

# TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM UNIDADES DE REABILITAÇÃO PARA PACIENTES COM LESÃO MEDULAR

*Data de submissão: 14/04/2023*

*Data de aceite: 03/08/2023*

### **Lidiany Batista Wanderley**

Instituto de Pós-Graduação - IPOG  
Brasília – DF  
<http://lattes.cnpq.br/5246325075198694>

### **Carlos Manoel Lopes Rodrigues**

Centro Universitário de Brasília,  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Brasília – DF  
<http://lattes.cnpq.br/5762651257655178>  
<http://orcid.org/0000-0002-5188-7110>

**RESUMO:** Este capítulo descreve a experiência de aplicação da Terapia Cognitiva-Comportamental em uma unidade de reabilitação para pacientes com lesão medular em um hospital público do Distrito Federal, durante um estágio de psicologia hospitalar. Essa abordagem é direta, orientada para o presente e adequada ao contexto hospitalar. Neste trabalho, apresentamos as possibilidades de atuação do psicólogo nessa perspectiva. Coletamos dados sobre as características cognitivas e comportamentais dos pacientes por meio de escuta ativa, revisão de prontuários e discussões com equipes multidisciplinares. Concluímos que essas abordagens são aplicáveis na unidade de reabilitação

do SUS, comprovadamente eficazes na promoção da saúde tanto durante a internação quanto após a alta.

**PALAVRAS-CHAVE:** Terapia Cognitivo-Comportamental; Lesão Medular; Reabilitação.

### COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN REHABILITATION UNITS FOR PATIENTS WITH SPINDLE INJURY

**ABSTRACT:** This chapter describes the experience of applying Cognitive-Behavioral Therapy in a rehabilitation unit for patients with spinal cord injury in a public hospital in the Federal District, during a hospital psychology internship. This approach is direct, focused on the present, and suitable for the hospital setting. In this work, we present the possibilities for the psychologist's role from this perspective. We collected data on the cognitive and behavioral characteristics of the patients through active listening, review of medical records, and discussions with multidisciplinary teams. We conclude that these approaches are applicable in the SUS rehabilitation unit and have been proven effective in promoting health both during hospitalization and after discharge.

**KEYWORDS:** Cognitive-Behavioral Therapy; Spinal Cord Injury; Rehabilitation.

## 1 | INTRODUÇÃO

Estima-se que surjam 10 mil novos casos de lesão medular todos os anos no Brasil. Incidência muito elevada se comparada a outros países, sendo de cerca de 40 casos novos/ano/milhão de habitantes, 80% deles do sexo masculino e 60% de pessoas entre os 10 e 30 anos de idade (BRASIL, 2015).

A lesão medular (LM) é um dos acontecimentos de maior impacto na vida das pessoas. É definida como todo dano causado às estruturas contidas no canal medular que pode levar a consequências motoras, sensitivas, autonômicas e psicoafetivas. De acordo com o Ministério da Saúde:

Estas alterações se manifestarão principalmente como paralisia ou paresia dos membros, alteração de tônus muscular, alteração dos reflexos superficiais e profundos, alteração ou perda das diferentes sensibilidades (tátil, dolorosa, de pressão, vibratória e proprioceptiva), perda de controle esfinteriano, disfunção sexual e alterações autonômicas como vasoplegia, alteração de sudorese, controle de temperatura corporal entre outras (BRASIL, 2015:9).

O aparecimento da LM pode se dar de forma progressiva, devido a problemas infecciosos, vasculares, tumorais, congênitos ou degenerativos, ou de forma abrupta, quadro denominado de choque medular. A maioria dos casos têm origem traumática, ocasionada por acidentes automobilísticos, ferimentos por arma de fogo, quedas, mergulho em águas rasas e acidentes esportivos (CEREZETTI et al, 2012; VASCO; FRANCO, 2017). Em ambos os casos, o comprometimento ocorre devido à quebra de comunicação neuronal entre os neurônios da medula espinhal e suas conexões com o cérebro, acarretando perda parcial ou total das funções motoras e/ou sensitiva, comprometendo o funcionamento dos sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo (CEREZETTI et al, 2012; BRUNOZI et al, 2011).

Dessa forma, o paciente com lesão medular sofre diversas perdas devido à nova condição de vida, à qual inclui desde uma nova vivência da corporalidade, até uma nova conformação às exigências práticas do seu dia a dia, no seu trabalho e nas suas relações interpessoais, impactos estes que exigem um cuidado integral para com esse paciente, a partir de uma equipe multidisciplinar, visando a reabilitação biopsicossocial do paciente (BRASIL, 2015).

Dentre os muitos profissionais que trabalham na reabilitação o paciente acometido de trauma raquimedular (TRM) está o psicólogo que, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), deve ter sua escuta ampliada para os familiares e para os demais membros que compõem a equipe de saúde, e tem como “sua tarefa principal a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão

submetidos a procedimentos médicos, visando a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental” (CFP, 2019, p. 11).

Preconiza-se também que a sua atuação deve ser baseada na psicoterapia breve e focal, à qual se caracteriza pela atenção ao foco no conflito atual do paciente, desprezando-se o que dele não faz parte, com objetivos limitados e prazos definidos, visando à reestruturação da autoimagem e autoestima, frente a deficiência física, trabalhando as perdas, mas, principalmente suas potencialidades residuais (BRASIL, 2015; LUSTOSA, 2010; ALMEIDA, 2010).

A partir dessa perspectiva, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido considerada uma possibilidade de estratégia de intervenção, por ser possível utilizá-la de forma breve e focal, diretiva, orientada para o aqui e agora (JONES; WILLIAMS, 2019; GIBELLO, 2018). Com esses pacientes em específico a TCC pode colaborar no manejo da dor (SALAZAR, 2019), na redução dos quadros de ansiedade, depressão e estresse (MEHTA, et al., 2011; YANG; MU; HUANG, 2022), além de contribuir para uma maior adesão ao tratamento e promoção do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à hospitalização (JONES; WILLIAMS, 2019; MEHTA et al., 2020; PERON; SARTES, 2015).

A abordagem cognitivo-comportamental considera que o modo como interpretamos os acontecimentos em nossas vidas influencia as nossas emoções e comportamentos e, recursivamente, o nosso modo de agir tem influência sobre os nossos pensamentos e emoções. Assim, a forma como o paciente interpreta seu problema de saúde, tratamento e prognóstico pode interferir nos seus sentimentos e no seu comportamento, podendo, dessa forma, contribuir ou dificultar a sua adesão ao tratamento (PEREIRA; PENIDO, 2010).

O trabalho do psicólogo que faz uso da TCC, nesse ambiente, é o de identificar pensamentos e crenças disfuncionais que estejam contribuindo para o sofrimento do paciente e dificultando sua adesão ao tratamento e sua tomada de decisões, buscando trabalhar sua flexibilidade psicológica, bem como ajudá-lo a desenvolver estratégias de resolução de problemas (JONES; WILLIAMS, 2019; PEREIRA; PENIDO, 2010; GIBELLO, 2018).

A TCC também é considerada uma abordagem colaborativa e psicoeducativa. A partir desses princípios, o terapeuta orienta o seu paciente sobre as demandas apresentadas para que ele tenha condições de, fora do ambiente terapêutico, ter autonomia quanto ao seu autocuidado. Pensando no ambiente hospitalar, quanto melhor informado estiver o paciente sobre sua condição de saúde e sobre o seu tratamento, mais ele estará em condições de colaborar com o processo. Dessa forma, a abordagem contribui com a psicoeducação como mais uma estratégia de intervenção para ajudar o indivíduo no seu processo de reabilitação (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019).

## 2 | A EXPERIÊNCIA DE APLICAÇÃO DA TCC NA UNIDADE DE REABILITAÇÃO

Este trabalho configura-se com um relato de experiência de um estágio supervisionado obrigatório em psicologia hospitalar para a conclusão do curso de psicologia, realizado em um hospital público do Distrito destinado ao atendimento ambulatorial e por internação em cuidados paliativos oncológicos e geriátricos, e para a reabilitação física de pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e de lesão neurológica medular. O atendimento é prestado a partir de uma abordagem multiprofissional, visando a reabilitação físico-funcional e a melhoria da qualidade de vida e reintegração ao meio social (SES DF, 2022).

Os processos de trabalho são divididos entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e nutricionistas, e dão-se início com a admissão do paciente em até 24 horas após a sua internação, para uma primeira avaliação das condições do paciente, realizada pelas diferentes equipes profissionais.

Após essa avaliação, às segundas-feiras, acontece uma reunião conjunta, na qual serão propostas condutas e abordagens visando prestar assistência individualizada. Definidas as estratégias de tratamento, acontecerá uma nova reunião da equipe com o paciente e familiares/responsáveis, às quartas-feiras, pela manhã, cujo moderador é um médico fisiatra, visando informá-los sobre as primeiras conclusões a respeito da condição clínica do paciente, sobre o plano de tratamento, assim como, tirar as suas dúvidas.

Inicialmente o plano de tratamento prevê um período de internação de aproximadamente três meses para o paciente, e, de acordo com os ganhos obtidos e com o seu estado de saúde, receberá alta temporária, na qual paciente e acompanhante poderão sair do hospital na sexta-feira à tarde e retornar na próxima segunda-feira pela manhã. Este procedimento tem objetivo de fazer com que possam aplicar no ambiente onde estarão no pós-alta os treinos trabalhados no ambiente hospitalar, avaliar as dificuldades enfrentadas e quais alterações serão necessárias promover no ambiente e quais habilidades deverão ser trabalhadas no paciente e nos seus cuidadores.

### 2.1 O paciente em reabilitação

O paciente atendido nessa unidade deve atender aos seguintes critérios de inclusão: ter acima de 16 anos de idade, apresentar-se com um quadro clínico estável, atendendo aos comandos e cooperativo, com comprometimento neurológico em situação de paraplegia, paraparesia, tetraplegia e tetraparesia devido a sequelas de trauma raquimedular (SES DF, 2022).

Os pacientes pertencem ao público atendido pela rede pública de saúde e já haviam passado por outras unidades de saúde da rede para o atendimento do quadro que causou a lesão medular e foram encaminhados para o processo de reabilitação oferecido pelo

hospital.

Durante o estágio, havia pacientes internados para reabilitação devido traumas medulares ocasionados por quedas de lugares altos, perfuração por arma de fogo, acidentes com objetos perfurocortantes, por acidentes de trânsito, pacientes vítimas de acidente vascular cerebral (AVC) e da síndrome de Guillain Barré.

## **2.2 O trabalho da psicologia na equipe multidisciplinar**

A equipe da psicologia no trabalho da unidade de reabilitação nesse hospital é formada por um psicólogo, uma neuropsicóloga, residentes e estagiários formandos em psicologia, os quais trabalham em articulação com a própria equipe e em discussões com os outros membros do cuidado multidisciplinar, no atendimento ao paciente, aos seus cuidadores e aos membros da equipe, tal como prescrevem as diretrizes de atuação do psicólogo no contexto hospitalar.

Tal como as outras equipes de trabalho, a psicologia inicia o atendimento de um paciente pela admissão. Este procedimento consiste em fazer a acolhida do indivíduo ao ambiente hospitalar, coletar informações sobre a sua condição de saúde – física e mental, sobre o evento que o levou ao processo de reabilitação, suas relações interpessoais e sua rede de apoio.

A equipe também admite os familiares, acompanhantes e cuidadores que acompanham os pacientes com o objetivo de acolher suas angústias e dúvidas relativas ao tratamento e prognóstico do paciente, suas dificuldades na condição de cuidadores, bem como para saber quem é e como vive o paciente sob a sua perspectiva. A equipe se subdivide em grupos menores e faz rondas periódicas para o atendimento dos pacientes, familiares e cuidadores. O atendimento também se dá por indicação de profissionais de outras especialidades que identificam uma demanda que precisa do cuidado do psicólogo, ou ainda por procura do próprio paciente ou cuidador.

## **2.3 O trabalho na unidade de reabilitação**

O procedimento da admissão é um momento para identificar o quanto pacientes e familiares/cuidadores sabem sobre o quadro de saúde e sobre o processo de reabilitação. Foi possível observar em algumas situações a dificuldade desses indivíduos para compreender o que significa a lesão medular e como ela afeta o funcionamento do corpo, acarretando, dentre outras consequências, uma deficiência física.

O paciente começa a fazer contato com a realidade, mas de forma distorcida devido à fragilidade emocional. É muito comum essa fase ser marcada pela frase: “Eu voltarei a andar, estou paralisado apenas temporariamente”. O paciente pode se comportar de forma passiva, ou agressiva, projetando no externo sua revolta ou inconformismo por sua

situação (BRASIL, 2015).

Na rotina do hospital, isso é tanto esperado para os dias em que estão na internação, quanto na volta da alta temporária. É na alta temporária que pacientes e familiares ou cuidadores podem verificar quais adaptações serão necessárias para a nova condição motora do paciente, como largura das portas, altura das camas, fogão e pia, avaliar os obstáculos entre os cômodos que dificultam a locomoção, a condição com que se passa da cama para a cadeira de rodas, as características do comer, de usar o banheiro, de utilizar objetos necessários para higiene, estudos, trabalho e comunicação, e da condição para se locomover, dentro e fora de casa.

Diante das dificuldades encontradas com o tratamento na internação e, fora do hospital durante a alta temporária, foi comum encontrar pacientes mais resistentes à terapia devido a sentimentos como tristeza e desesperança. Com uma frequência relativamente alta, observou-se pacientes com humor hipotímico e ouviam-se relatos sobre o sentimento de perda de sentido da vida, uma vez que não se enxergava naquele momento, uma maneira de prosseguir com a vida na condição de deficiente físico.

Para além da tristeza, pode se dizer que há um predomínio de estados emocionais negativos em um ambiente como o da reabilitação nas primeiras fases do tratamento. O psicólogo se depara com emoções como a raiva, o medo, a culpa e a vergonha. Tais estados podem comprometer a capacidade do indivíduo de pensar com clareza e de resolver problemas, além de influenciar na forma como o indivíduo se comporta, desencadeando comportamentos opostos, irritadiços e baseados na ansiedade.

Nesses primeiros estágios, a constatação de que será necessário contar com a ajuda de outras pessoas para fazer atividades que antes o indivíduo tinha plena autonomia para fazer sozinho, aliada ao medo do rompimento de relações afetivas e de não conseguir voltar a estudar, trabalhar, praticar esportes, fazer tudo o que antes fazia, enfim, a perda do mundo presumido, é frequente relatos sobre ideação suicida e mesmo relatos sobre o planejamento de pôr fim à própria vida.

O mundo presumido foi definido por Parkes (1998, apud VASCO; FRANCO, 2017) como o mundo no qual o indivíduo vive, o único que ele conhece, e que contém suas concepções, suposições e tudo aquilo que é tido como verdadeiro, construído a partir das vivências. Para Vasco e Franco (2017, p. 45), “uma deficiência física implica múltiplas perdas, gerando um processo de luto e de construção de significado para a experiência vivida, além da necessidade de rever o mundo presumido e o direcionamento da vida”.

Nesses estágios iniciais do tratamento o psicólogo se depara com a inflexibilidade cognitiva dos pacientes devido às suas distorções cognitivas, definidas como vieses do processamento cognitivo a partir dos quais as pessoas interpretam os eventos focando no que eles têm de negativo, ou mesmo distorcendo a realidade, a partir de pensamentos disfuncionais que dificultam sua percepção sobre as variáveis positivas relativas a cada experiência (SAYAGO; DOMELLES, 2011:183).

Frases como “se eu não sair daqui andando, será o fim da linha” relacionam-se aos pensamentos do tipo “tudo ou nada”, a partir dos quais só se consideram duas alternativas, desprezando-se toda uma gama de possibilidades viáveis. Também são observadas distorções do tipo catastrofização, a partir das quais se ignora um futuro positivo possível; de magnificação das informações negativas ou de minimização das positivas e de prever o futuro a partir de uma experiência do presente, uma distorção do tipo supergeneralização (BECK, 2022).

Também são encontrados relatos de pacientes que atribuem a si a causa de todas as coisas negativas que estão lhe acontecendo, sem considerar as outras variáveis (personalização) e que fazem estimativas sobre o que as outras pessoas pensam, de acordo com a crença de desvalia social do deficiente físico, sob o viés de distorções como a leitura mental, atribuindo, por fim, que se sente que algo é ruim, assim deve ser, com base em seu raciocínio emocional (BECK, 2022).

Mas, nem tudo é distorção cognitiva. Alguns pacientes, ainda que tenham alcançado alguma melhora na sua autonomia, deparam-se com uma condição concreta de irreversibilidade da sua deficiência, o que pode acentuar os quadros de ansiedade, depressão e desesperança. É justamente nessa fase de reconhecimento da deficiência como condição definitiva que “o paciente deve ser estimulado a trabalhar de forma colaborativa com a sua equipe de cuidados para desenvolver o seu potencial residual” (BRASIL, 2015).

É importante, portanto, ainda nos primeiros atendimentos, pesquisar as estratégias de enfrentamento que o paciente tem utilizado, tanto ao longo da sua história, quanto nesse contexto da crise. Durante o período do estágio, os pacientes afirmaram fazer uso de estratégias religiosas e de práticas distrativas como leitura, trabalhos manuais, jogos de tabuleiros com parceiros de ala, assistir televisão e uso da internet.

À medida que o acompanhamento – físico e psicológico – progride, o paciente vai entendendo o processo de reabilitação como promotor de habilidades para a sua nova condição de vida e passa a empenhar seus esforços para potencializar o tratamento, configurando a fase de adaptação ao processo (BRASIL, 2015). Entretanto, há uma série de outras condições, concretas e subjetivas, para as quais o paciente não apresenta recursos, necessitando, portanto, que o psicólogo o ajude na construção de estratégias de resolução de problemas.

Algumas situações concretas referem-se às diversas dificuldades impostas pela condição de vulnerabilidade social a que muitos desses indivíduos estão submetidos, uma vez que o público atendido no hospital é, em grande parte, formado por pessoas de baixa renda. Alguns dos relatos trazidos nos atendimentos, referiam-se a angústia do paciente e dos seus familiares de não terem condições de arcar com os custos acarretados pela deficiência, como a compra de fraldas, de equipamentos que facilitassem a mobilidade, da dieta especial e da medicação prescrita.

Foi possível observar durante o estágio, quadros que exigiam o manejo sobre o controle dos impulsos, sobre dificuldades com a atenção, com a memória e com a fala de alguns pacientes. Fazendo-se necessária a comunicação e atuação conjunta entre psicólogos e neuropsicólogos, visando identificar dificuldades e potencialidades do paciente para a construção de um trabalho que o auxiliasse nesses aspectos. Também foi possível observar a necessidade de manejo das crises de abstinência pelo uso de substâncias de tabaco e outras drogas, onde se fazia necessária a comunicação entre os psicólogos e a equipe da psiquiatria.

## **2.4 Terapia Cognitivo-Comportamental na unidade de reabilitação**

A relação terapêutica, sob o aporte teórico da TCC, deve basear-se numa escuta atenta e cuidadosa, técnica, mas afetuosa e empática, com demonstrações de interesse genuíno pelo indivíduo (BECK, 2022). Tal conduta pode favorecer o empirismo colaborativo, um dos princípios fundamentais dessa abordagem terapêutica, a partir do qual, paciente e terapeuta atuam de forma colaborativa, como uma equipe, dividindo responsabilidades. O paciente tem suas dúvidas e preocupações esclarecidas e valorizadas, podendo assumir, a partir disso, um papel ativo no aprendizado do seu problema de saúde, tornando-se mais seguro para a sua tomada de decisões no seu plano terapêutico, facilitando, dessa forma, o processo de adesão ao tratamento (BECK, 2022; WRIGHT et al, 2019; WRIGHT et al, 2012).

Já nos primeiros atendimentos, o psicólogo deve ficar atento aos pensamentos automáticos negativos do paciente, os quais se caracterizam por constituírem um nível de pensamento superficial, não resultante de deliberação ou raciocínio, mas que podem ser aceitos como verdadeiros e que fundamentam suas crenças sobre o seu problema de saúde (BECK, 2022:28). Esses dados são importantes para a construção da conceitualização cognitiva do caso.

Também são dados importantes para a elaboração da formulação cognitiva do paciente, as estratégias comportamentais do paciente, os fatores de manutenção dos seus comportamentos, assim como o levantamento de dados sobre estratégias de enfrentamento, pontos fortes, qualidades e recursos de que o paciente dispõe. É com base na formulação cognitiva que o psicólogo elaborará sua formulação de tratamento (BECK, 2022).

A formulação cognitiva é uma estratégia que utiliza o modelo cognitivo para elaborar uma descrição do padrão cognitivo atual do paciente, contendo dados sobre a história de vida, os diferentes níveis de pensamentos, as emoções e os padrões que mantêm os comportamentos do indivíduo que o levaram à terapia. É, portanto, uma descrição abrangente entre os componentes do modelo cognitivo e seu objetivo fundamental é o levantamento de uma hipótese, a partir da qual se fará a formulação do plano terapêutico (NICOLETTI; DONADON; PORTELA, 2022; WRIGHT et al, 2019).

Considera-se, entretanto, que devido às características do atendimento no contexto hospitalar, que requer um atendimento breve, faz-se necessário um modelo mais objetivo e pragmático. A literatura já apresenta propostas de mini formulações de caso que utilizam o mínimo de informações necessárias para a compreensão do problema e para a elaboração das estratégias terapêuticas, as quais “incluem esquemas lineares curtos de avaliação e resposta emocional, ciclos viciosos de dois ou três elementos da tríade e díades cognitivas” (NICOLETTI; DONADON; PORTELA, 2022, p. 150).

Considera-se que a mini formulação de esquema linear, a partir do observado nessa vivência, seja a mais apropriada para a utilização na unidade reabilitação, uma vez que corresponde ao modelo básico da TCC descrevendo a relação entre o evento, a interpretação que o indivíduo faz do mesmo e suas conseqüentes respostas emocionais e comportamentais. Tal como a formulação mais abrangente, deve ser construída de forma colaborativa com o paciente, pois acredita-se que isso possa ampliar a sua capacidade cognitiva, especialmente em contextos de situações complexas e adversas e de alta intensidade emocional (NICOLETTI; DONADON; PORTELA, 2022), tal como se configura essa unidade de trabalho.

A partir da elaboração da mini formulação de caso, o psicólogo poderá elaborar as estratégias para trabalhar os pensamentos automáticos, as distorções cognitivas e crenças disfuncionais que desencadeiam em emoções negativas, que comprometem a capacidade de resolução de problemas e, conseqüentemente, o modo como o paciente se comporta frente ao tratamento e aos demais aspectos de sua vida.

Pensando no princípio psicoeducativo da TCC e no empirismo colaborativo (BECK, 2022), o trabalho com os diferentes níveis de pensamentos deve começar com a identificação dos mesmos. Para tanto, o psicólogo pode ajudar o paciente com ferramentas como o Registro de Pensamentos Diários (RPD), em tabelas com entradas para registro da situação, do pensamento, da emoção e do comportamento. Considera-se que a apresentação do modelo cognitivo para o paciente, a partir da elaboração desse registro, seja um importante instrumento para o reconhecimento de que o seu estado de humor e o seu comportamento estão relacionados ao modo como ele interpreta os acontecimentos.

Caso seus pensamentos sejam verdadeiros, o trabalho será voltado para a construção de estratégia de resolução de problemas de forma colaborativa, tanto com o paciente, quanto às demais equipes de cuidado multidisciplinar e os seus familiares/cuidadores. Alguns problemas, entretanto, não podem ser solucionados, como é o caso das deficiências que se tornam definitivas. Alguns pacientes relutam para reconhecer tal constatação, operando a partir de expectativas de marcha e de retomada de suas vidas como eram antes da deficiência. Diante desse quadro, o trabalho do psicólogo pode ser o de ajudá-lo na identificação e construção de valores que tornem sua vida mais significativa (BECK, 2022; LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013).

Em caso de distorções cognitivas, o trabalho deve ter foco na reestruturação

cognitiva a partir de instrumentos como o questionamento socrático, a identificação de erros cognitivos, a geração de alternativas racionais e, dentro das possibilidades do contexto hospitalar, o uso de experimentos comportamentais que coloquem em xeque a verdade do pensamento e/ou crença disfuncional (WRIGHT et al, 2019; BECK, 2022).

O trabalho com as distorções cognitivas é de suma importância, já que as mesmas têm influência sobre as emoções dos pacientes. Como descrito aqui, a reabilitação é um ambiente de emoções negativas como raiva, tristeza e medo, às quais acabam influenciando em seus aspectos comportamentais e fisiológicos, influenciando, por exemplo, no hábito alimentar e no padrão de sono, que interferem diretamente na condução do tratamento.

São comuns os relatos de comportamentos suicidas na unidade de reabilitação, que iam desde a ideação até o planejamento do suicídio. A instalação da deficiência e as diversas perdas enfrentadas produziam falas que denunciavam uma tríade cognitiva de falta de perspectivas positivas sobre si, sobre suas experiências e sobre o futuro, característica da desesperança, uma cognição caracterizada como uma crença relativa a um futuro sem perspectivas, e que está mais fortemente relacionada ao comportamento suicida que a depressão (MARBACK; PELISOLI, 2014; ZANOTTO; MARMITT; PERGHER, 2013).

A TCC na abordagem do comportamento suicida apresenta efeitos importantes na redução significativa dos níveis de desesperança e na diminuição da propensão ao suicídio (BORNHEIMER et al., 2020; WU et al., 2022). As intervenções propostas na literatura incluem a psicoeducação sobre o modelo cognitivo do paciente, o trabalho com o treino de habilidades cognitivas, comportamentais e afetivas que ajudem na resolução de problemas e com o manejo das emoções diante de contextos estressores (MARBACK; PELISOLI, 2014). Uma outra intervenção proposta é a construção de uma lista de motivos para viver, incluindo itens valiosos para o contexto do paciente e que se configurem como protetivos contra o suicídio e promotores de esperança (WRIGHT et al, 2019).

A prevenção contra o suicídio nesse contexto, entretanto, deve incluir outros agentes, como familiares ou outros membros da sua rede de apoio, indicados pelo paciente, para atuar na construção de um ambiente seguro para o paciente. No caso de risco iminente, de acordo com o que dispõe o Código de Ética Profissional do Psicólogo sobre a quebra do sigilo profissional, recomenda-se comunicar esses agentes sobre o risco (CFP, 2022). Por fim, é preciso envolver agentes da própria unidade de saúde, como o psiquiatra, para que se avalie a necessidade da introdução da farmacoterapia (WRIGHT et al, 2012).

Concomitantemente, o psicólogo deve utilizar-se de estratégias de psicoeducação na condução do acompanhamento do seu paciente. A psicoeducação em TCC visa informar o paciente sobre as relações entre seus pensamentos, emoções e comportamentos. No âmbito do tratamento, entende-se que quanto melhor informado o paciente estiver sobre seu problema de saúde, mais terá condições de atuar de forma ativa no seu tratamento, configurando-se assim, como um recurso promotor de adesão ao tratamento (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019; WRIGHT et al, 2012).

Na vivência do estágio, foram observadas algumas vezes, atuações de psicólogos no sentido de informar os pacientes sobre o processo de reabilitação e mesmo sobre seus quadros clínicos, especialmente quando a comunicação entre paciente/familiar/cuidador e médico não se fazia clara. Na tentativa de tornar essas informações mais inteligíveis, foi feito uso de metáforas e de recursos como imagens e vídeos disponíveis em canais especializados sobre o quadro de saúde do paciente (MEHTA et al., 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da Terapia Cognitivo-Comportamental ser uma abordagem de com acúmulo de evidências de eficácia (BORNHEIMER et al., 2020; MEHTA, et al., 2011; METHA et al., 2020; YANG; MU; HUANG, 2022; WU et al., 2022), ainda são escassos os trabalhos que abordam a sua utilização nas unidades de reabilitação do SUS. Entretanto, durante a vivência do estágio aqui descrita foi possível pensar os atendimentos realizados a partir do que se preconiza nessa abordagem. A proposta aqui apresentada não é de uma adaptação do modelo do contexto clínico para o uso no contexto hospitalar. É uma proposta de aplicação que se justifica pelas características tanto dos moldes de atendimento do hospital, quanto da abordagem.

O atendimento objetivo, diretivo, com prazo limitado são características necessárias para o atendimento no hospital e oferecidas pela TCC. Tais características, entretanto, não significam que o atendimento tenha uma qualidade de cuidado inferior aos ofertados por abordagens que não estipulam prazos e que não têm dentre seus princípios o caráter diretivo.

Acredita-se que os recursos propostos aqui sejam plenamente aplicáveis em um contexto de alta complexidade de atendimento, como se configura uma unidade reabilitação do SUS, por apresentarem eficácia comprovada na promoção de cuidado do pensar, do sentir e, conseqüentemente, do agir dos indivíduos, não só no contexto hospitalar, mas no pós-alta por ser uma abordagem que possibilita ao paciente adquirir autonomia para lidar ele mesmo com os seus problemas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. A. Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. **Revista da SBPH**, v.13 n.1, 2010.

ARAÚJO, T. C. C. F. Psicologia da Reabilitação: Pesquisa Aplicada à Intervenção Hospitalar. **Revista da SBPH**, v.10, n.2, 2007.

ARAÚJO, T. C. C. F.; QUEIROZ, Elizabeth. (Orgs.). **Psicologia da reabilitação**. Brasília: Liber Livro, 2015, 360p.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental – Teoria e prática**. 3 ed. Porto Alegre, 2022.

- BERNARDES, L. C.; ARAÚJO, T. C. C. F. Deficiência no Brasil e no mundo: delimitando os conceitos básicos. Em: Araújo, T. C. C. F & Queiroz, E. (Orgs.). **Psicologia da reabilitação**. Brasília: Liber Livro, 2015.
- BORNHEIMER, L. A. et al. Effectiveness of suicide-focused psychosocial interventions in psychosis: a systematic review and meta-analysis. **Psychiatric Services**, v. 71, n. 8, p. 829-838, 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular**. Brasília: Ministério da Saúde. 2 ed. 2015. 68 p.
- BRUNOZI, A.E.; SILVA, A. C.; GONÇALVES, L. F.; VERONEZI, r. J. B. Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. **Revista Neurociencias**, v. 19, n. 1, p. 139-44, 2011.
- CARVALHO, M. R.; MALAGRIS, L. E. N.; RANGÉ, B.. A psicoeducação na Terapia Cognitivo-Comportamental. In: CARVALHO, Marcele Regine de; MALAGRIS, L. E. N.; RANGÉ, B. (Orgs.). **Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019. pp. 15 – 29.
- CEREZETTI, C. R. N., NUNES, G. R., CORDEIRO, D. R. C. L., TEDESCO, S. Lesão Medular Traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. **O mundo da saúde**, 36 (2), 2012. p.318 - 326.
- CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.
- CFP, CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Brasília: CFP, 2019.
- \_\_\_\_\_. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília: CFP, 2022.
- GIBELLO, J. Psicologia hospitalar e alguns dos possíveis referenciais teóricos. In: KERNKRAUT, A. M.; SILVA, A. L. M.; GIBELLO, J. (Orgs.). **O Psicólogo no Hospital: da Prática Assistencial à Gestão de Serviço**. São Paulo: Blucher, 2018. pp. 39 – 50.
- JONES, B.; WILLIAMS, A. C. C. CBT to reduce healthcare use for medically unexplained symptoms: systematic review and meta-analysis. **British Journal of General Practice**, v. 69, n. 681, p. e262-e269, 2019.
- LEAHY, R. L., TIRCH, D., NAPOLITANO, L. A. **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Porto Alegre : Artmed, 2013.
- LUSTOSA, M. A. A psicoterapia breve no hospital geral. **Revista da SBPH**, v.13 n.2, p. 259-269, 2010.
- MARBACK, R. F.; PELISOLI, C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 10, n. 2, p.122-129, 2014.
- MEHTA, S. et al. An evidence-based review of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for psychosocial issues post-spinal cord injury. **Rehabilitation Psychology**, v. 56, n. 1, p. 15, 2011.

MEHTA, S., et al. Guided internet-delivered cognitive-behaviour therapy for persons with spinal cord injury: a feasibility trial. **Spinal Cord**, v. 58, n. 5, p. 544-552, 2020.

NICOLETTI, Ê. A., DONADON, M. F., PORTELA, C. E. As miniformulações de caso. In: NICOLETTI, Ê. A., DONADON, M. F., PORTELA, C. E. (Orgs.). **Guia prático de formulação de casos em terapia cognitivo-comportamental**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2022, pp.45 – 51.

PEREIRA, F. M.; PENIDO, M. A.. Aplicabilidade Teórico-Prática da Terapia Cognitivo Comportamental na Psicologia Hospitalar. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.6, n. 2, p. 189-220, 2010.

PERON, N. B.; SARTES, L. M. A. Terapia cognitivo-comportamental no hospital geral: revisão da literatura brasileira. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 11, n. 1, p.42-49, 2015.

SALAZAR, J. Cognitive Behavioral Therapy for Spinal Cord Injury Patients with Chronic Neurogenic Pain. **Pain Management Nursing**, v. 20, n. 2, p. 98, 2019.

SAYAGO, C. W.; DOMELLES, V. G.. Conceitualização cognitiva. In: ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2011. pp. 177 – 192.

SESEDF, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Centros de referência**. Disponível em < <https://www.saude.df.gov.br/centros-de-referencia> > Acesso em 07 set. 2022.

VASCO, C. C.; FRANCO, M. H. P. Indivíduos paraplégicos e o significado construído para a lesão medular em suas vidas. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 17 n. 1, p. 119 – 131, 2017.

WRIGHT, J. H.; et al. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental – um guia ilustrado**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

WRIGHT, J. H.; et al. **Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves – guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

WU, H. et al. The significance of cognitive-behavioral therapy on suicide: An umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 317, n. 15, p. 142-148, 2022.

YANG, S. H.; MU, P. F.; HUANG, W. C. Cognitive behaviour therapy in adults with spinal cord injury: **A scoping review**. **International Journal of Nursing Practice**, p. e13078, 2022.

ZANOTTO, K.; MARMITT, V.; PERGHER, G. K. Terapia cognitivo-comportamental como auxílio à prevenção ao suicídio. In: ARAÚJO, R. B.; PICCOLOTO, N. M.; WAINER, R. (Orgs.). **Desafios clínicos em Terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2013. pp. 147 – 165.