomas Psicofisiológico predominante: dispneia: autopercepção, autocuidado e aderência ao tratamento da asma para controle do sintoma

Tomando por base o diário de campo e a entrevista psicológica, foram identificadas palavras-chaves que auxiliaram no entendimento acerca da autopercepção, autocuidado e aderência ao tratamento da asma, verificando o número de vezes em que apareceram antes e após a intervenção, sobretudo da realização das estratégias de Psicoeducação (Quadro 20).

QUADRO 20 – Categorização de sintomas psicofisiológicos com base no Termômetro de Intensidade das Preocupações

Categoria III	Ametista	Safira	Citrino
Autopercepção	- Pré Intervenção: Culpa = 05 - Pós-intervenção: culpa = 01	- Pré-intervenção: Incapacidade = 06 - Pós-intervenção: Incapacidade = 03	- Pré Intervenção Insegurança = 07 - Pós-intervenção: Insegurança = 04
Dispneia: Autocuidado e Aderência ao tratamento	- Pré Intervenção: Incapacidade de controlar a “falta de ar” (Dispneia) frente a situações de ameaça = 05 - Pós-intervenção: Diminuição da preocupação visto que aprendeu controlar melhor a respiração quando ansiosa, identificando o medicamento de controle da asma como positivo = 1	- Pré Intervenção: Incapacidade de controlar a falta de ar (Dispneia) diante de situações em que se sentia exposta = 06 - Pós-intervenção: Diminui a preocupação a medida que tem mais entendimento sobre os sintomas e o uso do medicamento de controle da asma, diferenciando melhor a “falta de ar” (Dispneia) da ansiedade = 3	- Pré Intervenção: Insegurança no manejo da “falta de ar” (Dispneia) em situações em que se via em perigo = 07 - Pós-intervenção: Melhor entendimento sobre diferenciar os sintomas de falta de ar” da crise asmática e da ansiedade, auxiliou na melhora da segurança no manejo dos sintomas da crise = 04

- Sintomas psicofisiológicos: Dispneia.

Observou-se que os sintomas da ansiedade corroboravam para ampliar os sintomas da asma e dificultar a autopercepção. Nesse aspecto, os adolescentes apresentaram sintomas de ansiedade e depressão que corroboravam para intensificar os gatilhos psicológicos da asma. O principal sintoma evidenciado pelos três foi a Dispneia. Assim, misturavam-se a dispneia gerada pela asma com os sintomas da ansiedade, que, muitas vezes, produzia dispneia também. Deste modo, criava-se um círculo vicioso, confundindo os sintomas e a autopercepção de seus sintomas. Abaixo, seguem trechos do discurso dos adolescentes, obtidos nas entrevistas psicológicas e nas anotações no diário de campo, que evidenciam tais aspectos.

Sempre que eu tenho um convite pra brincar ou sair com minhas amigas tenho falta de ar, assim eu fico torcendo para não ser convidada mas ao mesmo tempo fico muito triste quando não me convidam, as vezes a falta de ar passa sem remédio, as vezes só passa quando vou pra emergência do hospital, então fico confusa. (Ametista)

Eu sinto falta de ar toda vez que tem sarau na minha escola, porque sempre sou escalada pra ler uma poesia (...) eu adoro poesia e sarau mas me dá falta de ar e eu nunca sei se vou ter que ir para o hospital ou se vai ser uma falta de ar que passa rápido,

eu fico muito nervosa e fica parecendo que não sei ler direito respeitando as pontuações. (Safira)

Eu tenho falta de ar toda vez que eu aceito participar de um evento de pedal, nunca sei identificar o grau da falta de ar se é porque estou cansado ou se é porque estou com asma, fico em desespero e corro para o hospital e as vezes, chegando lá, os médicos dizem que é só ansiedade. (Citrino)

Os relatos acima demonstram uma dificuldade dos adolescentes de distinguirem os sintomas da ansiedade e da asma, pois a Dispneia faz parte dos dois quadros. Para eles, era difícil ainda compreender seus medos e o quanto estes podiam ativar gatilhos disfuncionais que regiam seus pensamentos e o modo de enxergarem o mundo, pois os sintomas psicofisiológicos eram reais e, quase sempre, eles o associavam a um evento. Logo, sempre diante do evento em questão, era possível haver sintomas físicos.

No período pós-intervenção, foi analisado se as respostas se tornaram mais adaptativas e se ocorreram mudanças no modo de enfrentamento do medo, reduzindo sintomas de ansiedade e depressão.

2.3 C) Fase 3. Tratamento e interpretação dos resultados

Nesta etapa de análise, buscou-se dados para comparar as variáveis em estudo, entendidas aqui como aspectos psicológicos da asma que contribuem para a periodicidade das crises, analisando se foi possível flexibilizar o Esquema de Vulnerabilidade ao Dano e à Doença, os níveis de ansiedade e os sintomas depressivos.

- **Emoção principal: Medo.** O quanto o medo pode prejudicar o comportamento psicossocial devido a asma. Segue abaixo trechos da a fim de servir de base para análise dos resultados.

As narrativas colhidas na entrevista pós-intervenção, apontaram uma alteração no modo como os adolescentes passaram a manejar o medo e os sintomas de ansiedade, aprendendo a controlar os sintomas geradores de incômodos e inseguranças. Por conseguinte, observou-se uma melhoria no que diz respeito a periodicidade das crises de asma, o que foi reforçado pelo relato da família.

Ametista

Apesar de ter medo de ter uma crise de asma jogando queimado, aprendi que se eu usar o medicamento de controle direitinho, tem menos chance disso acontecer. Agora entendi por que tenho que usar o remédio quando estou bem.

Ainda fico ansiosa quando tenho que jogar Vôlei porque tenho medo de errar e meu time perder, mas eu decidi arriscar mais e mesmo quando tenho asma eu não fico tão nervosa, pois entendi que a culpa de ter crise, não é minha.

Safira

Tenho percebido que fico menos ansiosa pra ler em público porque notei que eu leio muito bem, por isso me convidam para ler.

Ainda tenho medo e fico ansiosa no período de provas, mas entendi que fazendo as técnicas de respiração que aprendi aqui e usando o medicamento certo, eu não fico mais faltando tanto.

Citrino

Estou aprendendo que sempre tem um jeito de resolver os problemas e que em grupo um ajuda o outro, assim usando meu remédio direitinho, coisa que eu não fazia, tenho me arriscado a pedalar pra mais longe, desde que tenha movimento.

Tenho ficado mais tranquilo pra sair com meus amigos, descobri que não gosto de boates, mas gosto de shows ao ar livre, tenho aprendido a opinar mais nos rolês e estou com menos vergonha de dizer que tenho asma, porque eu achava que isso era coisa de criança.

- Comportamento: Evitação

Apesar de ainda sentirem medo, foi relatado pelos três adolescentes a busca de estratégias para minimizar os sintomas fisiológicos do medo e enfrentar as situações do modo que lhes era possível. Após a intervenção, começaram a apresentar estratégias de mudança do comportamento de evitação. Conseguiram adotar estratégias para, apesar do medo, realizarem atividades desejadas que antes evitavam.

Ainda tenho medo de ter uma crise de asma quando jogo Vôlei, mas agora estou fazendo o uso corretamente do remédio de controle e fico menos ansiosa se vou errar ou acertar no jogo, aos

poucos tenho percebido uma melhora no meu condicionamento físico. (Ametista)

Participei do saraú e apesar de ainda ficar com medo e nervosa eu fui. Ainda não quis ler, mas fui e ajudei na organização. (Safira)

Eu me inscrevi num grupo de pedal urbano. Tenho medo da pista e de ser atropelado, mas tenho ido pedalar por perto e tomo muito cuidado. Minha irmã aceitou fazer parte também pra eu me sentir mais seguro. (Citrino)

- Sintomas Psicofisiológicos: Dispneia

Comecei a notar que a falta de ar da crise de asma é acompanhada de outros sintomas como o chiado no peito, nariz entupido e que a falta de ar da ansiedade não tem parecer mais como se estivesse cansado de ter corrido.... ainda não identifico muito bem porque quando eu corro tenho asma e tudo se mistura, mas vejo que se me acalmo e penso coisas boas, a falta de ar diminui, aí sei que é ansiedade. (Ametista)

Quando a falta de ar aparece do nada eu penso: estou com medo de que? Fico tentando entender a falta de ar, as vezes dá certo e ela passa ... as vezes não passa e preciso falar com minha mãe... mas essa “coisa” de pensar, vejo que tenho conseguido ter menos crise de asma porque aprendi a pensar sobre o medo. (Safira)

Pedalar cansa e faz a gente ficar ofegante (risos) eu queria o que? (risos)... entendi que esse ofegante é diferente da crise de asma e então eu aprendi a controlar meu medo pensando em como me proteger dos perigos. (Citrino)

Neste contexto, pode-se perceber que ocorreu uma mudança no padrão de pensamento acerca da asma, tanto no que diz respeito a sentimento de culpa por ter a crise quanto na mudança de crenças de que asma é coisa de criança. Tais pensamentos corroboravam para intensificar a ansiedade e, consequentemente, ativar gatilhos para desencadear a crise asmática.

3. Integração dos resultados das narrativas

A análise de narrativa empregada nas análises qualitativas dos dados possibilitou melhor consideração de aspectos subjetivos dos adolescentes e se beneficiou de uma abordagem

multimétodo através das entrevistas, dos registros no Diário de Campo e dos textos escritos pelo trio de participantes. A principal mudança observada no repertório dos três participantes, foi com relação ao modo de lidar com o medo de não terem controle sobre seus sintomas, mostrando terem compreendido que os sinais de uma provável crise asmática acontecem gradativamente e, assim, abre a oportunidade de se tomar as medidas necessárias para administrá-los e impedir que evoluam. Deste modo, o autoconhecimento é de suma importância tanto na identificação dos sintomas físicos quanto na diferenciação da dispneia por asma e por ansiedade.

Algumas estratégias utilizadas nas sessões interventivas destacaram-se no alcance dos objetivos terapêuticos almejados, incluindo o Role-Play. Segundo Souza, Ortí e Bonsoni-Silva (2012), esta técnica é eficiente para modelar comportamentos relevantes e para auxiliar no desenvolvimento do autoconhecimento. A psicoeducação também contribuiu para auxiliar neste processo de identificação dos sintomas da asma e das alterações psicológicas oriundas desta e no autoconhecimento em termos da distinção entre os sintomas psicofisiológicos da asma e adoção de estratégias mais eficientes para minimizar o quadro clínico. De acordo com Oltra (2013), a percepção da importância do autocuidado, requer o reconhecimento da situação, riscos e vulnerabilidades, impostas pelo adoecimento. Neste contexto, a psicoeducação, com uso da Cartilha “Aspectos Psicológicos da Asma”, contribuiu para ampliar a capacidade de autocuidado dos adolescentes, levando-os a alcançarem uma melhor autonomia, diminuindo a dependência dos pais para o manejo e controle das crises de asma.

Segundo Araújo et. al. (2014), os conflitos familiares tem base na dificuldade da família em construir a independência do adolescente em seu processo de autocuidado, o que envolve a responsabilidade em usar de modo adequado o medicamento contínuo. No entanto, a resistência familiar em delegar a autonomia aos adolescentes pode dificultar tal mudança, sendo necessário estender a psicoeducação para os familiares, visto que, de acordo com estes autores, cabe aos profissionais de saúde reconhecer as facilidades, potencialidades e dificuldades dos adolescentes no manejo da asma, sem invadir a dinâmica familiar, mas sim incentivando e fortalecendo potencialidades que auxilie o adolescente a assumir a conduta medicamentosa sem ou com o mínimo auxílio dos pais.

Através do emprego da psicoeducação, os participantes puderam ainda compreender as diferenças entre medicamento de resgate e medicamento de controle. Deste modo, ocorreu melhoria na aderência ao tratamento medicamentoso para o controle da asma, ampliando assim

os intervalos das crises, fortalecendo a segurança para arriscar-se em participar de atividades que desejavam e tinham medo de realizar, tais como dormir na casa de uma amiga, participar do grupo de pedal e brincar de queimado na rua.

Sendo a adolescência uma fase de transição para a vida adulta, mudanças e adaptações fazem parte do cotidiano e, consequentemente podem ser agravadas quando preexiste um diagnóstico de asma. Neste contexto, existe um impacto na Adesão ao Tratamento do adolescente, tem que lidar com as transformações naturais desta fase da vida, associadas as restrições que a asma impõe e as modificações de comportamento que o tratamento exige (ARAÚJO, ROCHA, ALVIM, 2014). Diante do exposto, ao sentir que os sintomas foram controlados, é comum o adolescente (e famílias) abandonarem os medicamentos profiláticos, diminuindo assim a Adesão ao tratamento de controle dos sintomas, propiciando as recaídas e crises. Em se tratando das relações interpessoais, os adolescentes apontam ainda, o desconforto de usar bombinha na frente dos amigos ou de ter que levar em todos os lugares em que vai. Foi relatado pelos participantes a dificuldade de sempre ter que carregar bolsa para levar a bombinha, sendo este fator um incomodo principalmente para aqueles de Gênero masculino. Esse comportamento faz com que reduzam o uso do medicamento de controle para que possam vivenciar momentos sociais com amigos sem que se sintam expostos ou diferentes. Este dado é corroborado nas descrições dos participantes desta pesquisa, quanto na pesquisa realizada por Araújo, Rocha e Alvim (2014), onde traz relatos de adolescentes sobre o fato de ter que levar a bombinha e sentir-se diferente dos demais amigos.

As técnicas de relaxamento e respiração diafragmática trouxeram benefícios para o controle dos sintomas de ansiedade. Possibilitou compreender melhor os aspectos psicofisiológicos da asma, bem como facilitou a identificação e manejo dos sintomas através da mudança das crenças e flexibilização dos esquemas. Neste sentido, nas últimas sessões, os participantes já relatavam estar utilizando a respiração diafragmática no dia-a-dia.

Neste contexto, após a intervenção, os adolescentes introduziram novos hábitos e ampliaram a visão acerca da asma. Deste modo, demonstraram maior segurança para lidar com as adversidades impostas por uma doença crônica como a asma, que dificulta a participação em diversos eventos comuns no período da adolescência. Ao aprenderem a identificar melhor os sintomas, tenderam a manejá-los melhor também os sintomas do binômio ansiedade-depressão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tornou possível desenvolver um protocolo de atendimento clínico para adolescentes que apresentam asma parcialmente controlada ou não controlada voltado para a investigação da influência de variáveis psicológicas no gatilho para desencadeamento das crises asmáticas e, a partir dessa avaliação inicial, desenvolver um processo de intervenção breve e focal ancorado em estratégias da Terapia Cognitivo Comportamental e na Teoria do Esquema. Neste sentido, buscou-se, em uma primeira etapa, identificar e compreender os traços de personalidade predominantes dos adolescentes participantes, bem como seus Esquemas Disfuncionais, comportamentos desadaptativos e níveis de ansiedade e de depressão, com a finalidade de obter um perfil psicológico destes e compreender sua relação com as crises asmáticas. Ou seja, o foco principal foi compreender de que modo os esquemas disfuncionais são agentes facilitadores para crises de asma e o quanto a asma reforça os esquemas, fortalecendo-os.

Esta investigação do perfil psicológico mostrou o Esquema de Vulnerabilidade ao Dano e à Doença como comum aos três participantes e os traços de neuroticismo como predominantes, além de ter contribuído para elucidar a relação entre esquemas e pensamentos disfuncionais com comportamentos desadaptativos. As análises pertinentes evidenciaram que o esquema e traço de personalidade referidos contribuem para maximização de respostas de medo e, desse modo, favorecem um padrão de comportamento evitativo, o que priva os adolescentes de participar de atividades comuns nesta faixa etária e, assim, vivenciar experiências prazerosas e relevantes para seu desenvolvimento socioemocional, além de acentuar sintomas depressivos e de ansiedade, com prejuízos psicológicos. Ademais, esta situação alimenta o comportamento controlador das famílias, o que interfere também na construção de autonomia dos adolescentes.

Por conseguinte, verificou-se a necessidade de flexibilizar os esquemas disfuncionais predominantes na busca por reduzir níveis de ansiedade e sintomas depressivos e, deste modo, promover mudanças de comportamento frente aos riscos de crises asmáticas. Nesse contexto e com este intuito, foi desenvolvida a intervenção psicológica, no decorrer de nove sessões individuais, com uso de estratégias específicas oriundas dos modelos psicológicos de base.

Ao longo e após a aplicação do protocolo de intervenção, percebeu-se que ocorreram mudanças no padrão de enfrentamento dos esquemas disfuncionais no trio participante,

acarretando mudanças de comportamento no que tange às atividades facilitadoras de episódios de asma. As avaliações subsequentes mostraram que eles se tornaram mais conscientes do padrão pessoal de funcionamento psíquico, oportunizando técnicas de manejo para flexibilização dos Esquemas Desadaptativos e, consequentemente, o desenvolvimento de respostas adaptativas para os pensamentos disfuncionais. Neste contexto, foram observadas mudanças na intensidade da emoção medo, presente na narrativa de todos eles.

Destaca-se ainda uma maior adesão ao tratamento de controle da asma. A avaliação evidenciou, através da entrevista com adolescentes, que, inicialmente, havia baixa aderência ao tratamento medicamentoso de controle (bombinha usada na manutenção do controle das crises), sendo este um fator facilitador para a precipitação das crises. A tomada de consciência acerca dos gatilhos da asma através da psicoeducação tornou evidente a importância do autocuidado e da autonomia para manter em dia a conduta medicamentosa. Assim, foi percebido que, quando o adolescente comprehende a importância da manutenção dos sintomas antes que a crise se instale, há uma melhor adesão às orientações terapêuticas, o que aponta a psicoeducação como uma estratégia eficiente para melhorar a aderência às orientações e prescrições do plano terapêutico.

As alterações de comportamento identificadas foram sustentadas num intervalo de quinze dias, não sendo possível um prazo maior, visto que o andamento da pesquisa foi atravessado por diversos fatores alheios ao controle da pesquisadora, a começar pela ocorrência da pandemia da Covid-19, que inviabilizou a seleção dos participantes e início do desenvolvimento do protocolo, haja vista a necessidade de distanciamento e isolamento social para evitar o contágio pelo vírus correspondente, sobretudo por pessoas de grupos de risco, incluindo pacientes com asma, cujo agravamento de problemas respiratórios pode elevar os riscos de morte. Outros fatores relacionados à autorização para início da coleta de dados e agravos à saúde pessoais e familiares que impactaram a pesquisadora também contribuíram para atrasos no cronograma da pesquisa e levaram a necessidade de uma reorganização em seus procedimentos, tornando necessário reduzir algumas etapas, dentre elas a reavaliação após 12 meses de intervenção a fim de verificar a sustentação das mudanças ocorridas na intervenção.

Dessa forma, sugere-se que novas pesquisas possam reaplicar o protocolo ou desenvolver protocolos semelhantes com delineamentos experimentais intrassujeitos e/ou intersujeitos e reavaliação dos participantes após um período de 12 meses a fim de verificar se o comportamento se mantém modificado e se ocorre enfraquecimento do esquema principal,

que, neste estudo, foi o de Vulnerabilidade ao dano e a doença. Considera-se ser este um tempo mínimo para se obter mudanças significativas em esquemas, de modo que, na presente investigação, só foi possível almejar a flexibilização dos mesmos.

Frente aos resultados encontrados, esta pesquisa indicou a importância da implementação de protocolos psicológicos como coadjuvantes no tratamento clínico da asma, visto que possibilitam a melhor compreensão e manejo do impacto dos aspectos psicossociais nas crises de asma. Defende-se, portanto, a efetivação da psicologia junto aos ambulatórios de pneumologia e alergologia, tornando o tratamento da asma multiprofissional, uma vez que existe uma influência psicológica na periodicidade das crises, sobretudo no caso de adolescentes, considerando ser a adolescência um período marcado pela construção de identidade e pela labilidade emocional.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, em 2022, a asma foi responsável por 524 óbitos no Brasil, e, apesar desses dados, há uma baixa aderência ao tratamento na fase de remissão, sendo subutilizado os medicamentos de controle. Desse modo, defende-se que o desenvolvimento de protocolos de suporte psicológico é útil e necessário com vistas a contribuir para o entendimento e manejo da relação entre a asma e fatores psicossociais que aumentam a periodicidade das crises correspondentes. Ressalta-se, nesse sentido, a importância de um trabalho multidisciplinar entre psicólogos e médicos especialistas em tratamento da asma, visto que esta apresenta um componente psicológico relevante que pode acentuar e ampliar a periodicidade de ocorrência de crises asmáticas, sendo sugerido a implementação destes em ambulatórios de pneumologia e alergologia, tanto do serviço público quanto privado. Para maior efetividade, é desejável que os protocolos sejam breves e focais, de modo a melhor se ajustarem às rotinas dos serviços de saúde. Olhar especial e particularizado deve ser dado, como foi o intuito desta pesquisa, aos pacientes adolescentes, levando em consideração as peculiaridades desta fase do ciclo de vida.

Ressalta-se, por fim, que uma pesquisa não é feita de uma verdade científica incontestável e absoluta, mas sim de apontamentos e reflexões que servem de base para as camadas de conhecimento que integrados podem promover uma mudança geradora de benefícios para a população. Assim, conforme George Bernard Shaw (*The New York Times*, 29 de out. 1930), “*a ciência nunca resolve um problema sem criar pelo menos outros dez*”. Desse modo, pesquisas semelhantes a esta com um número maior de participantes é importante para verificar se existe uma predominância do Esquema de Vulnerabilidade ao Dano e a

Doença, bem como do traço de personalidade Neuroticismo, visto que numa amostragem reduzida, como foi o caso desta pesquisa, esse fato pode ter sido mera coincidência.

Ademais, outro fator relevante é acrescentar uma maior investigação acerca do funcionamento das famílias, visto que foi percebido que as três famílias voluntárias apresentavam sinais de controle e superproteção. Devido aos imprevistos enfrentados neste período, não foi possível ampliar a investigação acerca da dinâmica familiar dos adolescentes, mas comprehende-se que pode haver uma relação entre o perfil controlador e o desenvolvimento do Esquema Disfuncional de Vulnerabilidade ao Dano e a Doença, encontrado nos três adolescentes e o traço de personalidade (Neuroticismo) predominante no trio participante. Esse aspecto precisa ser mais bem investigado para compreender se há uma relação direta no perfil da família, desenvolvimento de traços de personalidade e os esquemas disfuncional de Vulnerabilidade ao Dano e a Doença. Assim, percebe-se que ampliar o conhecimento acerca do perfil das famílias pode contribuir para compreender e intervir precocemente no manejo dos sintomas psicológicos da asma.

REFERÊNCIAS

ALVIM C.G, RICAS J., CAMARGOS P.A.M., LASMAR M.B.L.F., ANDRADE C.R., IBIAPINA C. Prevalence of emotional and behavioral disorders in adolescents with asthma. **J Bras Pneumol.** Brasília:n.34(4):p.196-204. 2008. <https://doi.org/10.25060/residpediatr>.

AMARAL S.C.O. SANT'ANNA C.C. Estresse e asma infantil. **Residência Pediátrica - RP.** ISSN-Online: 2236-6814; n.;7(3):93-96 2017. doi: <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2017.v7n3-02>

American Psychiatric Association (1994). DSM-IV-TR: **Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais** (4^a Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores. American Psychiatric Association (2002).

American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5.** Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento [et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [et al.]. – 5^a. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al., **DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5. ed. Porto Alegre, 2014. P. 189-233. ISBN 978-85-8271-089-0. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnosico-e-Estatisticode-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 12/08/2020 as 22:12 h.

ARAUJO, Alisson; ROCHA, Regina Lunardi; ALVIM, Cristina Gonçalves. Adolescência e manejo da asma: a perspectiva dos assistidos na atenção primária à saúde. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 32, n. 3, p. 171-176, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000300171&lng=en&nrm=iso>. access on 23 May 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-0582201432304>.

ARAÚJO, Ana Maria Silva, MARANHÃO, Ana Lucia, PESSOA, Carlos Leonardo, CASTRO, Marcos César Santos. BÁRTHOLO, Thiago. Protocolo de Diagnóstico e Tratamento de Asma da Sociedade do Estado do Rio de Janeiro. **Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – SOPTERJ: Revista Pulmão** – 1^aed. v.1; n.1, 2019.

ASTHMA CONTROL TEST: https://www.asthmacontroltest.com/content/cf-pharma/asthma-control-test/pt_BR/home/quiz/results.html#. Disponível em: <https://www.asthmacontroltest.com/pt-pt/welcome/>. 10/12/2023.

ÁVILA, L. M. DE .; STEIN, L. M.. A influência do traço de personalidade neuroticismo na suscetibilidade às falsas memórias. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 22, n. 3, p. 339–346, set. 2006.

BAPTISTA, Makilim Nunes. Escala Baptista de Depressão Infanto Juvenil /EBADEP-IJ. Editora HOGREFE . 1^a Edição. MG, 2018.

BAPTISTA, Makilim Nunes; CREMASCO, Gabriela da Silva. Propriedades psicométricas da Escala Baptista de depressão infanto-juvenil (EBADEP-IJ). **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 65, n. 2, p. 198-213, 2013 . Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672013000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jun. 2021.

BECK, Aaron T. et al. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Rio de Janeiro. Zahar, 1982.

BECK, J. S. , **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed. 2013

BECKER, Ana Paula Sesti; CREPALDI, Maria Aparecida. O apego desenvolvido na infância e o relacionamento conjugal e parental: Uma revisão da literatura. Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 238-260, jan. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812019000100014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 jul. 2023.

BOWLBY, J . The nature of the child's tie to his mother. **Int J Psychoanal**. Oct;39(5):350-73. 1958

BOWLBY, J. **A Secure Base**. London: Routledge, 1988.

BOWLBY, J. **Apego: a natureza do vínculo**. Vol. 1 da trilogia Apego e Perda. São Paulo: Martins Fontes 1990.

BOWLBY, John. Apego: a natureza do vínculo. V. 1, Trilogia Apego e Perda. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Organização Pan Americana de Saúde**. Brasília: em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=581:doencas-respiratorias-cronicas&Itemid=463. 2006.

BRASIL, Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: IBGE: 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. – Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 25. 160 p ISBN 978-85-334-1699-4

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

BRASIL. Organização Mundial de Saúde. **Manual de Atenção à Saúde do Adolescente**. São Paulo: Secretaria de Saúde, 2006. cap. 6, Seção III, p. 95-105.

BRONFENBRENNER, U.. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados** (M. A. Veríssimo, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. 1996 (Trabalho original publicado em 1979)

BRUNER, J. Atos de significação. 2. ed. Trad. Sandra Costa. São Paulo: Artmed, 2002.

CAIRUS, Henrique F; RIBEIRO-JR, Wilson A. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 252 p

CALVETI, Prisla Ücker, LUDWING, Martha Wallig Brusius, REDIVO, Luciana Balestrin. MENEGAT, Carla de Barros, MULLER, Marisa Campio. **PSICOGLOBAL - Serviços de Psicologia, Lda.** www.psicologia.pt. ISSN 1646-6977. 2007

CAMPANHA S M A, FREIRE L M S, FONTES M J F. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.10, n.4, 513-519, out-dez, 2008. Disponível em: SciELO - Scientific Electronic Library Online <https://doi.org/10.1590/S1516-18462008000400011>

CAMPOS H.S. Papel do Microbioma na Resposta Imune e na Asma. **Revista oficial da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia ASBAI: Arq Asma Alerg Imunol.** 2018;2(2):238-246. ISSN. 25265393

CARDOSO, Thiago de Araújo. RONCADA, Cristian. SILVA, Emerson Rodrigues da, PINTO, Leonardo Araújo. JONES, Marcus Araújo, STEIN, Renato Tetelbon. PITREZ, Paulo Márcio. **Impacto da asma no Brasil: análise longitudinal de dados extraídos de um banco de dados governamental brasileiro**. Disponível em: J Bras Pneumol. 2017;43(3):163-168. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000352>.

CARVALHO, Terezinha Augusta Pereira de. **Neuroemotologia: Em Busca da Ciência da Emoção**. 1ª edição, São Paulo, 2014.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicologia Ciência Profissão**. Brasília, v. 20, n. 4, pág. 64-79, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400008&lng=en&nrm=iso>. acesso em 01 abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932000000400008>.

CERCI NETO, Alcindo; FERREIRA FILHO, Olavo Franco; BUENO, Tatiara. Exemplos brasileiros de programas de controle de asma. **Jornal Brasileiro Pneumologia**. São Paulo , v. 34, n. 2, p. 103-106, Feb. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132008000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Apr. 2021.

DAMÁSIO, Antônio. **O Mistério da Consciência**. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

DIAS, Priscila dos Santos Bezerra. ZAVARIZE, Sérgio Fernando. A Doença Psicossomática e o Uso da Terapia Cognitivo Comportamental Como Intervenção. **Revista Científica Faculdades do Saber**, Mogi Guaçu, 1(2), 108-120, 2016.

DOBSON, D. J. G, & DOBSON, K. S. *The evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press. 2017.

DOYLE, Iraci. O Fator Psicológico da Asma Brônquica: Introdução, revisão da Literatura. **Arq. NeuroPsiquiatria.** vol.4 n. 3. p 7-23 Faculdade de Medicina do Brasil. Rio de Janeiro:1946.

EHDE, D. M. et al. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. **American Psychologist**, v. 69, n. 2, p. 153-168, 2014.

EISENSTEIN E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Revista Adolescência e Saúde.** Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – NESA - UERJ. Rio de Janeiro:v.5 n.2 p:6-7. 2005.

ESPERIDIAO-ANTONIO, Vanderson et al . Neurobiologia das emoções. **Rev. Psiquiatria Clínica**, São Paulo , v. 35, n. 2, p. 55-65, 2008. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000200003&lng=en&nrm=iso. Access: on 03 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000200003>.

EYSENCK, Hans J. & EYSENCK, Sybil B.G.. EPQ-J Questionário de Personalidade para Crianças e Adolescentes. Manual. Editora Votor, Vol.1, SP:2013

FALCONI, Eliane M.de Oliveira. VENTURA Paula Rui. Entrevista com Dr. Jeffrey Young. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 4, n. 1 DOI: 10.5935/1808-5687.20080010. 2008.

FIGUEIREDO, Maria Silvia Lopes. Transtornos Ansiosos e Transtornos Depressivos: Aspectos Diagnósticos. **Revista. SPAGESP**, Ribeirão Preto , v. 1, n. 1, p. 89-97, 2000 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702000000100013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 abr. 2021.

FILGUEIRAS, Julio Cesar; HIPPERT, Maria Isabel Steinherz. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicologia Ciência & Profissão**, Brasília, v. 19, n. 3, pág. 40-51, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931999000300005&lng=en&nrm=iso>. acesso em 28 de março de 2021. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931999000300005> .

FILHO O. C. S, SILVA, M. P. Transtornos de Ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. **Revista Adolescência e Saúde.** Rio de Janeiro. Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – NESA – UERJ:10(Supl. 3):31-41. 2013.

FRACCARO, Rebecca & STELNICKI, Andrea & NORDSTOKKE, David. Test Review: Multidimensional Anxiety Scale for Children by J. S. March. **Canadian Journal of School Psychology**. n.30. 70-77. 10.1177/0829573514542924 . 2015

GHISIO M.S, LÜDTKE L., SEIXAS C.E. Análise comparativa entre a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia do Esquema. **Revista Brasileira Psicoterapia.** n.18(3):17-31, 2016.

GINA. **Global Strategy for Asthma Management and Prevention**; National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute Revised, 2002.

GODOY, J. F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. In: M.A. Simón (Dir. y otros). **Manual de psicología de la salud - Fundamentos, metodología y aplicaciones** (pp. 61-62). Madrid, ES: Editorial biblioteca Nueva.

HANSEN, K. — **Analyse, Indikation und Grenze der Psychotherapie beim Bronchialasthma.** Dtsch. Med. Wschr., 55: 1462, 1927.

HOFMANN, S. G.; OTTO, M. W. **Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-Based and Disorder Specific Treatment Techniques.** New York: Routledge, 2018.

HOLMAN, H., & LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. **British Medical Journal**, 320, 526-527. 2000

KNAPP, P. & BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 30(2), 54-64. DOI: 10.1590/S1516-44462008000600002. 2008.

KNIJNIK, D. Z. & KUNZLER, L. S. (2014). Psicoeducação e reestruturação cognitiva. In MELO, W. V. **Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva.** (pp. 24-56). Novo Hamburgo: Sinopsys

KUSCHNIR F. Asma na adolescência. **Revista Adolescência e Saúde.** Rio de Janeiro.;7(3):17-26 . 2010.

LIMA, P.A.L., JÚNIOR, W. M.S. Alterações Biomecânicas em Portadores de Asma Brônquica: Estudo Teórico **E.F. Deportes.com, Revista Digital.** Buenos Aires, Año 16, Nº 161. <http://www.efdeportes.com/> 2011.

LIPP, M.E.N. **O Modelo Quadrifásico do Stress: Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas.** Casa do Psicólogo. São Paulo: 2003

LOPES, E. A.. FANELLI-GALVANI, A.. PRISCO, C. C. V.; GONÇALVES, R. C.. JACOB, C. M. A., CABRAL, A. L. B.; et al.. Assessment of muscle shortening and static posture in children with persistent asthma. **Eur J Pediatr**, v.166, n.7, p. 715-21. 2007

MALTA, Deborah Carvalho. BERNAL, Regina Tomie Ivata. LIMA, Mrgareth Guimarães. ARAÚJO, Silvância Suely Caribé de. SILVA, Marta Maria Alves da; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública.**;51 Supl 1:4s. 2017. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>

MATOS, Ana Paula Soares de; MACHADO, Ana Cláudia Cardoso. Estudo da psico-manutenção da Asma: as cognições como preditoras de emoções e comportamentos problemáticos associados à Asma. **Revista de Psicologia USP.** São Paulo , v. 19, n. 3, p. 393-413, set. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167851772008000300008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 abr. 2021.

MIGUEL, Fabiano Koich. Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. **Revista Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 153-162, jan./abr. ISSN: 2175-3563 (versão online), 2015.

Ministério da Economia Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação 2019, Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro: 2020, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85p.

MUYLAERT, Camila Junqueira , JR.SARUBBI, Vicente , GALLO, Paulo Rogério, NETO, Modesto Leite Rolim, REIS, Alberto Olavo AdvÍncula. Entrevistas Narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista Esc Enfermagem USP** 2014; 48(Esp2):193-199

NOGUEIRA K.T.. Asma na adolescência. **Residência Pediátrica - RP.**;5(3 Supl.1):50-54, 2015.

NUNES, M.M. **Validade e Confiabilidade da Escala Multidimensional de ansiedade para crianças** [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, faculdade de Medicina, 2004.

FISCHER, M. L., T., BURDA, A. M., ROSANELI, C. F. O autocuidado para Saúde Global: um compromisso ético com a coletividade. Pontifícia Universidade Católica do HOLOS, Ano 38, v.4, e12844, 2022.

PAIS Ribeiro, J.L. A Psicologia da Saúde. In: R.F. Alves (Org). **Psicologia da Saúde - teoria, intervenção e pesquisa** (pp.23-64). Campina Grande: EDUEPB, 2011

PASINATO, F.; CORRÊA, E. C. R.; PERONI, A. B. F. Avaliação da mecânica ventilatória em indivíduos com disfunção tómporo- mandibular e assintomáticos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v.10, n. 3, p. 285-89. 2006.

PENNA, A G. **Cognitivismo, consciência e comportamento político**. São Paulo. Ed. Vértice, 1986.

PESSÔA, Carlos Leonardo Carvalho. MILANEZ, Aluísio Izidório. AGUIAR, Gustavo Pinto Medeiros.

RABELO, Lucas Klumb Oliveira. RIGOLON, Luiz Paulo Junqueira. Impacto da Ansiedade e Depressão no Controle da Asma. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**. Jan./Abr;23(1):4-13. <http://www.revneuropsiq.com.br>. 2019.

PINTO JUNIOR, Antonio Augusto et al . Traços de personalidade de adolescentes infratores e vitimizados por meio do Eysenck Personality Questionnaire Junior (EPQ-J). **Mudanças**. São Paulo , v. 27, n. 2, p. 09-14, dez. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-32692019000200002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 30 set. 2023.

PITCHON, Raquel Reis et al . Mortalidade por asma em crianças e adolescentes no Brasil ao longo de 20 anos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, Porto Alegre : v. 96, n. 4, p. 432-438, 2020. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572020000400432&lng=en

&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2021. Epub Aug 26, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.02.006>.

PIZZICHINI, Marcia Margaret Menezes et al. Brazilian Thoracic Association recommendations for the management of asthma. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, São Paulo: v. 46, n. 1, e20190307, 2020 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132020000100400&lng=en&nrm=iso.

RIBEIRO-SILVA, Rita de Cássia et al . Tendência da Asma na Adolescência no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2012 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo , v. 21, supl. 1, e 180017, 2018 . Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2018000200407&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2019. Epub Nov 29, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180017.supl.1.R>

SOUZA, Vivian Bonani de; ORTI, Natália Pinheiro; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. Role-playing como estratégia facilitadora da análise funcional em contexto clínico. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 14, n. 3, p. 102-122, dez. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452012000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 set. 2023.

ROXO, Jaqueline Petroni Faria et al . Validação do Teste de Controle da Asma em português para uso no Brasil: validation for use in Brazil. **Jornal Brasileiro Pneumologia**. São Paulo , v. 36, n. 2, p. 159-166, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132010000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132010000200002>.

SALOMÃO JUNIOR, João Batista et al . Asma, competência social e transtornos comportamentais em crianças e adolescentes. **Estudos de Psicologia**. Campinas , v. 25, n. 2, p. 185-192, June 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2008000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000200003>.

SANTOS, M. B., Machado, W. L., Heinen, M., & Oliveira, M. S. (2021). Evidências de validade do Inventário de Evitação de Young-Rygh (YRAI) para a população do Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria e Prática*, 23(1), 1–22.

SARMENTO, G. J. V. **O ABC da Fisioterapia Respiratória**. Barueri, SP: Manole, 2009.

SENA, Tito. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. **Revista Internacional Interdisciplinar- Interthesis**, VI. 11. 2014. Doi: 10.5007/1807-1384.2014v11n2p96.

SENNA, S.R.C.M & DENSEN M.A. Contribuições das Teorias do Desenvolvimento Humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. São Paulo: Vol. 28 n. 1, pp. 101-108, Jan-Mar 2012

SHAUGHNESSU, Jonh J.; ZECHMEISTER, Eugene B.; ZECHMEISTER, Jeane S. **Metodologia de Pesquisa em Psicologia**. 9^a ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

SHAW, George Bernard, EINSTEIN, Speeches. **The New York Times**, 29 out. 1930.

SHAW, George Bernard. Entrevista no Jornal The New York Times, Nova Iorque, 1930.

SILVA, Naiara França. Associação entre variáveis psicológicas e asma: uma revisão de literatura. **Psicologia Revista**. Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 293-315, ago. 2012 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n2p293>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA – SOPTERJ. IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA.. **Jornal Brasileiro Pneumologia**. Brasília: v. 32, n. 7, p. 447- 474. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. III CONSENSO BRASILEIRO NO

MANEJO DE ASMA. **Jornal de Pneumologia**. 28 Supl. 1. 2002.

SOUZA et al. (2020). **Adaptação Brasileira do Questionário de Esquemas de Young - Versão Breve (YSQ-S3)**. Avaliação Psicológica, 19(4), 451-460. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2020.1904.17377.11>

SOUZA, Vivian Bonani de; ORTI, Natália Pinheiro e BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. Role-playing como estratégia facilitadora da análise funcional em contexto clínico. *Rev. bras. ter. comport. cogn.* [online]. 2012, vol.14, n.3, pp. 102-122. ISSN 1517-5545.

SQUEFI, Mariana; ANDRETTA, Ilana. Esquemas iniciais desadaptativos e habilidades sociais educativas: pais e mães. *Rev. bras.ter. cogn.*, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 83-90, dez. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872016000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 jul. 2023. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20160014>.

TRAUER, J. M. et al. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis. **Annals of internal medicine**, v. 163, n. 3, p. 191-204, 2015.

VIEIRA, A. A. , SANTORO, I. L., DRACOULAKIS, S., CAETANO L.B., FERNANDES, A.L.G. Ansiedade e Depressão em pacientes com asma: impacto no controle da asma. *Anxiety and depression in asthma patients: impact on asthma control* . **Jornal Brasileiro Pneumologia**. 2011;37(1):13-18

VIEIRA, Aline Arlindo et al. Ansiedade e depressão em pacientes com asma: impacto no controle da asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo: v. 37, n. 1, p. 13-18, 2011. Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Feb. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000100004>.

WAINER, Ricardo. PAIM, Kelly. ERDOS, Renata. ADRIOLA, Rossana. **Terapia Focada em Esquemas: Integração em Psicoterapias**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

WITTKOWER, E. — Studies on the influence of emotions on the functions of organs including observations in normals and neurotics. **Journal of Mental Health and Aging.** Sc., 81:533, 1935

WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Editora: Artmed; 1ª edição: outubro/2020.

YOUNG, J.E. KLOSKO, J.S. WEISHAAR, M.E. **Terapia do Esquema. Um Guia de Técnicas Cognitivo-Comportamental inovadoras.** Porto alegre: Artmed, 2008.

APÊNDICES

Apêndice A

Anamnese Clínica e Psicológica

1 - Identificação Geral:

Nome: _____

Idade: _____ DN _____ Gênero: _____

RG: _____ CPF: _____

Filiação:

Escolaridade: _____ Escola: ()Pública () Privada

Religião: _____ Irmãos: () sim () não. Quantos? _____

2 – História do Desenvolvimento/História Fisiológica e Doença Pregressa: (direcionado aos pais)

- ⇒ Gestação e Parto:
- ⇒ Marcos do desenvolvimento neuropsicomotor – linguagem – Socialização.
- ⇒ Saúde, atendimentos, internações e exames realizados que sejam relevantes
- ⇒ Início dos episódios de crises de asma: periodicidade e gravidade das crises
- ⇒ Médico de referência para o tratamento e Diagnóstico de asma
- ⇒ Conhecimento prévio acerca da asma: mitos e verdades.
- ⇒ Controle medicamentoso para asma e comorbidades (ansiedade/depressão)
- ⇒ Controle medicamentoso para ansiedade e ou depressão (pais e adolescente em questão)

3 - História familiar: (Econômico, Saúde e Social)

Apêndice B

Roteiro para entrevista psicológica semiestruturada

ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Objetivo: Investigar mudança de comportamento correlacionadas ao Esquema Disfuncional predominante

- 1- Em se tratando da asma, imagine uma situação em que você foi convidado para um evento. Quais as preocupações que você teria? Como poderia lidar com essas situações de modo que conseguisse enfrentá-las ?

- 2- Descreva suas preocupações e passe uma peneira para separar quais delas tem uma base realista e quais são ideias catastróficas ?

- 3- Considerando situações ruins que preocupa você, diga-me de acordo com o termômetro das preocupações, o quanto elas ainda incomodam você?

- 4- Em se tratando da emoção que mais o incomoda e tomando por base o termômetro das emoções, avalie o quanto esta emoção ainda o influencia nas suas tomadas de decisão?

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Responsáveis)

TCLE para pais de menores envolvendo pesquisas em Psicologia Clínica

Eu, _____, idade: _____ anos, CPF: _____

Endereço: _____,

responsável pelo adolescente _____, na
qualidade de _____ (preencher com o *grau de parentesco ou de relação com a criança*) , fui esclarecido(a) sobre o trabalho de pesquisa intitulado: “ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ASMA EM ADOLESCENTES: AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EMBASADA NA TERAPIA COGNITIVA COM FOCO EM ESQUEMAS”,
a ser desenvolvido pela Doutoranda Alissandra Marques Braga, sob Orientação da(o) Profª Drª Lilian Maria Borges, da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ .

Esta pesquisa tem como objetivo investigar a relação dos aspectos psicológicos/ emocionais em pacientes com diagnóstico de asma, a fim de verificar a periodicidade e gravidade das crises. Caso você decida permitir a participação de seu filho nesta pesquisa, saiba que ela configura uma pesquisa anônima, ou seja, você não irá se identificar em nenhum momento da pesquisa. A pesquisa é dividida em três fases: a) avaliação; b) intervenção e c) reavaliação. Como um dos objetivos é comparar a redução dos sintomas físicos e psicológicos das crises de asma em seu filho, será oferecido um protocolo de atendimento psicológico, para este fim, com previsão de duração de 3 meses, com encontros semanais, com duração de 50 minutos em média, em Consultório de Psicologia do Centro de Atendimento Especializado Infantil do Município de Paracambi. Serão utilizados Instrumentos e Testes de avaliação psicológica e de acompanhamento do controle da asma, reaplicados após a intervenção a fim de verificar se ocorreu mudança na periodicidade e gravidade das crises. A participação nesse estudo é voluntária, e se seu filho (a)você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Como os questionários são anônimos, na publicação dos resultados desta pesquisa, não haverá a possibilidade da identidade de seu filho ser associada com suas respostas. Algumas questões podem ser desconfortáveis de responder, incluindo sentimentos de depressão e ansiedade, porém ao participar, você estará contribuindo para auxiliar na construção de procedimentos que venham minimizar o impacto da asma na qualidade de vida dos adolescentes. O estudo em foco está em conformidade com os preceitos éticos do anonimato, da participação voluntária, da ciência dos objetivos da pesquisa, dos cuidados com a integridade física, psicológica e social dos participantes, de acordo com as determinações da Resolução Nº 466/12

Apêndice D

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Adolescente 12 – 17 anos e 11 meses)

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE (Adolescentes)

Eu, _____, idade: ____ anos, CPF: _____

RG: _____ Endereço: _____

_____, fui esclarecido(a) sobre o trabalho de pesquisa intitulado: “ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ASMA EM ADOLESCENTES: AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EMBASADA NA TERAPIA COGNITIVA COM FOCO EM ESQUEMAS”, a ser desenvolvido pela Doutoranda Alissandra Marques Braga, sob Orientação da(o) Profº Drª Lilian Maria Borges, da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer melhor como você se sente no período em que tem as crises de asma, a fim de compreender os sintomas psicológicos que ela pode causar, ou seja, conhecer melhor as emoções que você vivencia tendo o diagnóstico de asma e como você lida com as limitações que a crise de asma lhe impõe. Será um espaço para conversarmos a respeito da doença mas também sobre como você se sente com relação a ela. O objetivo é conhecer melhor suas “características psicológicas” para auxiliá-lo a enfrentar as dificuldades impostas pelo adoecimento de modo saudável. Ficaremos juntos por um período aproximado de 3 meses, semanalmente, por cerca de 50 minutos, em um Consultório de Psicologia do Centro de Atendimento Especializado Infantil do Município de Paracambi, onde serão aplicados, Questionários, Escalas e Testes Psicológicos para construir o seu perfil. Sua participação nesse estudo é voluntária, e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Como os questionários são anônimos, na publicação dos resultados desta pesquisa, não haverá a possibilidade da identidade você por suas respostas. Algumas questões podem ser desconfortáveis de responder, incluindo sentimentos de depressão e ansiedade, porém estarei junto com você para minimizar os desconfortos e, ao participar, você estará contribuindo para auxiliar na construção de procedimentos que venham minimizar o impacto da asma na qualidade de vida dos adolescentes. O estudo em foco está em conformidade com os preceitos éticos do anonimato, da participação voluntária, da ciência dos objetivos da pesquisa, dos cuidados com a integridade física, psicológica e social dos participantes, de acordo com as determinações da Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e em conformidade com a Resolução CNS N°510 de 2016, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Quaisquer dúvidas relativas a esta pesquisa poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador(es).

Apêndice E

Cartilha Ilustrativa sobre Saúde Mental e Asma

Cartilha Ilustrativa sobre Saúde Mental e Asma

Psicoeducação: Asma e Saúde Psicológica

Material Desenvolvido por Alissandra M. Braga
Mestre e Doutoranda em Psicologia - UFRRJ
Psicóloga e Neuropsicóloga



2023

Cartilha Ilustrativa sobre Saúde Mental e Asma

Hoje você vai aprender:

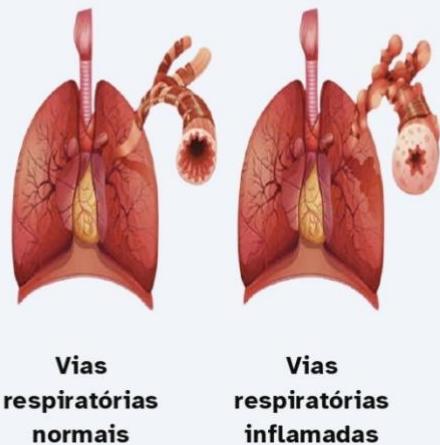
- ⌚ **Ansiedade pode causar crises de asma?**
- ⌚ **Pode piorar as crises de asma?**
- ⌚ **Aspectos Fisiopatológicos da Asma**
- ⌚ **Aspectos Psicológicos da Asma**



2023



Você sabia que...



A asma (também conhecida como “bronquite asmática” ou como “bronquite alérgica”) é uma doença que acomete os pulmões, acompanhada de uma inflamação crônica dos brônquios (tubos que levam o ar para dentro dos pulmões). Os conhecimentos iniciais sobre a doença eram restritos, mas com os avanços da medicina nas últimas décadas, passou-se a conhecer melhor suas causas, mecanismos envolvidos, surgindo novos medicamentos e tratamentos. No entanto, apesar de todos os progressos, a asma ainda hoje é uma doença problemática e que pode levar à morte.

Asma e saúde mental

A ansiedade pode desencadear crises de asma?

O estado emocional de uma pessoa pode contribuir para o agravamento dos sintomas e crises de diversas doenças, inclusive as respiratórias. O estresse, por exemplo, está entre os fatores desencadeantes das crises de asma. E, quando a ansiedade começa a apresentar sinais, é comum que os pacientes que possuem asma observem um agravamento do chiado e na dificuldade para respirar.

A piora desses sintomas pode acentuar ainda mais o desequilíbrio emocional, o que pode contribuir para uma crise de asma, tornando-se um ciclo vicioso.



Asma e saúde mental

A ansiedade é uma apreensão difusa, vaga sem que haja um objeto ou uma situação claramente definida. Perigos distantes ou antecipados originam reação ansiosa e menos intensa, com comportamentos diversificados que culminam em sintomas físicos e psíquicos.

Assim, a Ansiedade pode ajudar a desencadear as crises de asma, porém as pessoas não desenvolvem o problema respiratório em decorrência da ansiedade, mas ela contribui para potencializar a crise asmática e aumentar a periodicidade dela, tornando-a de difícil controle.



Se você já foi diagnosticado com asma, deve saber que cuidar do estado emocional é tão importante quanto evitar fatores físicos e ambientais que podem desencadear uma crise de asma.

Mas... você sabe a relação da asma com a ansiedade e porque ela pode contribuir para desencadear crises respiratórias ??



Estudos recentes sobre a relação ansiedade e asma, demonstrados na pesquisa liderada pelo norte-americano Mailman School of Public Health, em parceria com a John Hopkins University (2003), demonstrou que há uma clara ligação entre a presença da asma e o aumento do risco de ataques de pânico. Nesse caso, os ataques e as crises respiratórias são ainda mais intensos e persistentes.

Já o estudo mais recente (2018), realizado por pesquisadores da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), em parceria com a Universidade de Newcastle (Austrália), registrou, que há comorbidades ligadas à asma, entre elas, a inatividade física, o sedentarismo e a ansiedade se destacam como as principais.

Asma e saúde mental

De maneira geral, o que se viu nesse estudo foi que 24% dos pacientes apresentavam aumento dos sintomas de ansiedade e depressão. A maioria apresentava asma não controlada, mesmo recebendo o tratamento medicamentoso adequado.

Então, recapitulando

Apesar de não serem agentes causadores da doença, o estresse e a ansiedade são gatilhos para a crise de asma nos pacientes que já possuem a doença. Isso porque as crises de ansiedade podem apresentar dificuldade no controle do ritmo da ventilação, ou seja, a entrada e saída de ar dos pulmões. Já o controle da asma também está relacionado a respiração. Dessa forma, uma crise pode desencadear a outra tornando-as mais frequentes, dificultando o controle da doença. Sem dizer que, durante um ataque de pânico, por exemplo, fica difícil identificar se são sintomas decorrentes da ansiedade ou de uma crise de asma.



Vale lembrar que, algumas vezes, a crise de ansiedade está relacionada ao tratamento da asma. O medo em excesso diante dessa doença pode ocasionar dificuldade do controle da respiração e desencadear uma crise de asma ou tornar uma crise ainda mais intensa.

Tomar medidas para controlar o estado emocional é importante porque pode ser fácil ficar preso em um ciclo vicioso: você se sente ansioso, a ansiedade piora os sintomas de asma e, então, você se sente mais preocupado e ansioso e assim por diante.



Asma e saúde mental

Você já havia pensado que...

Aquela falta de ar que tanto angustia as pessoas com asma, embora tenha origem nas vias respiratórias, pode ser turbinada por transtornos psiquiátricos cada vez mais comuns?

Hoje sabemos que sintomas como depressão e ansiedade também podem agravar as crises e roubar o fôlego de pacientes...



Estudos comprovaram a relação nociva entre a doença respiratória e os problemas psicológicos ... De acordo com o pneumologista e presidente da Fundação ProAR, Dr. Rafael Stelmach, os sintomas psiquiátricos não geram as crises de asma diretamente, mas podem desencadeá-las.

Mas como isso acontece?



Fatores estressores podem aumentar a chance de o indivíduo apresentar estados de ansiedade. Norepinefrina (NE), Serotonina(5-HT) e Ácido gama-aminobutírico (GABA) são os neurotransmissores mais associados a ansiedade.



Asma e saúde mental

Aspectos Fisiopatológicos da ASMA

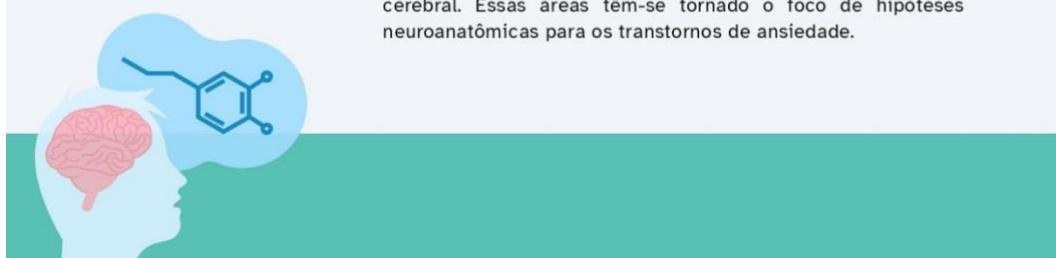
Você sabia que as emoções são desencadeadas por neurotransmissores e as emoções intensas têm estreita relação com a asma?

Entenda melhor os aspectos psicofisiológicos da asma:

Norepinefrina O sistema noradrenérgico, no paciente com ansiedade, apresenta problemas de regulação, a qual desencadeia sintomas de ataques de pânico, insônia, sobressalto e hiperexcitação autonômica, devido ao seu aumento de função.

Serotonina O sistema serotoninérgico possui corpos celulares localizados nos núcleos da rafe do tronco cerebral rostral e se projetam para o córtex cerebral, sistema límbico (amigdala e hipocampo) e o hipotálamo. Estima-se que o aumento de serotonina nesses locais, relaciona-se ao aumento nos sintomas de ansiedade.

GABA Os receptores tipo A de GABA são os mais correlacionados aos sintomas de ansiedade. O mau funcionamento dos receptores que levam a uma infra ativação deles, desencadeia sintomas de ansiedade generalizada. O locus ceruleus e os núcleos da rafe projetam-se para o sistema límbico e para o córtex cerebral. Essas áreas têm-se tornado o foco de hipóteses neuroanatômicas para os transtornos de ansiedade.





Você sabia que...

Sua forma de interpretar o mundo pode ativar emoções que aumentam sua ansiedade e isso pode ser um gatilho para piorar suas crises de asma?

Você tem Esquemas que sustentam o modo como você enxerga e lida com as adversidades ...

Alguns Esquemas te auxiliam a tomar decisões outras ... são disfuncionais ... e lhe trazem problemas ...

Assim, o modo como você lida com a crise asmática, as emoções desencadeadas por ela, pode colaborar para intensificar a crise de asma além de interferir no seu comportamento psicosocial, tornando-o(a) uma pessoa que costuma evitar fazer certas coisas, como por exemplo participar de esportes. Isso acontece com você? Você evita fazer certas coisas por medo de ter uma crise de asma?



Asma e saúde mental

Aspectos Psicológicos da ASMA

A Asma é um evento traumático que pode criar uma “névoa”, distorcendo seu modo de enxergar os fatos, potencializando emoções que interferem em seus pensamentos e comportamentos, tornando-os disfuncionais.

Assim, seu desenvolvimento sofre o impacto da doença crônica e de todos os contratemplos gerados por ela, o que inclui as emoções e o comportamento da família em relação a criança/adolescente, podendo trazer a tona sentimentos de incertezas e angústia que produz comportamentos de evitação e insegurança frente a eventos sociais que podem ser gatilhos para desencadear uma crise asmática, gerando uma bola de neve. Assim, é importante buscar ajuda psicológica para controlar este círculo vicioso.

A psicoterapia faz parte do tratamento complementar da asma !!



Apêndice F

Folha de elaboração para o texto em torno da temática “Minha vida de adolescente com asma”



PRODUÇÃO TEXTUAL

SERVIÇO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
RESPONSÁVEL TÉCNICA: ALISSANDRA BRAGA

NOME: **PRODUÇÃO
TEXTUAL LIVRE**

**TEMA: " MINHA VIDA DE ADOLESCENTE
COM ASMA"**

ANEXOS

Anexo A

ACT – Asthma Control Test (ACT, Teste de Controle da Asma) versão em português para uso no Brasil validado por Jaqueline Petroni Faria Roxo, Eduardo Vieira Ponte Daniela Campos Borges Ramos, Luciana Pimentel Argemiro D'Oliveira Júnior, Álvaro Augusto Cruz.

Teste para controle da gravidade da asma

Teste de controle da asma	
Nas últimas quatro semanas:	
Q1. A asma prejudicou suas atividades no trabalho, na escola ou em casa?	
Nenhuma vez	
Poucas vezes	
Algumas vezes	
Maioria das vezes	
Todo o tempo	
Q2. Como está o controle da sua asma?	
Totalmente descontrolada	
Pobremente controlada	
Um pouco controlada	
Bem controlada	
Completamente controlada	
Q3. Quantas vezes você teve falta de ar?	
De jeito nenhum	
Uma ou duas vezes por semana	
Três a seis vezes por semana	
Uma vez ao dia	
Mais que uma vez ao dia	
Q4. A asma acordou você à noite ou mais cedo que de costume?	
De jeito nenhum	
Uma ou duas vezes	
Uma vez por semana	
Duas ou três noites por semana	
Quatro ou mais noites por semana	
Q5. Quantas vezes você usou o remédio por inalação para alívio?	
De jeito nenhum	
Uma vez por semana ou menos	
Poucas vezes por semana	
Uma ou duas vezes por dia	
Três ou mais vezes por dia	

¹O escore do questionário é calculado a partir da soma dos valores de cada questão, as quais valem de 1 a 5 pontos. As respostas que indicam maior controle da asma devem receber maior pontuação. Dessa forma, o escore do questionário varia entre 5 e 25 pontos: quanto maior o escore, mais controlada é a asma.

Anexo B

EPQ – J

Questionário de Personalidade para Criança e Adolescente

Autores: Hans J. Eysenck & Sybil B. G. Eysenck.

Anexo C

EBADEP-IJ

Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil

Autor: Makilim Nunes Baptista

Anexo D

MASC Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças

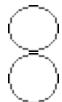
Validada pela Psic. Michelle Moreira Nunes e ainda aguardando publicação

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Masc. Fem.

(circule um)

Data: ____ / ____ / ____
dia mês ano
Série escolar: _____

Este questionário pergunta a você como você vem se sentindo, o que você tem pensado, tem sentido ou como tem agido recentemente. Para cada item, por favor faça um círculo ao redor do número que indica com que freqüência a afirmativa é verdadeira para você. Se o que a sentença diz é verdade sobre você muitas vezes, circule 3. Se ela é verdade sobre você algumas vezes, circule 2. Se a sentença é verdade sobre você uma vez ou outra, circule 1. Se dificilmente ou nunca a sentença é verdade sobre você, circule 0. Lembre-se, não há respostas certas ou erradas, responda apenas como você vem se sentindo recentemente.



Aqui estão dois exemplos para lhe mostrar como completar o questionário. No exemplo A, se você muito poucas vezes tem medo de cachorro, você deve circular 1, significando que a afirmativa raramente é verdadeira sobre você. No exemplo B, se às vezes os trovões o perturbam, você deve circular 2, significando que a afirmativa é às vezes verdade sobre você.

Nunca é verdade sobre mim	Raramente é verdade sobre mim	Às vezes é verdade sobre mim	Freqüentemente é verdade sobre mim
0	1	2	3

Exemplo A Eu tenho medo de cachorros.....

0 1 2 3

Exemplo B Trovões me perturbam.....

Agora tente esses itens você mesmo. Não se esqueça também de responder as questões no verso deste questionário.

1. Eu me sinto tenso ou nervoso	0	1	2	3
2. Eu costumo pedir permissão para fazer as coisas	0	1	2	3
3. Eu me preocupo que as outras pessoas dêem risada de mim	0	1	2	3
4. Eu fico com medo quando os meus pais saem	0	1	2	3
5. Sinto falta de ar	0	1	2	3
6. Eu fico atento se há algum perigo	0	1	2	3
7. A idéia de ficar longe de casa me assusta	0	1	2	3
8. Eu fico tremendo ou inquieto	0	1	2	3
9. Eu me esforço para obedecer meus pais e professores	0	1	2	3
10. Eu tenho medo que os outros meninos (ou meninas) gozem de mim	0	1	2	3
11. Eu tento ficar perto da minha mãe ou meu pai	0	1	2	3
12. Eu tenho tontura ou sensação de desmaio	0	1	2	3
13. Eu verifico as coisas antes de fazê-las	0	1	2	3
14. Eu me preocupo em ser chamado na classe	0	1	2	3
15. Eu me sinto desassossegado (sobressaltado)	0	1	2	3

Por favor, vire a folha; as questões continuam na próxima página...

“MASC”: Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças

		Nunca é verdade sobre mim	Raramente é verdade sobre mim	Às vezes é verdade sobre mim	Freqüentemente é verdade sobre mim
16.	Eu tenho medo que os outros achem que eu sou bobo	0	1	2	3
17.	Eu deixo as luzes acesas à noite	0	1	2	3
18.	Eu sinto dores no peito	0	1	2	3
19.	Eu evito sair sem minha família	0	1	2	3
20.	Eu me sinto estranho, esquisito, ou fora da realidade	0	1	2	3
21.	Eu tento fazer coisas que vão agradar aos outros	0	1	2	3
22.	Eu me preocupo com o que os outros pensam de mim	0	1	2	3
23.	Eu evito assistir filmes ou programas de TV que assustam	0	1	2	3
24.	Meu coração dispara ou “falha”	0	1	2	3
25.	Eu evito as coisas que me aborrecem	0	1	2	3
26.	Eu durmo junto de alguém da minha família	0	1	2	3
27.	Eu me sinto inquieto e nervoso	0	1	2	3
28.	Eu tento fazer tudo exatamente do jeito certo	0	1	2	3
29.	Eu me preocupo em fazer alguma coisa boba ou que me deixe sem graça	0	1	2	3
30.	Eu fico com medo quando ando de carro ou de ônibus	0	1	2	3
31.	Eu sinto mal estar no estômago	0	1	2	3
32.	Se eu fico aborrecido ou com medo, eu conto logo para alguém	0	1	2	3
33.	Eu fico nervoso se eu tenho que fazer alguma coisa em público	0	1	2	3
34.	Tenho medo de tempo ruim, escuridão, altura, animais ou insetos	0	1	2	3
35.	Minhas mãos tremem	0	1	2	3
36.	Eu preciso ter certeza que as coisas estão Seguras	0	1	2	3
37.	Eu tenho dificuldade em chamar outros meninos (ou meninas) para brincar comigo	0	1	2	3
38.	Minhas mãos ficam suadas ou frias	0	1	2	3
39.	Eu sinto vergonha	0	1	2	3

Obrigado por completar o questionário.

Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA) – Versão Breve

Questionário de Esquemas para Adolescentes – Versão Breve (QEA)

(Versão brasileira validada por Jeane Borges, Daniel Rijo, Paula Vagos, & Débora Dell'Aglio, 2019)

e-mail de contato: jeanepsico@yahoo.com.br

Instruções: Esse questionário apresenta algumas frases que podemos utilizar quando queremos nos descrever. Leia cada uma das frases abaixo e veja até que ponto você se identifica com as mesmas. Em seguida, indique para cada frase, o grau em que ela te descreve. Para isso, use a escala de respostas que se encontra nesta página.

Não há respostas certas nem erradas. Quando tiver dúvidas, busque responder de acordo como você se sente. Escolha dentre as seis opções abaixo, a que melhor lhe descreve, ou seja, a que melhor representa a forma como você se sente e pensa. Assinale com uma cruz (x) o número que melhor lhe descreve.

Algumas frases apresentadas dizem respeito à relação com os teus pais. No caso de um, ou ambos os pais terem falecido, ou não estarem com você nesse momento da sua vida, responda de acordo com a relação que você tinha com eles anteriormente.

ESCALA DE RESPOSTA
1 – Não tem nada a ver com o que acontece ou aconteceu comigo
2 - Tem muito pouco a ver com o que acontece ou aconteceu comigo
3 - Tem um pouco a ver com o que acontece ou aconteceu comigo
4 - É parecido com o que acontece ou aconteceu comigo
5 – É muito parecido com o que acontece ou aconteceu comigo
6 – É exatamente o que acontece ou aconteceu comigo.

	1	2	3	4	5	6
1.Nenhuma pessoa de quem eu goste pode gostar de mim se ficar sabendo dos meus defeitos e pontos fracos.						
2.Sou sempre eu quem acaba por tomar conta das pessoas que me são mais próximas.						
3.Custa-me muito mostrar aos outros aquilo que sinto (mesmo sentimentos positivos como carinho, afeto ou amizade).						
4. Tenho que ser melhor em tudo o que faço; não aceito ficar em segundo lugar.						
5.Quando quero alguma coisa dos outros, tenho muita dificuldade em aceitar um “não” como resposta.						
6.Não tenho força de vontade suficiente para me obrigar a fazer coisas que não gosto no dia-a-dia.						
7.Mesmo quando as coisas parecem estar acontecendo de forma positiva, tenho sempre a ideia que isso não vai durar muito tempo. “Era muita sorte!”.						

	1	2	3	4	5	6
31. Todo o cuidado é pouco; quase sempre alguma coisa ruim pode ocorrer.						
32. Se eu não cumprir com os meus deveres, mereço						

Anexo F

Modelo de Conceituação de Caso para Terapia do Esquema

J. Young, J. Klosko & M. Weishaar

Tradução: Roberto Cataldo Costa (2008)

Formulário de conceituação de Caso – TE

1 – Informações Gerais:

Nome: _____ Idade: _____ DN: _____

Escolaridade: _____ Gênero: _____

RG: _____ CPF: _____

Filiação:

2 – Esquemas Relevantes:

3 Problemas atuais / Queixas:

Problema 1: _____

Relação com o esquema: _____

Problema 2: _____

Relação com o esquema: _____

Problema 3: _____

Relação com o esquema: _____

4 – Ativadores do Esquema:

5 Modo de enfrentamento:

6 Traços de Personalidade / Temperamento:

Anexo G

Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DO GRANDE
RIO PROFESSOR JOSÉ DE
SOUZA HERDY - UNIGRANRIO



Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: Investigação dos Aspectos psicológicos da asma parcialmente controlada em adolescentes: Proposta de intervenção embasada na Terapia Cognitivo com foco em Esquemas.

Pesquisador: ALISSANDRA MARQUES BRAGA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67944723.0.0000.5283

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE UNIGRANRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.022.766

Apresentação do Projeto:

"Esta pesquisa tem como objetivo analisar os efeitos de uma intervenção psicológica personalizada e individual, de base Cognitivo com foco em Esquemas, no estado emocional e na ocorrência de crises asmáticas em adolescentes. Participarão três adolescentes, de ambos os性os, com asma parcialmente controlada ou não controlada a mais de seis meses."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

A pesquisa objetiva analisar os efeitos de uma intervenção psicológica individual, de base Cognitivo com foco em Esquemas, através de um protocolo integrativo de intervenção psicológica individual, em adolescentes asmáticos, tendo em vista a diminuição de seus sintomas de ansiedade e/ou depressão e o melhor manejo nas situações com potencial gatilho psicológico para crise asmática, a fim de proporcionar redução da intensidade e da periodicidade de crises asmáticas em adolescentes.

Objetivo Secundário:

- Avaliar o perfil psicológico de adolescentes com diagnóstico de asma a partir da identificação de Esquemas Iniciais Desadaptativos e Modos Esquemáticos Disfuncionais;
- Identificar traços de personalidade e sua correlação com dificuldades (ou não) no manejo das situações geradoras de gatilho psicológico para desencadear sintomas da asma;
- Avaliar a gravidade dos sintomas.

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160

Bairro: 25 de Agosto

CEP: 25.071-202

UF: RJ

Município: DUQUE DE CAXIAS

Telefone: (21)2672-7733

Fax: (21)2672-7733

E-mail: cep@unigranrio.com.br

Página 01 de 04

Continuação do Parecer: 6.022.766

ansiológicos e depressivos dos adolescentes com asma, por meio dos inventários MASC e EBADEP-IJ respectivamente; Apresentar uma possibilidade de promoção de saúde e intervenção psicológica para pacientes adolescentes asmáticos, tomando por base a Terapia Cognitivo com foco em Esquemas; Mensurar mudanças de comportamento e melhora na aderência ao tratamento médico de controle da asma, após protocolo integrativo de intervenção psicológica individual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Tendo em vista que o trabalho com ser humano é complexo e a pesquisa abordará um contexto de adoecimento permeado por diversos estressores, é possível que os participantes manifestem alguma alteração psicológica no decorrer da coleta de dados, com mobilização emocional relacionada, por exemplo, a tristeza e ansiedade, além de cansaço e dificuldades de concentração. Buscaremos reduzir ao máximo essas possibilidades de risco mediante técnicas de acolhimento e suporte terapêutico que possam deixar o adolescente confortável. Porém, caso haja algum desconforto, a pesquisadora, que também é uma psicoterapeuta com longa experiência clínica, oferecerá o suporte psicológico pertinente a situação e, se necessário, poderá interromper ou mesmo adiar a coleta de dados. A duração das entrevistas e das sessões também foram programadas em um tempo que minimiza riscos de desgaste físico ou emocional dos participantes. Por se tratar de estudos de caso, há um risco de que os participantes sejam identificados a partir da descrição de algumas de suas características e relatos. Desse modo, para assegurar o anonimato dos mesmos, assim como o sigilo e a confidencialidade das informações concedidas serão omitidas quaisquer informações que possam levar a identificação dos adolescentes e de suas famílias, como nome, local de moradia, instituições que frequentam, profissionais por quais são atendidos. Ademais, os atendimentos serão realizados em uma clínica que favorece conforto e privacidade. O material resultante da investigação e das intervenções, como questionários respondidos, gravações e transcrições, serão armazenadas em pasta protegida por criptografia e senha em computador pessoal da pesquisadora principal.

Benefícios: Espera-se que a intervenção auxile os adolescentes a compreenderem melhor o modo como a ansiedade pode contribuir para ativar os sintomas asmáticos, para que possam ter mais autonomia no manejo dos sintomas e melhor aderência ao tratamento medicamentoso de controle. Em suma, espera-se com esse estudo agregar melhoria na qualidade de vida do adolescente com asma, diminuindo os gatilhos ansiosos que pode contribuir para a periodicidade.

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160
Bairro: 25 de Agosto CEP: 25.071-202
UF: RJ Município: DUQUE DE CAXIAS
Telefone: (21)2672-7733 Fax: (21)2672-7733 E-mail: cep@unigranrio.com.br

Página 02 de 04

UNIVERSIDADE DO GRANDE
RIO PROFESSOR JOSÉ DE
SOUZA HERDY - UNIGRANRIO



Continuação do Parecer: 6.022.786

e intensidade das crises de asma, além de auxiliar no manejo dos sintomas de ansiedade e depressão no adolescentes frente a eventos estressores, tais como provas escolares, relacionamentos dentre outros conflitos comuns nesta fase do desenvolvimento."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de tese bem articulado e importante para o campo da saúde, especialmente alinhando saúde mental e determinados tratamentos (asma) na população adolescente. A apresentação dos riscos, bem como as soluções pertinentes estão satisfatórias, acrescentando o fato de a pesquisadora ser psicóloga.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão em consonância com as exigências do CEP: TCLE assinado pelo(a) pesquisador(a), carta de anuência, informações básicas do projeto, cronograma, projeto completo, orçamento e folha de rosto.

Recomendações:

Recomendo a aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_2072196.pdf	11/03/2023 10:19:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEatualizadoassinado.pdf	11/03/2023 10:16:56	ALISSANDRA MARQUES BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEatualizadodata.pdf	20/02/2023 19:06:11	ALISSANDRA MARQUES BRAGA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassassinadacoord.pdf	20/02/2023 19:03:11	ALISSANDRA MARQUES BRAGA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	11/02/2023 19:55:45	ALISSANDRA MARQUES BRAGA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAatualizadosigned.pdf	11/02/2023	ALISSANDRA	Aceito

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160

Bairro: 25 de Agosto

CEP: 25.071-202

UF: RJ

Município: DUQUE DE CAXIAS

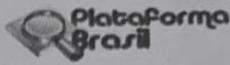
Telefone: (21)2672-7733

Fax: (21)2672-7733

E-mail: cep@unigranrio.com.br

Página 03 de 04

UNIVERSIDADE DO GRANDE
RIO PROFESSOR JOSÉ DE
SOUZA HERDY - UNIGRANRIO



Continuação do Parecer: 6.022.766

Cronograma	CRONOGRAMAatualizadosigned.pdf	19:45:28	MARQUES BRAGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTESEDOUTORADODETALH ADO.pdf	12/01/2023 16:24:33	ALISSANDRA MARQUES BRAGA	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOTESEDOUTORADOUFRJU NIGRANRIO.pdf	12/01/2023 16:18:41	ALISSANDRA MARQUES BRAGA	Aceito
Outros	CARTADEANUENCIASEDIADORA.pdf	10/01/2023 18:56:19	ALISSANDRA MARQUES BRAGA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DUQUE DE CAXIAS, 26 de Abril de 2023

Assinado por:

SERGIAN VIANNA CARDOZO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160
Bairro: 25 de Agosto CEP: 25.071-202
UF: RJ Município: DUQUE DE CAXIAS
Telefone: (21)2672-7733 Fax: (21)2672-7733 E-mail: cep@unigranrio.com.br

Página 04 de 04

Anexo H

Termômetro de Intensidade das Preocupações

