

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**USO DA DESSENSIBILIZAÇÃO E REPROCESSAMENTO ATRAVÉS
DE MOVIMENTOS OCULARES (EMDR): VIVÊNCIA DE PACIENTES
ADULTOS VÍTIMAS DE TRAUMAS EMOCIONAIS**

Orientador: Profº Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa
Mestranda: Teuman de Marillac Alves Fonsêca Maia

RECIFE
2020

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**USO DA DESSENSIBILIZAÇÃO E REPROCESSAMENTO ATRAVÉS
DE MOVIMENTOS OCULARES (EMDR): VIVÊNCIA DE PACIENTES
ADULTOS VÍTIMAS DE TRAUMAS EMOCIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde, à Faculdade Pernambucana de Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia da Saúde.**

Orientador: Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa.

Área de concentração: Avaliação Psicológica e Promoção de Ações em Saúde.

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

M217u Maia, Teuman de Marillac Alves Fôñseca

Uso da dessensibilização e reprocessamento através de movimentos oculares (EMDR): vivência de pacientes adultos vítimas de traumas emocionais. / Teuman de Marillac Alves Fôñseca Maia; orientador Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa. – Recife: Do Autor, 2020. 172 f.

Dissertação – Faculdade Pernambuco de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde, 2020.

1. Trauma emocional. 2. Intervenções psicoterápicas. 3. EMDR. I. Barbosa, Leopoldo Nelson Fernandes, orientador. II. Título.

CDU 159.9

Teuman de Marillac Alves Fonseca Maia

**USO DA DESSENSIBILIZAÇÃO E REPROCESSAMENTO
ATRAVÉS DE MOVIMENTOS OCULARES (EMDR):
VIVÊNCIA DE PACIENTES ADULTOS VÍTIMAS DE
TRAUMAS EMOCIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde, à Faculdade Pernambucana de Saúde, como requisito parcial par obtenção do título de **Mestre em Psicologia da Saúde.**

Área de concentração: Avaliação Psicológica e Promoção de Ações em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

(Profa. Dra. Mônica Cristina Batista de Melo)

(Prof. Dr. José Roberto da Silva Júnior)

Recife
2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, especialmente aos meus pais e marido, pelo apoio e compreensão, quando em minhas ausências, estiveram com amor e paciência me incentivando e sendo parceiros em todos os projetos de minha vida.

Sendo extensivo aos amigos e colegas profissionais que me incentivam quando faço escolhas que ampliam meu arcabouço teórico e formação acadêmica contínua.

E aos pacientes, clientes e parceiros, que ao longo desses anos, têm confiado em meu trabalho, oportunizando por em prática os conhecimentos adquiridos em cursos de formação e especialização. Pois, com o compromisso de oferecer o melhor me impulsionam na busca por atualizações que ampliam as possibilidades de poder ajudá-los na conquista de sua evolução enquanto seres humanos.



AGRADECIMENTOS

A Deus, por me manter **perseverante** na execução desse desafio trabalhoso, mas encantador, que é o mundo das pesquisas.

A todos da minha família, em especial, ao meu amigo e companheiro de muitas jornadas, por me apoiarem, **respeitando e compreendendo** as ausências que tive enquanto realizava essa atividade.

Ao meu estimado orientador, Prof. Dr. Leopoldo, que tornou possível a realização desse trabalho, **apoiando**, paciente, minhas manifestações e inquietudes e **servindo de exemplo, pela competência que nos inspira** a crescer todos os dias.

A todos os professores da FPS que, ao longo da formação, realizaram com cuidado, respeito e atenção a minha preparação acadêmica para execução final dessa atividade.

Aos **meus colegas** de curso que, ao longo da nossa formação, fomos nos aproximando e nos permitindo amar e ser amados sem medo de conviver, dividindo e somando experiências, partilhando sabedoria, sem deixar de respeitar nossas diferenças.

Amo todos vocês!

A Equipe de **funcionários da FPS** que se disponibilizou na organização do ambiente acadêmico, facilitando nossa estadia e reduzindo nosso cansaço.

A Adneide Nolasco, amiga, parceira e supervisora de EMDR, pela **preocupação e disponibilidade** em ajudar com orientações na organização e coleta dos dados.

A todos os profissionais que trabalham com EMDR, em Pernambuco e no mundo, que de alguma maneira, ajudaram na elaboração deste trabalho, em especial aos que **contribuíram de forma direta e incansável**, me ajudando a realizar as coletas das entrevistas juntos aos seus pacientes: Ana Rita Colobialle, Fátima de Paula, July Mary Rolim,

Lêda Souza, Maria José Maciel, Maria Solange V. Calado, Maria José Maciel Nina Paranhos, Roberta Machado, Simone Santos e Thalita Galvão Fonsêca.

A cada um dos pacientes que aceitaram, **com satisfação**, participar deste trabalho, respondendo a entrevista de forma atenciosa e comprometida.

E a todos que **confiaram e confiam em mim**, enquanto profissional da saúde que tem como compromisso aprender para oferecer o que há de melhor em nossa profissão.

*“O que transforma qualquer ato em algo
extraordinário é o fato de fazermos aquilo com o
coração e o que transforma qualquer vida numa
existência extraordinária é o fato de ser vivida com
amor”*

Mark Sanborn

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos
CN	Crença Negativa
CNS/MS	Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil
CP	Crença Positiva
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EEG	Eletroencefalograma
EMD	<i>Eye Movement Desensitization</i>
EMDR	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
INSERM	Instituto Nacional de Saúde e de Investigação Médica
MBL	Movimento Bilaterais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAI	Sistema de Processamento de Acelerado de Informações
PET scan	Tomografia por Emissão de Pósitron
REM	<i>Rapid Eyes Movement</i>
SPIA	Sistema de Processamento Acelerado de Informações
SUDS	<i>Subjective Units of Disturbance</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno do Estresse Pós Traumático
VOC	<i>Escale Validity cognition</i>

RESUMO

Introdução: A Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares (EMDR) é uma intervenção clínica psicoterápica que, em sua prática, promove modificações das informações mal processadas, que comprometem a vida de pacientes que viveram traumas emocionais. Com um protocolo de oito fases, têm proposto reduzir a intensidade do impacto emocional, criando possibilidades em rever o evento, modificando as crenças negativas e melhorando o funcionamento somatosensorial e psicossocial das pacientes vítimas de traumas emocionais. **Objetivo:** Compreender a vivência da psicoterapia em pacientes adultos vítimas de traumas emocionais com o uso do EMDR. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, onde participaram pacientes que estavam ou haviam realizado tratamento por EMDR. Os dados foram coletados através de um questionário semiestruturado, contendo informações sociodemográficas, sobre a história clínica e perguntas disparadoras, que contribuíram na busca da compreensão da vivência do tratamento por EMDR. Para o acesso aos participantes foi utilizado o método bola de neve, onde os participantes foram sendo indicados por especialistas da Associação Brasileira de EMDR, que atendem essa população. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa vide CAAE: 12336919.7.0000.5569. A análise dos dados foi realizada de acordo com a análise temática de conteúdo de Minayo. **Resultados:** Participaram do estudo 76 pacientes, de ambos os sexos, com idade média de 38 anos, sendo: predominantemente mulheres (76,06%); a maioria católica (50,70%); 53,52% com nível de ensino superior; 66,20% têm ou com trabalho remunerado; 69,01% residentes na cidade de Recife. Do total, 84,51% frequentam sessões semanais. Predominando 42,25% o diagnóstico de ansiedade. Onde 65,78% eram acompanhados por psiquiatras e destes, 32,89% usavam medicação específica ao seu diagnóstico, prescrito pelo psiquiatra responsável pelo acompanhamento clínico. Quanto à análise dos dados qualitativos foram identificadas 4 categorias: 1. A compreensão sobre o EMDR; 2. Mudança de Sentimentos, durante a vivência do EMDR e 3. A percepção de mudança comportamental, nas quais houve unanimidade nas respostas, afirmando haver percebido modificações experimentadas pelos pacientes; e 4. Potencialidades e fragilidades em relação a prática por EMDR, onde se percebeu que: quanto ao primeiro aspecto, os relatos afirmam ter ocorrido mudanças e os ganhos adquiridos ao reprocessar a experiência vivida no trauma, tanto emocionais e comportamentais. Quanto às fragilidades, percebe-se pouca compreensão em relação aos conceitos usados no processo e como este acontece internamente, havendo percepção da presença de ansiedade e de indução, por parte de alguns psicoterapeutas que tentavam induzir ritmo ao processo, com interpretações prévias, contrariando premissas defendidas por Shapiro. Os resultados são apresentados no formato de dois produtos. O primeiro, um artigo estruturado de acordo com as normas da revista *Psicologia & Saúde*, com título: *Tratando traumas emocionais com EMDR*. O segundo, um produto técnico educacional, no formato de um guia de orientação: *Noções básicas sobre a terapia por EMDR*. **Conclusões:** Por se tratar de um estudo destinado a compreender a vivência dos pacientes, percebemos que os objetivos aqui propostos foram atingidos de forma satisfatória, contudo suas limitações, não respondendo a todas as perguntas. No entanto, a população analisada demonstrou satisfação, frente às mudanças adquiridas em suas vidas após o tratamento, o que demonstra haver a necessidade de um contínuo investimento em pesquisas, que poderão beneficiar pacientes e interessados pelo EMDR.

Palavras Chaves: Trauma emocional. Intervenções psicoterápicas. EMDR.

ABSTRACT

Introduction: Desensitization and Reprocessing by Eye Movements (EMDR) is a psychotherapeutic clinical intervention that, in its practice, promotes modifications of poorly processed information, which compromise the lives of patients who have experienced emotional trauma. With an eight-phase protocol, they have proposed to reduce the intensity of the emotional impact, creating possibilities for reviewing the event, modifying negative beliefs and improving the somatosensory and psychosocial functioning of patients who are victims of emotional trauma. **Objective:** To understand the experience of psychotherapy in adult patients who are victims of emotional trauma with the use of EMDR. **Method:** This is a qualitative study, involving patients who were or had undergone treatment by EMDR. Data were collected through a semi-structured questionnaire, containing sociodemographic information, on clinical history and triggering questions, which contributed to the search for understanding the experience of treatment by EMDR. To access the participants, the snowball method was used, where the participants were indicated by specialists from the Brazilian Association of EMDR, who serve this population. The research was approved by the ethics and research committee, see CAAE: 12336919.7.0000.5569. Data analysis was performed according to Minayo's thematic content analysis. **Results:** The study included 76 patients, of both sexes, with a mean age of 38 years, being: predominantly women (76.06%); The majority Catholic (50.70%); 53.52% with higher education level; 66.20% have or with paid work; 69.01% residing in the city of Recife. Of the total, 84.51% attend weekly sessions. Predominating 42.25% the diagnosis of anxiety. Where 65.78% were monitored by psychiatrists and 32.89% of them used medication specific to their diagnosis, prescribed by the psychiatrist responsible for clinical monitoring. Regarding the analysis of qualitative data, 4 categories were identified: 1. Understanding the EMDR; 2. Change of Feelings, during the EMDR experience and 3. The perception of behavioral change, in which there was unanimity in the responses, claiming to have noticed changes experienced by the patients; And 4. Potentials and weaknesses in relation to the practice by EMDR, where it was noticed that: as for the first aspect, the reports claim that changes and gains were gained from reprocessing the experience lived in trauma, both emotional and behavioral. As for the weaknesses, there is little understanding in relation to the concepts used in the process and how it happens internally, with the perception of the presence of anxiety and induction by some psychotherapists who tried to induce rhythm to the process, with previous interpretations, contradicting assumptions Defended by Shapiro. The results are presented in the form of two products. The first, an article structured according to the standards of *Psicologia & Saúde* magazine, with the title: Treating emotional traumas with EMDR. The second, an educational technical product, in the form of an orientation guide: Understanding EMDR therapy. **Conclusions:** As this is a study designed to understand the experience of patients, we realize that the objectives proposed here were achieved satisfactorily, however their limitations, not answering all questions. However, the population analyzed showed satisfaction, in view of the changes acquired in their lives after treatment, which demonstrates the need for continuous investment in research, which may benefit patients and those interested in EMDR.

Keywords: Emotional Trauma; Psychotherapeutic interventions; EMDR.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Contribuições das Neurociências para Psicologia da Saúde	14
1.2 O Psicólogo Clínico e Possibilidades de Intervenção	27
1.3 Trauma Psíquico e Conflitos Emocionais	29
1.4 O EMDR	32
1.4.1 Sistema de processamento acelerado de informações a estados adaptativos	33
1.4.2 Memórias bloqueadas.....	39
1.4.3 Processamento da memória do trauma	40
1.4.4 Progressão por redes de memória e os movimentos bilaterais.....	42
1.4.5 Mecanismos por meio dos quais se dariam à ativação e facilitação do processamento ..	44
1.4.6 O protocolo padrão de oito fases do tratamento por EMDR	46
2 OBJETIVOS	54
2.1 Objetivo Geral	54
2.2 Objetivos Específicos	54
3 MÉTODOS	56
3.1 Desenho do estudo.....	56
3.2 Local do estudo.....	57
3.3 Período do estudo	57
3.4 População do estudo	58
3.5 Critérios de inclusão e exclusão da pesquisa	58
3.6 Amostra.....	58
3.7 Instrumentos de coleta de dados	59
3.8 Procedimento e processamento para coleta de dados	60

3.9 Análise dos dados	61
3.10 Aspectos éticos	62
4 RESULTADOS	63
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
6 REFERÊNCIAS	148

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

APÊNDICE 3 - ENTREVISTA

ANEXOS

ANEXO 1 - PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3343820.pdf

ANEXO 2 - REVISTA PSICOLOGIA & SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, uma pesquisa demonstrou que o comportamento e o estilo de vida dos indivíduos podem ter um impacto significativo sobre o desenvolvimento ou a exacerbação das doenças. Como especialistas em comportamento e saúde, os psicólogos têm se dedicado ao desenvolvimento e implantação de programas voltados para o aumento da frequência de comportamentos compreendidos como saudáveis, promovendo dispositivos para psicoeducação como encontros para debates e esclarecimento, cartilhas informativas, eventos sociais que falem sobre a doença, informando sobre manejos interventivos que possam gerar uma melhora no quadro clínico e assim, promovendo saúde dos pacientes e seus familiares.¹

Ricardo Ceccim² no que se refere aos cuidados com a saúde, , propõe uma prática onde haja “interdisciplinaridade, por considerá-lo como “um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável”. Nesta, a prática terapêutica se transformaria em uma clínica mestiça, envolvendo a participação de vários profissionais; ou nômade, onde todos pudessem ampliar seu campo de ação, contribuindo com os demais. Assim, todos os potenciais seguiriam buscando manter-se sempre se atualizando, em uma transformação permanente.

No Brasil, as instituições de saúde constituem um novo campo de atuação para os psicólogos. O interesse por esta área surge da necessidade de entender e compreender o processo saúde/doença em uma dimensão biopsicossocial para se pensar na melhor forma de intervir, sobre todos os contextos, nos quais os indivíduos estão expostos a diferentes doenças e a condições de saúde inadequadas.³

A Psicologia da Saúde é uma área recente, desenvolvida principalmente a partir da década de 70, cujas pesquisas e aplicações buscam compreender, para poder melhor atuar, a interrelação dos fenômenos: comportamento e saúde, bem como, a dimensão do

comportamento e das doenças, mantendo-se interessada na forma como o sujeito vive e experimenta o seu estado de saúde ou de doença, seja na relação consigo, com os outros, bem como com o mundo². Objetivando o como fazer para que as pessoas incluam em seu projeto de vida, atitudes e comportamentos ativos, em busca da promoção da saúde e na prevenção em relação à doença. Sempre visando aperfeiçoar técnicas de enfrentamento, seja no processo de ajustamento ao adoecer; à doença e às suas eventuais consequências.³

1.1 Contribuições das Neurociências para Psicologia da Saúde

As neurociências constituem uma das áreas do conhecimento na área biomédica, que usa os achados e dados empíricos, a fim de esclarecer como funciona o sistema nervoso em sua abrangência total, a partir de subáreas, como: neuroanatomia, neurociência cognitiva, neurofisiologia, neuroendocrinologia, neurodesenvolvimento, neuropsicofarmacologia; neuroimageamento e a psicologia evolucionista.⁴

Ribeiro⁴ comenta que, os Estados Unidos foram considerados o país, na década de 1990, que se dedicou as pesquisas referentes aos estudos do cérebro, despertando interesses e investimentos financeiros, em pesquisas que buscavam possibilidades para compreender mecanismos referentes às emoções, pensamentos e ações; às doenças e loucuras; ao aprendizado e esquecimento; aos sonhos e imaginação, desde sua simples definição, até a forma como se constituem.

No Brasil, as neurociências aumentaram a esperança de vida que passou de 60,5 anos, em 1980, para 74,1 anos, em 2011, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁵. Ficando assim considerada como o tempo do cérebro. Neste período, a população demonstrou um maior interesse por toda divulgação que tratava sobre o tema, na busca de compreender e se inteirar das informações fornecidas a respeito das doenças

neurodegenerativas. As pesquisas básicas e translacionais receberam incentivos, passando a transformar descobertas feitas em laboratório em soluções terapêuticas eficazes.⁴

O acesso aos novos conhecimentos e às técnicas advindas das neurociências promove um maior aprofundamento sobre a natureza e o funcionamento do ser humano, gerando possibilidades de reflexões baseadas em investigações científicas, que buscam compreender o funcionamento do cérebro humano, gerando possibilidades em se aproximar da compreensão da natureza e da conduta humana, promovendo, assim, mais oportunidades de criação de novas estratégias de ações mais eficazes.⁴

Azize⁵ alerta, contudo, sobre a quantidade excessiva de divulgações produzidas sobre a beleza do funcionamento do cérebro humano. É importante conhecê-lo quando o intuito for adquirir conhecimento para gerar ações eficazes. No entanto, ressalva que se evitem exageros, tais como: de que tudo pode ser explicado pelo viés do cérebro, para que não sejam negados outros aspectos importantes, como a ética e as questões socioculturais. Sugerindo ainda que, quando for buscar compreendê-lo, não se caia na tentação de transformar as informações existentes, nas causas e nas respostas, a todas as questões que envolvam o ser humano.

Outros autores como Barros³, Martins e Rocha Júnior⁶ e Ferreira-Neto e Penna⁷, chamam a atenção dos psicólogos para que pensem a respeito da conduta em relação aos escritos neurocientíficos, ressaltando que o importante é que levem apenas em consideração os diferentes níveis sintomáticos, tais como: as queixas ansiogêneas, que podem gerar quadros de ansiedades; as depressogênicas, que denunciam que existem distorções no processamento das informações; as somatoformes, que são manifestadas por paciente que tem mais de uma queixa somática, geralmente acompanhada por pensamentos excessivos, sentimentos e atitudes, em relação aos sintomas que possui; os casos de pacientes que apresentam preocupações excessivas em relação à doença ou com o tratamento; assim como,

os casos que apresentem representações de disfuncionalidades física e orgânica, quando forem selecionar e aplicar metodologias clínicas diferenciadas.

Morin⁸ pensa que o ser humano deve ser revelado levando em conta toda sua complexidade, pois, este só se realiza como ser humano, quando inserido e modificado na cultura e pela cultura. Para o autor, não existe cérebro e mente, sem cultura e cultura sem cérebro humano. E Considera haver uma tríade, qual seja: 1) Trata-se do órgão biológico responsável pelo agir, perceber, aprender e saber; 2) a mente é responsável pela capacidade de consciência e pensamento; e 3) a cultura, é onde contribui com surgimento do cérebro.

Damásio⁹ ressalta a importância de se investigar a forma como os pensamentos desencadeiam as emoções e as repercursões sofridas pelo corpo, elucidando que todas essas questões compõem a mente. Essas duas manifestações se apresentam como se fossem aparentemente separadas de um organismo que na realidade é único, integrado e particular.

Na perspectiva do cuidado, cujo objetivo consiste em oferecer o que há de melhor para os pacientes, vale salientar que é importante um investimento em busca de uma melhor compreensão a respeito das estruturas e funcionamento do cérebro humano no momento do trauma, pois, em uma pesquisa realizada por Carrion, Wong & Kletter¹⁰, os autores afirmaram que, após o trauma o cérebro registra e sofre consequências neurobiológicas para o resto da vida.

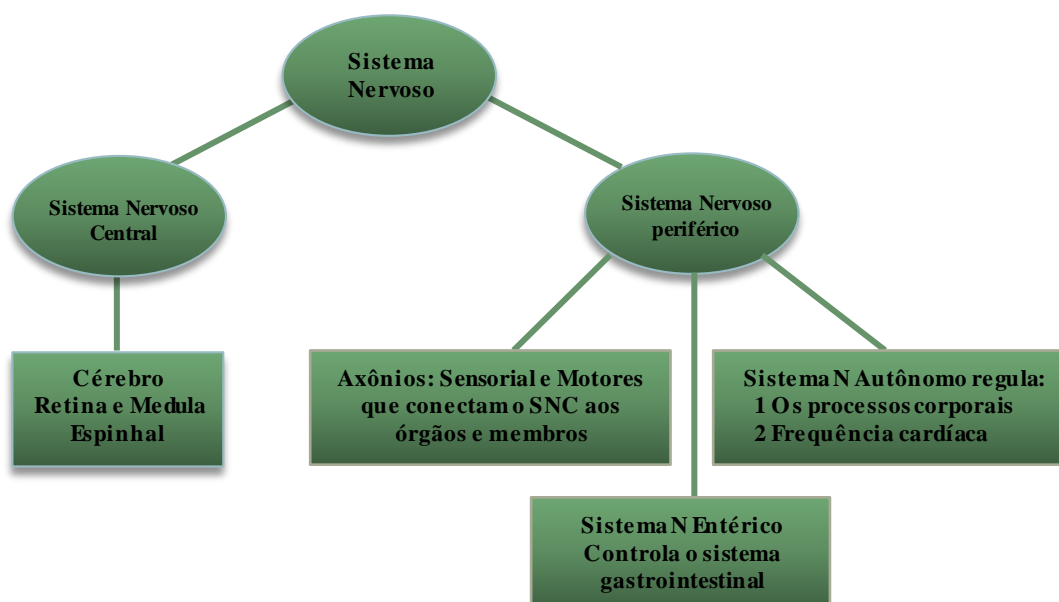
Sabe-se que o cérebro humano é uma estrutura complexa, composta por diferentes partes, cada qual com subpartes e zonas, que foram se especializando ao longo da evolução humana. Possuindo uma variedade de formas de conhecimento, desenvolvidas e alojadas em distintas áreas cerebrais que se entrelaçam e estabelecem contribuições contínuas entre si. Quanto à localização dessas estruturas existentes, vale salientar que, quando for referido uma localização anatômica, será posta, para facilitar a compreensão de forma metodológica, para que se tenha compreensão da estrutura, considerando sempre que o

cérebro é um órgão dinâmico.

Vale ressaltar que o cérebro possui várias áreas especializadas, associadas com sentidos específicos e outras mediando saídas motoras específicas, ou seja, o comportamento. Tentar compreender esta estrutura requer ter conhecimento a respeito de suas especificidades. Como pensou Vygotsky¹¹, ao citar que a tarefa implicará do pesquisador é não ficar preso em descobrir quais são as áreas precisas de localização cerebral para cada uma dessas atividades mentais, mas buscar, na realidade, compreender quais grupos de zonas de trabalho do cérebro são responsáveis pela sua execução.

A figura abaixo representa uma síntese de como o Sistema Nervoso Funciona¹², pensando em uma descrição metodológica baseada nas funções dos neurônios:

Figura 1 - Divisões do Sistema Nervoso Baseadas nas Funções dos Neurônios



Fonte: A partir de Kandel¹²

Um dos elementos básicos do cérebro são os neurônios. Eles são células que processam as informações advindas dos estímulos externos e internos, através de quatro tipos básicos de células funcionais: 1. Os neurônios sensoriais, que detectam energia e substâncias

de dentro e de fora do nosso corpo, informando ao cérebro a partir dos sentidos; 2. Os neurônios motores, responsáveis pelo movimento. Sabe-se que nosso corpo executa dois tipos de movimentos: (a) voluntários, envolvidos nos reflexos e controlados pelo sistema nervoso, que contraem os músculos e medeiam comportamentos; (b) Involuntários, que controlam o sistema digestório; e outros neurônios de outras saídas, estimulando órgãos e glândulas; 3. Os neurônios de comunicação, que transmitem sinais de uma área a outra do cérebro; e 4. Os neurônios de associação, que extraem e processam informações advindas dos sentidos, comparando-as com as existentes na memória, utilizando-os para planejar e realizar um comportamento.¹³

Cada neurônio tem dois tipos de ramos: os dendritos, que recebem estímulos e informações de outros neurônios; e, os axônios, que ficam responsáveis pelas saídas das informações para outros neurônios. A comunicação interneurônios é feita por eletricidade através do corpo celular, que converte a corrente elétrica em um conjunto de impulsos enviados pelo axônio a outros neurônios. Estes circuitos locais realizam associações neurais em entradas para o circuito e enviam os resultados para outros circuitos, como saídas através de projeções neurais. A maioria dos neurônios é interneurônio de associação, que recebe informações de uns neurônios e repassa para outros neurônios.¹³

O neocórtex, camada externa do cérebro, é tão grande que cobre completamente o cérebro, exceto a parte do cerebelo. Ele distingue os mamíferos de todos os outros animais. Permitindo que a maioria das atividades mentais complexas que o indivíduo quer fazer e, muitas decisões, aconteça sobre a regência da inteligência, gerando um nível de comportamento avançado, como o comportamento social, a linguagem e o alto nível de consciência.^{12, 13}

As partes chaves do neocórtex são compostas por quatro lóbulos principais (frontal, parietal, temporal e occipital) e são divididas por sulcos (rachaduras, conhecidos

como giros) e cumes. Os sulcos, em algumas áreas, separam os lobos corticais ou funções e em outras áreas, no cérebro, permite a interação de umas com as outras.^{12,13}

O lobo frontal do neocórtex, estando nos arredores externos do límbico, age como controlador dos controladores, mediado pela complexa função de memória operacional de várias camadas de áreas corticais pré-frontais, que nos permite fazer planos complexos e compostos por várias etapas. Contendo quatro importantes áreas funcionais. As duas primeiras são: o centro primário anterior e áreas pré-motoras e motoras suplementares, que estão envolvidas com a iniciação dos movimentos voluntários, ou seja, aqueles que dependem de nossa vontade; a terceira é a área de broca, geralmente localizada no hemisfério esquerdo, tendo grande importância na produção da escrita e da linguagem falada; e o córtex pré-frontal é responsável por controlar o nível mais abstrato do planejamento e metas e está relacionado com a personalidade.^{12, 13}

O lobo parietal contém neurônios responsáveis por receber informação sensorial da pele e da língua, e processa informações sensoriais das orelhas e dos olhos emitidas pelos outros lobos. As principais entradas sensoriais da pele, advindas do toque, temperatura e receptores de dor, são transmitidas pelo tálamo ao giro imediatamente posterior à fissura central, composta no cérebro. Sendo assim, para se realizar uma tarefa motora, como pegar em um pente para pentear o cabelo, se faz necessária uma alta sensibilidade ao toque para guiar a ação e o controle diferenciado.^{12, 13}

O lobo occipital, possuidor de mapas visuais derivados de V1 (V2, V3 e assim por diante), é dedicado a processar a visão e as entradas visuais que são enviadas através da retina por meio do tálamo, ao cérebro. O sentido da visão é processado através de projeções destas áreas superiores do lobo occipital, para outras áreas nos lobos parietal e temporal, dependendo do processamento anterior, feito pelo lobo occipital.^{12, 13}

Já o lobo temporal é responsável por combinar a informação auditiva e visual.

Localizado, anatomicamente, na parte superior e medial do lobo temporal, recebe entrada auditiva da parte do tálamo que transmite informações das orelhas; enquanto que, a parte inferior do lobo temporal faz processamento visual para reconhecimento de objetos e padrões. Já as partes medial e anterior estão envolvidas em reconhecimento visual de alta ordem, como, por exemplo, no reconhecimento de faces, ressaltando que para que haja o reconhecimento se faz necessário acessar a memória.^{12, 13}

O tálamo é o componente responsável pela regulação da consciência, do sono e do estado de alerta, ele auxilia o cérebro a interagir com as outras partes, controlando detalhes como, por exemplo, para onde dirigimos o olhar. Já o hipotálamo¹¹ está ligado às funções vegetativas, ficando responsável pelo controle das funções homeostáticas do corpo, como temperatura e ciclos circadianos. Contudo, ambos são responsáveis pelo comportamento associado às emoções de prazer e raiva e são responsáveis pela ansiedade e estados desregulados, como pânico e euforia.^{12,13}

O tronco cerebral¹³, através do hipotálamo, tem como principal função buscar a homeostase, atividade exercida pelo sistema nervoso autônomo, através dos sistemas simpáticos e parassimpáticos, que buscam o equilíbrio, modelando, automaticamente, enquanto regula os estímulos externos e internos¹². Enquanto que giro do cíngulo cuida da percepção dos odores, das memórias agradáveis e também àquelas ligadas a dor, enfim por quaisquer emoções, regulando inclusive, os comportamentos agressivos. Conectado com estruturas corticais, tem como responsabilidade realizar a análise do conteúdo vivencial, participando de forma direta do planejamento das ações e dos movimentos executados pelo indivíduo, enquanto favorece, a partir das emoções afetivas, a interação do ser humano com demais.

Quanto à sua divisão, o cérebro é composto por dois hemisférios: esquerdo e direito. O primeiro, em humanos, recebe a maioria das entradas e controla principalmente o

lado direito do corpo. Especializado para linguagem, tendo o raciocínio baseado em regras e habilidades analíticas, processando os detalhes. Quanto ao hemisfério direito, conhecido como o da não linguagem, este lida com o lado esquerdo do corpo, tendo maior habilidade em reconhecer padrões visuais e tipos de percepção mais holística, absorvendo o cenário geral. Estando ambos, conectados por feixes de fibras, chamado de corpo caloso, quando envolvidos em uma tarefa, lidam de forma harmônica, usando estratégias de dividir e conquistar a ação a ser executada.^{12,13}

Abaixo do neocórtex há várias áreas subcorticais importantes, compostas por núcleos filogeneticamente antigos, formadas por várias estruturas importantes: o chamado sistema límbico, que é responsável pelas emoções. Para entendê-lo é importante se ter informação a respeito do seu funcionamento anatômico, de como é composto buscando compreender alguns componentes de sua estrutura.¹³

Localizado na parte mais interna do cérebro, área subcortical, surgiu com o desenvolvimento humano na busca pela sobrevivência. Sendo composto por partes envolvidas de maneira importante nos registros e processamentos de eventos e respostas emocionais¹². A amígdala, uma das demais partes – que tem como função primordial regular o sentido do afeto, por exemplo – participa das respostas e processamentos das memórias emocionais¹¹. Um estudo de neuroimagem desenvolvido por Weber e citado por Lent¹³ sugere que a sintomatologia do trauma grave está associada à desregulação da amígdala. Enquanto que o hipocampo, também reconhecido como a sede das memórias, tem como principal função o processamento das memórias cognitivas.

A amígdala, localizada em frente ao hipocampo, está envolvida com o processamento emocional, interagindo com uma área do córtex pré-frontal, chamada orbitofrontal, tem como função gerar e processar as principais emoções, como: raiva, felicidade, nojo, surpresa, tristeza e medo. Vale salientar que, pessoas que sofreram danos na

amígdala têm habilidades reduzidas ao regir e evitar situações que provocam medo. Ela interage também com a parte mais anterior do córtex cingulado, área responsável pelo monitoramento do progresso, em direção ao qualquer objetivo que se busque atingir, é responsável por gerar sinais de aviso para que novas estratégias sejam tomadas, mediante quaisquer situações que necessitam de mudanças.^{12, 13}

Os glânglios basais são estruturas límbicas cruciais na organização, planejamento e execução dos movimentos, interconectados com o tálamo e o neocórtex são responsáveis por controlar o comportamento. Enquanto que o mesencéfalo, a ponte, o bulbo e o cerebelo fazem a transição das informações entre o cérebro e a medula espinhal, controlando comportamentos, tais como: coordenação de locomoção, movimentos dos olhos, e a regulação da homeostase corporal, como respiração, frequência cardíaca e temperatura.^{12, 13}

Outros autores, como Fuster¹⁴ e Goldberg¹⁵ argumentam que o córtex préfrontal é considerado a parte mais moderna, filogeneticamente falando, do cérebro. Localizado nas regiões do lobo frontal, anteriores ao córtex motor primário, possui papel essencial na formação de metas e objetivos. Participando das etapas de planejamento de estratégia de ação, necessárias à consecução destes objetivos; selecionando as habilidades necessárias para a implementação dos planos e da coordenação das mesmas, para que sejam aplicadas de maneira adequada. Sendo também responsável, mais diretamente, pela avaliação das ações, destinadas a um determinado objetivo, conceituando-as como ações de sucesso e fracasso.

Goldberg¹⁵, por sua vez, falando de uma forma mais ampla, evidencia que a função dos lobos (frontal, parietal, occipital e temporal) na realidade, é mais metacognitiva, do que cognitiva isto porque, os lobos não possuem nenhuma habilidade mental específica, por estarem todos envolvidos nas ações realizadas pelo homem.

Quanto às questões referentes à maturação, à organização funcional e ao desenvolvimento do cérebro humano, refere Ribeiro⁴ que, dois grandes estudiosos merecem

destaques, são eles: Lúria e Vygostky. Suas contribuições estão mais relacionadas à trama conceitual, intrincada e complexa, tanto na compreensão de conhecimentos, quanto das habilidades envolvidas no processo de aprendizagem. Se dedicando mais especificamente, ao estudo dos processos mentais, nos quais estão incluídos: sensações, percepções, pensamentos, linguagens e memórias, compreendidos como sistemas funcionais complexos.

Para eles, esse processo ocorre como consequência de movimentos manipulativos que se condensaram, adquirindo, em sua dinâmica, o caráter de ações mentais internas ligados a imagens do mundo exterior e quando mediatizados por ajudas externas, sempre de forma dinâmica e contínua, concretizam-se em aprendizagens.

Lúria¹⁶ defende e fundamenta que existe um Sistema Funcional, composto por três importantes unidades responsáveis: 1) pelo tom cortical necessário; 2) pela análise e síntese da informação recebida e 3) pelos movimentos de busca, que dão o caráter ativo à conduta perceptiva.⁴

Quanto à dinâmica do comportamento humano¹⁶, existe por trás, um sistema sensorial que serve de base para que aconteça o desenvolvimento e a aprendizagem, fruto da intercomunicação estabelecida entre as variadas redes de informações dispersas pelo corpo, que ao entrar em contato com o estímulo, geram sensações que estimulam e ativam as células nervosas, dando início ao processo neurológico, gerando respostas macro (movimentos longos), micro (movimentos pequenos), oro (envolvendo aspectos relacionados com articulação da boca) e grafomotoras (desenhos, escrita), sendo as três últimas, específicas do ser humano.¹⁷

A organização dessas sensações culminará no desenvolvimento evolutivo humano, de forma adaptativa e integrada que, ao fornecer ao cérebro às condições de captação dos estímulos, a partir do corpo, no universo extrassomático, resulta em uma complexa integração e associação intraneurosensorial, gerando evolução do processo

informativo, tendo como resultado uma motricidade flexível e eficaz⁴.

Então, para que aconteça o processo de construção do conhecimento, tanto o Luria¹⁸ como Vygotsky¹⁹ supõem que, é necessário que haja integração das sensações, percepções e representações mentais. Porque, estando em interação constante com o mundo e sendo um sistema aberto, o cérebro vai buscando se adaptar as condições existenciais, transformando suas estruturas e mecanismos de funcionamento ao longo desse processo de interação. Não sendo possível, com esta perspectiva, pensar no cérebro como sendo um sistema fechado, com funções pré-definidas, que não se alteram, quando estabelece uma relação existente entre homem e o mundo.

Quanto às questões ontogenéticas, a integração sensorial humana, que se inicia no útero materno, serve de pré-requisito para o surgimento, desenvolvimento e aprendizagem os quais se prolongam através das aquisições que geram os gestos, a visão e as palavras, aprendidas no meio o qual se desenvolvem⁴. O comportamento humano, e como acontece o processamento do pensamento, é visto como um ato de inteligência humana. Que remete a dois atributos: memória episódica e linguagem, estas são funções do cérebro que, ao tentar constantemente manter organizado esse sistema de comunicação interna, promove o processamento das informações através e, com milhões de informações já existentes, na rede de memória.

A linguagem, associada à inteligência humana, é definida como uma sequência de sinais com uma gramática complexa, que nas pessoas destras ficam mais ativadas no hemisfério esquerdo, por ser capaz de conduzir uma conversa sobre experiências recentes¹³.

Quanto às memórias, resultado de como o cérebro armazena, processa e evoca as informações e sinais vindos de áreas externas e internas dos diversos órgãos, nos ajudando na forma como vamos analisar, orientar e agir no mundo, para nos resguardar de situações existentes, que nos ameace, ou favorecendo a análise de confiança, impulsionando-nos à

novas oportunidades. Existem alguns tipos de memórias: 1. Memória sensorial; 2. Memória de curto prazo; e 3. Memória de longo prazo, que são processadas em diferentes partes do cérebro, podendo ser compreendidas de acordo com o tempo de duração da informação²⁰.

A memória sensorial armazena informações dos sentidos, guardando-as com precisão. Funciona como um filtro, evitando que seja desperdiçado tempo com coisas inúteis. Faz parte do nosso sistema de percepção, para reconhecer padrões, determinando se o sinal deve ou não ser armazenado^{12, 13;20}.

A memória de trabalho de curto prazo serve como armazenamento temporário, frente às ações que estão sendo manipuladas quando executamos algo no cotidiano, e envolve o córtex préfrontal. Enquanto que a memória de longo prazo, de caráter permanente, tem tempo de duração maior, podendo vir a enfraquecer com o tempo, ficando mais difícil de ser acessadas. Existe m pelo processo cognitivo feito em nossa memória de trabalho, feitas pelas novas associações realizadas, gerando novo significado às informações existentes.^{12, 13}

A memória episódica é a memória de eventos autobiográficos, que pode ser explicitamente declarada e está relacionada a um evento específico, que aconteceu em determinado local e tempo. Enquanto que a memória semântica permite aos humanos se comunicarem através da linguagem, arquivando informação sobre as palavras, por ser associativa, envolve o conhecimento geral dos fatos ou associações.^{12,13,20}

Toda informação gera novas respostas adaptativas que possibilitam a integração dessas novas mensagens ao repertório de informações e conhecimentos preexistentes em cada indivíduo. Dando, ao homem a capacidade de agir, acomodar-se, diferenciando-o entre os demais no mundo.

Analisando a importância do que aqui foi citado, percebe-se que as falas retratadas, no *setting* terapêutico, como o conteúdo psicológico, são conteúdos referentes às memórias. Alguns estudiosos como Kandel, Dudai e Mayford²¹ e Izquierdo²⁰, definem a

memória como sendo a capacidade que o cérebro possui em adquirir, arquivar e evocar informações aprendidas após terem sido aprendidas, como afirmam Izquierdo²⁰ e Squire e Kandel.²²

McGaugh²³ e Schacter²⁴ reforçam, em seus estudos, a importância que as memórias possuem para o homem, por serem cruciais para o comportamento de sobrevivência e adaptação ao meio em que se vive. Formadas pela atividade de células neurais, são mantidas por um complexo sistema de redes de neurônios, podendo ser moduladas pelo nível de concentração, pelas emoções e pelo estado de ânimo, como ressaltam os estudos de Giese e Mizuno²⁵, de Izquierdo²⁰ e de Kandel, Dudai e Mayford.²¹

Os conteúdos, evocados nas sessões de terapia, são as memórias autobiográficas, como explica Jaffard²⁶. Sendo, portanto, mais uma função “inteligente”, no qual permite ao homem se aproveitar das experiências passadas para resolver os múltiplos problemas no cotidiano. Eles compõem uma diversidade de aptidões que possui desde o simples reflexo condicionado, até a lembrança de outros fatos vividos. Podendo conseguir fazer uso, por exemplo, de “regras para antecipar acontecimentos”, para manter a própria identidade.

A diferença existente entre memória e história está relacionada à sua função. Onde a função da História, basicamente, é se ater aos fatos ocorridos no mundo, descrevendo o máximo de detalhes, com uma variedade de sutilezas, facilitando sua compreensão. Enquanto que, no caso da Memória, esta não tem a mesma formatação e compromissos com verdades, de tempo e espaço. Ela vai se formando de forma singular, muitas vezes repetitiva, anacrônica. Sendo construída por lembranças de fatos vividos, apreendidos, falsos ou verdadeiros, que surgiram gerando pensamentos.²⁵

Vygotsky¹⁹, por sua vez, reforça e destaca a importância da interação do homem no social e das repercussões em que essas relações podem vir a agregar valores ao homem, resultando em comportamentos. Destacamos que seu estudo, tendo como objetivo estudar as

interrelações entre as funções humanas e suas bases biológicas, serviu como base para o surgimento da neuropsicologia.

É importante que se postule aos psicoterapeutas para ficarem atentos ao observar o argumento interpretativo que é trazido pelo paciente e como este se apresenta enquanto “conteúdo de memória”. Fazendo necessário que sejam observados os episódios emocionais ou traumáticos, muito além do que se é expresso por palavras. Para se promover uma clínica eficaz, se faz necessário expandir a compreensão do indivíduo traumatizado sobre a relação existente entre o conteúdo emocional e a dinâmica psicológica que mantém o sofrimento⁴, concomitante com a expressão apresentada pelo corpo.

1.2 O Psicólogo Clínico e Possibilidades De Intervenção

Dutra²⁷, ao falar das práticas clínicas imbricadas com o contexto social, sugere que se faz necessário que o profissional busque sempre uma articulação concreta entre a clínica e o social. Levando-se em conta o conteúdo da fala, associando ao contexto no qual o sujeito está inserido. E acrescenta que, uma observação acurada das práticas clínicas e das pesquisas e/ou intervenções permite que se questione outras práticas e demandas ainda não observadas e/ou descritas. A intervenção clínica não necessariamente exige que se considere o contexto, mas que se teça reflexão sobre este. Gioia-Martins e Rocha Junior citados por Fernandez e Fernandez¹⁷, refletindo a respeito da Psicologia Clínica, comentam sobre a necessidade de se pensar sobre a função social do psicólogo. Validando os limites e as possibilidades dessa área na atualidade, sugerem, inclusive, que saiam de suas clínicas privadas, no intuito de ampliar o interesse pela área da saúde.

Ferreira Neto e Penna⁷, no intuito de fazer referências à clínica com a ética, buscam se fundamentar, localizando-se em um campo teórico-referencial, provocando uma

discussão, em que qualquer debate a respeito, parte da epistemologia para a ética, na medida em que a clínica deixa de ser apenas um local para se fazer intervenção, e se amplia para um campo que oferece espaço ético de subjetivação, o qual poder ser compreendido como um lugar onde se produz mais subjetividade, transformando-se, portanto, em um dispositivo ético de subjetivação.

As concepções aqui explícitas dão embasamento a uma prática clínica que necessita de um novo olhar no enfoque teórico, que deve ser desenvolvido na formação dos psicólogos clínicos durante a graduação. Ao escolherem essa área, estes terão que adotar referenciais teóricos que contemplem a noção de subjetividade como resultante de uma construção social e histórica¹⁷. Sua função, enquanto psicólogo, será a de mediar a reaproximação do paciente com sua história de vida¹⁷, com um propósito de ajudar a diluir as invariáveis barreiras que o aprisionam, provocando sensações de medo, insegurança, mágoa e, deixando-o adoecido.

Ao se pensar em uma proposta de intervenção psicoterápica é mister que se faça uma reflexão sobre o que de fato pode ser considerado normal e patológico. Considerando que algumas referências do discurso da Biomedicina, que se devotando a compreensão do comportamento humano, traz na Psiquiatria, o papel de acolher o sofrimento e a expressão muitas vezes desorganizada da dor humana.¹⁷

A Medicina, por sua vez, ajudou na composição e criação de critérios de avaliação, por exemplo, nos Estados Unidos, um Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)²⁸, hoje na quinta edição, que serve para codificar e classificar os sintomas dos indivíduos com um único objetivo, segundo os idealizadores: melhorar a utilidade do DSM- 5, que deve ser usado como um guia tradutor dos sintomas, com critérios de diagnóstico de transtornos mentais, que irão gerar formas de tratamentos.

Para o psicólogo clínico o uso do DSM V contribui na ajuda da avaliação prévia,

tendo como objetivo adequar a proposta de seu trabalho direto à demanda do doente/paciente que, muitas das vezes, chega ao consultório sem domínio de seu autocontrole. E, a partir desse instrumento, poder construir um plano de tratamento e realizar encaminhamentos para outro profissional, que atue na prescrição de medicamentos. Tendo, assim, como conduzir o tratamento, fundamentado em critérios e paradigmas.¹⁷

Quanto ao uso de medicamentos, às vezes necessário ao se realizar uma avaliação diagnóstica, fez com que Ribeiro⁴ alertasse a respeito do advento da psicofarmacologia e o desenvolvimento da indústria farmacêutica. Mostrando, de certa forma, o quanto houve de aumento quantitativo de pessoas, que passaram a fazer uso de remédios diariamente.

A coordenação das perspectivas acima, sugerem que se faz importante considerar a preparação interventiva, onde se crie uma possível proposta que desenvolva uma melhor comunicação entre médico-doente, de forma que juntos, consigam criar uma maneira de melhor compreender a história da dor, dos traumas emocionais. ¹⁷

1.3 Trauma Psíquico e Conflitos Emocionais

“Trauma”, em sua raiz etimológica grega, significa uma lesão causada por um agente externo²⁸, gerando mágoa, dor ou sofrimento. Esse conceito migrou ao campo psicológico e, conseqüentemente, supõe-se que um trauma ocorre, quando as defesas psicológicas naturais são transgredidas. Sobre o assunto, Peres, Mercante e Nasello²⁹ destacam que Freud caracterizou o trauma como um afluxo de excitações excessivas em relação à tolerância do indivíduo e de sua capacidade de dominar e de elaborar tais excitações. A maneira como as pessoas processam o evento estressante é determinante para que o trauma seja configurado ou não. Sendo assim, a caracterização de um evento como traumático não depende somente do estímulo estressor, mas da maneira como o

processamento perceptual foi estabelecido.

No século XVIII Descartes aludia a premissa de que as funções mentais existiam separadas do corpo. No entanto, com a continuidade e o avanço nas pesquisas, essa ideia perdeu sua validade, sendo substituída por uma nova compreensão de que o corpo é um acumulador e preservador das experiências físicas e emocionais vividas por cada um, desde o início de sua existência intrauterina, findando com sua morte.³⁰

Em uma perspectiva ontogenética evolutiva, Marty considera que ao tratar do desenvolvimento do ser humano, é importante levar em consideração que se trata de um contínuo especializar-se e diferenciar-se de órgãos e funções, rumo a uma complexidade crescente, reforçando que a gênese do psiquismo encontra-se dentro desta evolução. O desenvolvimento acontece de forma progressiva, a partir do nascimento do bebê, quando a mãe, fazendo-se de anteparo protetor aos estímulos intrusos, externos ou internos, ajuda-o a representá-los e nomeá-los adequadamente. Para Kreisler, tudo se inicia e acontece a partir da sintonia entre a díade, mãe-bebê. Essa mãe ao acolher as necessidades da criança, e adequá-la às respostas necessárias, favorecerá a integridade da função mental.^{31, 32,33}

Aqui a ênfase retirada do fator externo, passa a ser colocada no fenômeno, ou seja, na capacidade ou não, do sujeito mentalizar, a partir das defesas psíquicas mais sofisticadas. Caso essas mentalizações não sejam suficientes, deixariam às pulsões³⁰ aprisionadas no corpo³⁴, como única possibilidade de resolução. O conflito psíquico neurótico não chegaria realmente a ter lugar, onde ocorresse uma interiorização do que se passou com o indivíduo. Sintomas como: estresse, insegurança, medo, raiva, depressão, ansiedade, fadiga são, portanto, gerados por estados psíquicos advindos de experiências negativas e contribuem com o desenvolvimento e/ou manifestação de doenças orgânicas como: gastrites, enfartos, alergias, doenças de pele, podendo culminar em doenças mais nefastas como o câncer.³⁴

Tudo é vivido e passa no corpo³⁴. Nele se sente, observa, registra, aprende e tenta, muitas vezes, repelir, guardando todos os tipos de vivências, sejam boas ou ruins. As piores experiências terminam alterando a dinâmica de funcionamento, por serem regidas por crenças e experiências negativas que foram vividas no momento de uma experiência. Passando a ser responsáveis por novos ritmos, criando, assim, novas formas de funcionamento, sob um novo comando, que determinará a nova forma de ser.

Damásio⁹ sugere que se investigue como os pensamentos geram emoções e de como estas provocam alterações no corpo, aludindo que, durante as emoções, os fenômenos mentais se transformam em sentimentos e alteram o corpo e a mente. Ao longo do tempo, cada experiência vai passando a ser corporificada nos tecidos celulares, tendo como consequência futura o aparecimento dos gestos; da forma de se comportar e se expressar; das representações faciais; do ritmo e intensidade respiratória; da cadência alterada dos batimentos cardíacos; da postura aprisionada, presa; do tom de voz as alturas ou em sussurros quase inaudíveis. Ou seja, mediante a gravidade do fato exposto, o corpo vai se modelando e se moldando.³⁴

Fatos graves que tiveram sua inscrição no início da vida³⁵ se manifestam de forma trabalhosa ao serem tratados, porque são guardados sem que haja maturidade emocional para serem compreendidos, deixando marcas profundas e difíceis de acessar, por não haver domínio do uso da palavra. Além disso, há época da experiência vivida, o tempo existente não foi adequadamente usado, pelo fato de que a criança ainda não possui informações suficientes e necessárias para dar sustentação e condições para fazer uso das autosdefesas²⁹. Situações marcantes nesta fase se apresentam nas sessões como sentimentos confusos, expressos na fala desses pacientes. Muitas vezes se apresentam como crenças negativas e limitantes, provocando um sofrimento presente em sintomas expressos no corpo³⁴. Geralmente, foram transformados em vítimas por abusadores e depois de adultos

trazem em si, histórias de seu conflito emocional.

Há diversas demandas de situações distintas que têm acometido o ser humano, são muitas as classificações dos “Transtornos”²⁸ que vêm sendo diagnosticados e estão acometendo a sociedade. Muitos vazios se formando pela ausência dos afetos ou por vínculos estabelecidos de forma insuficiente. Ansiedades, depressão, dores no corpo, medo, insegurança, dentre tantas outras queixas a serem respondidas quase sempre são preenchidos por um consumo desenfreado, seja de alimento ou de bens materiais, fantasias megalomaníacas de beleza, riqueza e perfeição, findando muitas vezes em suicídios.²⁹

Entre as diversas abordagens e possibilidades de intervenção dos diferentes traumas, este estudo direciona suas reflexões abordando acerca das possibilidades do *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) como modalidade de tratamento destas condições.

1.4 A Dessensibilização e Reprocessamento por Movimento Ocular - O EMDR

O EMDR apareceu quando Francine Shapiro, pesquisadora canadense, ao passear pelo parque refletindo sobre sua vida, percebeu que algo de especial acontecera com os pensamentos que a preocupavam. Eles haviam mudado. Ao refletir sobre o ocorrido, iniciou uma pesquisa que teve como hipótese a possibilidade de que haveria uma associação entre a fuga desses pensamentos e os movimentos bilaterais feitos naturalmente por seus próprios olhos enquanto caminhava. Inicialmente, chamou seu estudo de *Eye Movement Desensitization* (EMD)³⁶ e sua descoberta seguiu-se de uma metodologia gigante, tanto pela sua complexidade, quanto por sua aplicabilidade.

Após dois anos de pesquisa, associados à realização de *workshops* para interessados na técnica, Shapiro se convenceu de que o procedimento era mais eficaz do que

imaginara. A princípio chamou sua descoberta de O EMD. Este, além de promover uma dessensibilização, favorecia uma reestruturação cognitiva. Contudo, em 1990, o método passou a ser chamado *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). A modificação não diz respeito apenas à nomenclatura, mas ao enfoque dado pela técnica. Shapiro percebeu que ele tinha o potencial de favorecer um panorama integrativo dos processos mentais relacionados à aquisição de informações.³⁶

O EMDR, portanto, é uma psicoterapia que pode ser compreendida como um procedimento que possui um protocolo estandarizado, que inclui uma estimulação sensorial bilateral com os olhos, tendo como objetivo promover o reprocessamento de memórias traumáticas ou outros de eventos de vida adversos.³⁶

1.4.1 Sistema de processamento acelerado de informações a estados adaptativos

O EMDR é uma metodologia composta por componentes teóricos, ferramentas, estratégias e protocolos, que não se restringem apenas aos movimentos bilaterais (MBL) oculares, auditivos e táteis. Apresenta como premissa básica considerar que a maior parte das psicopatologias se baseia em experiências negativas do passado, defendendo que, com o uso de sua técnica, pode vir a ajudar no desbloqueio, dessensibilizando e reprocessando a vivência do trauma.³⁷

O Modelo do Sistema de Processamento Acelerado de Informações (PAI), defendido pela autora, é coerente com a compreensão manifestada desde a época de Freud³⁸ e Pavlov³⁹, que já falavam a respeito. Para compreendê-lo é necessário que seja considerada a função do cérebro, que, fazendo parte do corpo, possui um sistema de processamento de informação concebido para curar, objetivando levar qualquer tipo de transtorno emocional a um nível de saúde mental ou a uma resolução adaptativa, como prefere chamar Shapiro.⁴⁰

Este PAI destina-se a estabelecer conexões com as informações que forem úteis à vida, descartando as demais que não possuem real valor. As memórias traumáticas mais antigas, quando acessadas no processo de terapia, podem ser tratadas concentrando-se em uma parte do evento traumatizante e, ao tratar esta segmentação, geralmente o que ocorre é que o reprocessamento se generalizará por toda a memória. Trata-se, portanto, de uma resolução contendo informações úteis, enquanto abre mão de detalhes que o faz reviver e acessar o sofrimento. A terapia por EMDR ajuda o paciente a ressignificar e compreender o que passou, fazendo-o perceber a distância que há entre o presente e o passado. Quando no processo, o paciente percebe que já sobreviveu ao ocorrido e que agora está podendo continuar seu percurso, tornando-se mais apto a lidar melhor com detalhes de sua sobrevivência no momento presente.⁴⁰

Shapiro⁴¹ defende a terapia EMDR porque esta é guiada pelo modelo teórico que parece haver um equilíbrio neurológico em um sistema fisiológico distinto, permitindo que as informações sejam processadas até que se alcance uma “resolução adaptativa”, que é, pois, a condição natural do organismo em realizar novas conexões, usando-as sempre quando se realizam associações adequadas. Nela, cada experiência passa a ser usada de forma construtiva pelo indivíduo e integrada em um esquema positivo, cognitivo e emocional. Ou seja, cada experiência positiva ampliará as possibilidades de evolução contínua, por aumentar as redes de memórias existentes ampliando as competências de funcionamento adaptativo da pessoa no meio ambiente em que vive. Em sua rotina de vida, o que for útil será naturalmente aprendido e armazenado, na rede de memória, com afeto apropriado, ficando disponível para uso futuro.

O oposto será o funcionamento inadequado, que se forma quando diante de uma experiência ameaçadora, de impacto e ataque, levando o sistema a responder de maneira disfuncional; podendo gerar respostas comportamentais de fuga, de congelamento (a

capacidade de ação reduzida) ou de enfrentamento, com reações impulsivas e descompensadas. O não funcionando adequado, devido a uma experiência ameaçadora, manterá o sistema de alerta acionado, o qual irá disparar sempre que algum estímulo ou qualquer sinal relacionado à memória registrada do evento traumatizante aparecer³⁴. Isto acontece porque a rede de memória, mantendo-se em estado de excitação, irá expandindo-se de forma contínua, frente a cada experiência negativa ativada por estímulos relacionados ao trauma.⁴²

A situação, apresentada a seguir, ilustrará o conceito acima: imagine que uma pessoa, após ter sido atacada por um cachorro feroz na rua, apresente, como consequência, algum tipo de reação sempre que se depare com um cachorro. Podendo apresentar comportamentos adversos, como: se assustar e sair correndo; tentar atirar alguma coisa no animal, como possibilidade de enfrentamento; ou ficar paralisado, sem conseguir se mover, por conta do medo. Qualquer uma dessas informações será registrada pelo PAI, que automaticamente tentará adaptá-la a rede de memória. Contudo, nesse caso, o evento, por ter sido algo inesperado e intenso, provocou reações disfuncionais, desarrumando o sistema de processamento (compreensão e assimilação), evitando a conquista natural da homeostase. Isto ocorre porque o evento estava acima da capacidade que a pessoa possuía para encarar o animal. O susto, provavelmente alterou o sistema neurofisiológico, disparando adrenalina, ativando a hipófise e provocando alteração internas, gerando algum tipo de estresse, por causa da ativação do sistema simpático.⁴²

As informações que deveriam, naturalmente, ser arquivadas na rede de memória, ficam desorganizadas no sistema de processamento acelerado de informação, registradas com todos os detalhes vivenciais. A lembrança do evento pode provocar reações intensas, sensações físicas associadas ao cheiro, à cor, enfim, a quaisquer detalhes existentes, vividos durante evento. Passando a ficar presente e latente na memória autobiográfica, que pode

findar no desenvolvimento de algum transtorno, neste caso: fobia a cães.⁴¹

A vítima se manterá atenta a quaisquer estímulos que evoquem partes, ou mesmo o evento em si, passando a reagir quando, por algum motivo, se deparar com algum detalhe, ou fragmento, que evoque a lembrança do evento como um todo. O paciente quando acessa um fragmento, na sessão terapêutica por EMDR, tende a reviver a situação, parcial ou igual ao vivido na ocasião do trauma.⁴²

Os estímulos, ou fragmentos deles, tais como latido, rosnado, local, imagem ou qualquer outro estímulo, igual ou semelhante envolvendo experiência, ativarão de maneira inadequada uma reação intensa e desnecessária, levando a vítima, a reviver quase com a mesma intensidade o que passou, comportando-se como tal. O estímulo disparador associado ao fragmento de memória do evento fará com que a pessoa acredite que esteja diante de uma nova possibilidade⁴⁰. Seu sistema ficará funcionando de forma inadequada até que se permita reviver a cena e se organize neurologicamente. Cada reação anterior ao reprocessamento é considerada como uma resposta inadequada ao estímulo, podendo ser compreendida como um mecanismo de proteção, com o intuito de fazer com que o indivíduo não seja mais uma vez vítima de um novo ataque, mesmo não existindo uma possibilidade real.⁴²

Shapiro⁴³ postula que as memórias antigas geralmente podem ser tratadas por partes, ou seja, o paciente deve se concentrar na parte que lembra, enquanto vai recebendo as estimulações. E esta, chamada de alvo, vai ajudando no acesso da cena até que todo o processo aconteça por completo. Em seu protocolo para eventos recentes, ela conceitualiza que os eventos traumáticos recentes, de aproximadamente três meses de duração, ainda não foram consolidados como evento único, por isso que é importante que seja trabalhada cada parte dos fragmentos como alvos. A princípio ela acreditava que o evento para ser consolidado levava de dois a três meses, depois percebeu que o período pode se prolongar, principalmente se a pessoa continuar exposta de maneira ininterrupta ao evento traumatizante,

ou mesmo na presença do predador.⁴⁰

Sendo assim, o PAI assimila todas as experiências recentes nas redes neurais já existentes, formando à base da percepção, das atitudes e dos comportamentos e, quando estão funcionando adequadamente, faz com que novas experiências sejam assimiladas, integrando e podendo ser conectadas, a qualquer momento, com as informações que se encontram armazenadas nessas redes neurais. Isso permite ao indivíduo aprender e guiar o seu próprio futuro, possibilitando sentido às experiências. O EMDR teoriza que o PAI é responsável pela adaptação e sempre que é ativado, ajuda as vítimas a metabolizarem, de forma rápida, o resíduo disfuncional do passado, transformando-o em algo possível de ser usado novamente.⁴²

Tratamentos por EMDR revelam que seus pacientes têm obtido uma progressão acelerada em direção à saúde, adquirindo emoções positivas novas e elevando sua autoconsideração. Porque são possibilitados a acessar as lembranças do evento traumatizante, a partir das etapas do protocolo, acompanhado pelos movimentos bilaterais, revendo as crenças negativas, conseqüentes da interpretação dada à experiência; vivenciando emoções que se apresentam registradas em uma parte mais ativa no corpo, de forma segura e consciente, em uma relação dual, com um pé no presente e o outro no passado.⁴²

A noção da estimulação, através dos movimentos bilaterais, tem a função de ativar o mecanismo adaptativo de processamentos de informações, fazendo com que aconteça uma adaptação do conteúdo vivido no trauma, na rede de memória.⁴³

Sendo assim, Shapiro⁴³ defende que a terapia EMDR é guiada pelo modelo teórico do PAI, o qual postula que a psicopatologia é causada por memórias de experiências desconformes da vida, que foram errôneas e inadequadamente processadas e armazenadas, por terem sido guardadas do mesmo jeito que foram adquiridas no momento do evento. Estas foram armazenadas por associação, formando redes de memória que tendem a vincular as

experiências presentes com as do passado, podendo ser ativadas através de estímulos internos e externos que contribuem com a disfunção apresentada.

Para se tornar um profissional de EMDR, se faz necessário que o psicólogo ou médico, faça uma formação de 50 horas, distribuídas da seguinte forma: 20 horas de aula teórica, 20 horas de prática e 10 horas de supervisão.

No Brasil, o treinamento é realizado por 6 treinadores, reconhecidos pelo EMDR *Institute*, pelo EMDR Ibero-América e pela Associação Brasileira de EMDR⁸³, que reconhecem estes certificados, juntamente com a EMDR IBA e o EMDR *Institute*. E com uma treinadora reconhecida pela *Tapia Counseling Psychological Services INC* e pela Associação Brasileira de EMDR que reconhece estes certificados, juntamente com a EMDRIA. A Associação Brasileira de EMDR, além de reconhecer os treinadores, é responsável pela certificação dos terapeutas e supervisores. Oferecendo, constatemente, cursos de formação continuada, com profissionais de outros países que são convidados para ministrar aulas e *wokshops*, dando continuidade a formação.

Quanto aos módulos, todos incluem teoria, prática, protocolos e supervisão. E somente serão reconhecidos como terapeuta de EMDR quem tenha terminado todos os módulos do treinamento básico, que são oferecidos em diversas cidades do Brasil. No caso do formando não conseguir terminar sua formação em um período máximo de 03 (três) anos, os módulos cursados perderão sua validade, fazendo com que o profissional repita os módulos já cursados, para assim, concluir sua formação. Após a formação básica, o terapeuta poderá se especializar, aprofundando seus conhecimentos, recebendo supervisões e participando de cursos com Crédito de Educação Continuada, reconhecidos e concedidos, após ser dada a apreciação da Associação. Estas atividades são necessárias para que, com o tempo e o acúmulo de horas de formação e participação em horas de supervisão, o terapeuta possa vir a ser reconhecido como um terapeuta certificado. Podendo, posteriormente, após uma avaliação

escrita referente aos conhecimentos sobre o EMDR, se transformar em um supervisor certificado.

1.4.2 Memórias bloqueadas

Um indicador de que há uma memória bloqueada no modelo do PAI, é quando o cliente só consegue reaver memórias negativas, mesmo havendo eventos positivos vivenciados. Esses eventos traumatizantes e disfuncionais vão formando um nó (*node*), que ao longo do processo de intervenção se transformará em alvo a ser trabalhado pelo especialista. Podendo, inclusive, ter um papel central em relação ao material fisiologicamente associado. Quando o paciente reage ao alvo com raiva ou ansiedade indevida, por exemplo, isso se deve às associações ligadas ao mesmo.⁴²

A meta do EMDR é fazer com que o paciente reaja com tranquilidade ao alvo, sem produzir novos traumas. E, para que isso ocorra, é necessário antes que se “limpe” cada canal, através da dessensibilização e reprocessamento das memórias emocionais existentes do evento, armazenadas de forma disfuncional, desconectando e desfazendo o nó.⁴²

Quanto à memória traumática, esta possui características diferentes da memória comum, que possui menor vivacidade perceptiva, estando ligada ao resto das experiências de vida. Enquanto que a memória traumática assimilada de maneira incompleta ou incoerente, com tendência voltada aos detalhes emocionalmente significativos, ameaçadores e de especial importância para o indivíduo. Desse modo, esta última não se adapta de forma correta, gerando, na vítima, uma vivência traumatizante, por mantê-la sempre em estado de alerta, percebendo e detectando estímulos que disparam reações emocionais, de maneira disfuncional.⁴⁰

Recaptulando, pode-se compreender que a terapia por EMDR é guiada por um

modelo de Sistema de Processamento Acelerado de Informações que conduzem a Estados Adaptativos (SPIA ou PAI)⁴³, o qual postula que as redes de memória são as bases tanto para a saúde quanto para as patologias. Esse modelo coloca que a psicopatologia é causada primariamente por memórias de experiências adversas da vida, que foram processadas de maneira inadequada e armazenadas desadaptativamente⁴³; é um estado que possui uma forma específica de ser, por manter a informação adquirida no momento do evento em seu estado original, desde as imagens e resíduos sensoriais, sons e afetos, como sentimentos e emoções, e sensações físicas. Todas essas memórias são armazenadas a partir das associações, formando redes que ligam as memórias do presente às memórias do passado, podendo, a qualquer momento, serem ativadas por estímulos internos e externos que provocaram o disfuncionamento no presente.⁴⁴

1.4.3 Processamento da memória do trauma

Há um grau de variedade interindividual no processamento da memória de eventos de vida e das emoções básicas²², enfraquecendo o conceito antes usado de reação universal ao trauma^{29, 40}. Muitas vítimas de trauma tendem a procurar apoio profissional, seja através da literatura de autoajuda, seja em supervisão e grupos de amizade. No entanto, há outras que enfatizam o colapso e/ou a vitimização²², podendo permanecer, por anos a fio, aprisionadas no evento que trouxe, como consequência, a dificuldade de seguir espontaneamente na vida.

No EMDR o processamento é feito durante cada série de estímulos/movimentos bilaterais (MBL)⁴⁵. Cada estágio progressivo de processamento pode ser considerado como um platô a ser atingido ao longo do processo. As imagens evocadas e selecionadas como alvo a ser trabalhado, como crença atribuída e como pensamentos e emoções serão,

progressivamente, alteradas na medida em que são trabalhadas através do protocolo de intervenção existente na prática do EMDR. E, no término do processo, é esperada uma mudança do paciente, que conquistará um progresso em direção a sua resolução terapêutica, passando a funcionar de forma mais livre, apresentando reações adequadas, com percepções mais amplas em relação às conquistas da vida.⁴³

No entanto, quando o sistema fica bloqueado ou sofre desequilíbrio, devido ao impacto de uma experiência traumatizante, muitas respostas não adaptativas serão observadas. A vítima da experiência poderá apresentar reações exageradas e intensas diante de estímulos, tais como, voltando ao exemplo do cão, se desesperar diante de um cão de pequeno porte, dócil e domesticado. Ou mesmo, ao saber que existe um cachorro, evitar realizar uma visita à casa de um amigo; ou desmaiar quando escutar ou vê um cão se aproximando. Pois, suas reações corresponderão às recordações vividas no evento traumatizante evocado por estímulos atuais.⁴⁴

No processo de intervenção por EMDR, quando se é solicitado ao paciente que evoque uma memória da experiência emocional traumática, pode-se perceber que há uma ligação entre a consciência e o local/sítio onde a informação está armazenada no cérebro²⁶. E quando se promove a estimulação com os MBL, esses ativam o PAI, promovendo o reequilíbrio do organismo. A cada série de MBL a emoção perturbadora se movimenta, em uma proporção acelerada, ao longo das vias neurofisiológicas apropriadas, até que essa informação seja adaptada de forma adequada e resolvida.⁴¹

Inerente ao modelo PAI há o conceito de autocura psicológica⁴¹, que valida que há um constructo natural, baseado em respostas curativa do corpo, aos danos físicos. Da mesma forma como ocorre quando alguém corta a mão. Durante o processo de cicatrização, o corpo trabalha no sentido de fechar e curar o ferimento de forma natural e espontânea. Se acontecer algo que bloqueie o progresso do processo rumo à cura, como, por exemplo, um

objeto estranho, o trauma volta a se repetir. O ferimento irá se inflamar causando dor. No entanto, quando o bloqueio é removido, a cura será retomada.

O EMDR incorpora no seu corpo teórico várias noções fisiológicas, como: ativação de rede, contracondicionamento e assimilação de informações emocionalmente corretivas e adaptativas, porque considera que ao longo do processo de formação das redes neurais, muitas informações vão se acumulando⁴⁴. Contendo a informação alvo a ser trabalhada durante o tratamento e quando ativada, os efeitos negativos são mitigados, fazendo com que as informações resultantes no processo se transformem positiva e funcionalmente, podendo, assim, ser armazenadas na memória⁴². De acordo com a experiência de Jarero e Artigas³⁸, do ponto de vista da rede de memória e com base em seu extenso trabalho de campo, as situações de trauma agudo estão relacionadas a duas variáveis: a) o tempo decorrido; e b) o período pós-segurança do trauma.^{45, 46,47}

1.4.4 Progressão por redes de memória e os movimentos bilaterais

O tratamento por EMDR é conceitualizado como uma progressão por redes de memória, onde, quando em uso, se é solicitado ao paciente que direcione e focalize sua atenção em um alvo, isto é, em uma memória específica, que pode ser uma imagem de sonho; uma pessoa; um evento real, fantasiado ou projetado; ou algum aspecto da experiência, tal como uma sensação corporal ou pensamento. Alvos específicos são utilizados para se obter acesso às redes de memórias bloqueadas. Com base na observação clínica, qualquer manifestação da informação armazenada pode ser utilizada como alvo e em seguida é ativada e reprocessada através dos movimentos bilaterais auditivos (músicas com sons bilaterais), táteis (leves toques alternados) e visuais (movimento bilaterais feito com as mãos na frente dos olhos), que levam ao estado de equilíbrio, à homeostase.⁴²

Em síntese, a essência que o EMDR propõe como prática de intervenção clínica, é a transmutação da informação armazenada de forma inadequada, gerando um estado emocional desregulado, para um modo de armazenamento adaptativo que promove a saúde psicológica.⁴⁴

No Brasil, o treinamento é realizado por 6 treinadores, reconhecidos pelo EMDR *Institute*, pelo EMDR Ibero-América e pela Associação Brasileira de EMDR⁸³, que reconhecem estes certificados, juntamente com a EMDR IBA e o EMDR *Institute*. E com uma treinadora reconhecida pela *Tapia Counseling Psychological Services* INC e pela Associação Brasileira de EMDR que reconhece estes certificados, juntamente com a EMDRIA. A Associação Brasileira de EMDR, além de reconhecer os treinadores, é responsável pela certificação dos terapeutas e supervisores. Oferecendo, constatemente, cursos de formação continuada, com profissionais de outros países que são convidados para ministrar aulas e *wokshops*, dando continuidade a formação.

Quanto aos módulos, todos incluem teoria, prática, protocolos e supervisão. E somente serão reconhecidos como terapeuta de EMDR quem tenha terminado todos os módulos do treinamento básico, que são oferecidos em diversas cidades do Brasil. No caso do formando não conseguir terminar sua formação em um período máximo de 03 (três) anos, os módulos cursados perderão sua validade, fazendo com que o profissional repita os módulos já cursados, para assim, concluir sua formação. Após a formação básica, o terapeuta poderá se especializar, aprofundando seus conhecimentos, recebendo supervisões e participando de cursos com Crédito de Educação Continuada, reconhecidos e concedidos, após ser dada a apreciação da Associação. Estas atividades são necessárias para que, com o tempo e o acúmulo de horas de formação e participação em horas de supervisão, o terapeuta possa vir a ser reconhecido como um terapeuta certificado. Podendo, posteriormente, após uma avaliação escrita referente aos conhecimentos sobre o EMDR, se transformar em um supervisor

certificado.

1.4.5 Mecanismos por meio dos quais se dariam à ativação e facilitação do processamento

Há três mecanismos centrais na ativação e facilitação do processo: 1) Ativação e facilitação do processamento de informações, que acontece devido ao foco dual do paciente na atenção, isto é, enquanto presta atenção a estímulos no presente, se atenta ao evento traumático passado⁴²; 2) Efeito diferencial de explosões neurais, pelos diversos estímulos que podem servir como equivalente ao de uma corrente de baixa voltagem, afetando diretamente o potencial sináptico⁴⁸; 3) Descondicionamento causado pela estimulação bilateral, provocando uma redução da emoção, trocando por uma resposta de relaxamento.⁴⁸

O EMDR é um processo semelhante ao que se passa quando sonhamos, à fase *Rapid Eyes Movement* (REM) do sono, na qual os movimentos oculares rápidos facilitam o processamento do material inconsciente⁴⁹. No caso de eventos traumáticos emocionais, o que acontece é que, o sistema nervoso não consegue processar adequadamente a situação, por conta do impacto que sofre, bloqueando a dinâmica natural⁴³ e tendo como consequência, a elevação da rede de memória a um estado de excitação permanente, expandindo-se a cada evento estressante subsequente à experiência adversa original, em um continuum permanente, como sugere o estudo realizado por Jarero et al.⁴⁵

No entanto, quando, no processo de tratamento por EMDR, a recordação tem a possibilidade de aparecer próxima ao seu formato original, composta por sons, crenças, emoções e sensações físicas, semelhante ao que aconteceu no passado⁴⁵. Tal fato permite que o evento seja dessensibilizado emocionalmente e o aparato cerebral possibilita que haja nova adaptação da informação à rede de memórias, através da livre comunicação entre os hemisférios cerebrais. Ao se remover a parte que foi responsável, de algum modo, pelo

bloqueio, devolve-se ao cérebro a condição de seguir em direção à um estado de integração funcional.⁴⁰

Sabe-se que, para a abordagem de qualquer patologia o fundamental é selecionar os alvos apropriados, as memórias principais que são a base do problema atual, bem como os eventos posteriores que também estão associados neste mesmo “*cluster* ou *cluster*”, ou seja, nesse conjunto de eventos que estão conectados e que funcionam como memórias de alimentação.³⁹

A rede de memória que se forma, decorrente da experiência traumática⁴⁵, fica em um estado permanente de excitação, podendo ser continuamente ativada e ampliada caso novas experiências se apresentem provocando mais sofrimento. Parecido com o que acontece quando se joga uma pedra em um lago e as ondas se expandem.

Shapiro⁴¹, ao investigar o assunto, estabeleceu protocolos de investigação que fizeram surgir um método mundialmente e cientificamente reconhecido, no tratamento do estresse pós-traumático, da ansiedade e das fobias, o qual tem favorecido clientes que necessitam reprocessar e reorganizar seu padrão de cognição diante da vida.

Em meados dos anos de 1987/1989, Shapiro⁴⁰ realizou estudo controlado comparativo entre EMDR e placebo, incluindo 22 pacientes que sofriam de memórias traumáticas e que apresentavam sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). E chegou a resultados de que o uso da aplicação do EMDR apresentou melhoras significativas em relação ao desaparecimento da angústia e, após três meses, ao serem avaliados após a aplicação, os resultados se mantiveram.

Servan-Shreiber e outros pesquisadores⁵⁰, ao analisarem a eficácia do uso dos estímulos bilaterais alternados, concordaram que, de fato, os estímulos bilaterais geram uma ativação eficaz nos dois hemisférios cerebrais, tornando possível o processamento de informações de maneira mais integrada e completa. Assim, à medida que a pessoa acessa a

memória do trauma e submete-se ao protocolo de oito fases do EMDR adquire a chance de se reorganizar emocionalmente. Os autores concluíram ainda que, através dos resultados da pesquisa, à atenção dividida e analisada foi promovida pelos estímulos bilaterais, gerando efeitos positivos no processamento das memórias traumáticas.

Van der Kolk et al⁴⁸ compararam os resultados obtidos em um estudo por meta-análises sobre tratamentos farmacológicos usados em pacientes que apresentavam Transtornos de Estresses Pós-traumáticos (TEPT) e a terapia por EMDR. E chegaram a conclusão que o EMDR promoveu resultados bem mais sucedidos do que os fármacos, por ser capaz de reduzir, significativamente, os sintomas da depressão. No mesmo estudo, perceberam que a terapia por EMDR permanecia eficaz, quando comparada à Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), por apresentar resultados semelhantes e duradouros.

Inúmeras pesquisas evidenciam que o tratamento por EMDR tem sido usado para melhorar uma variedade de situações, tais como: regulação afetiva e alteração nas características de personalidade⁵¹; diminuição dor dos membros fantasma⁵²; melhora na depressão em adolescentes⁵³; no tratamento de estresse pós traumático⁵⁴; nos problemas de ansiedades⁵⁵, de fobias⁵⁶ e de borderline⁵⁷; nos problemas dermatológicos⁵⁸; no transtorno de pânico e ansiedades generalizada⁵⁹; melhora na resiliência pós trauma⁶⁰, vítimas de violência severa, física e moral⁶¹; no tratamento em adolescentes com traumas severos⁶², dentre outros.

1.4.6 O protocolo padrão de oito fases do tratamento por EMDR

O protocolo de oito fases do EMDR é capaz de conduzir o paciente através da conceitualização de caso, da dessensibilização emocional e do reprocessamento da memória traumática, fecho e *follow-up*⁴². Durante todo o processo, outros protocolos são

contemplados, trabalhando eventos passados que estabelecem as bases para o surgimento da patologia; situações atuais que causem perturbação e futuros modelos para a ação interventiva adequada.

Quanto ao número de sessões dedicadas em cada fase e o número de fases incluídas em cada sessão, este é singular e varia de paciente para paciente. O procedimento padrão do EMDR, no entanto, acontecerá durante cada sessão de reprocessamento, onde o protocolo padrão servirá de orientação durante todo o tratamento. Em cada sessão de reprocessamento é direcionado um alvo específico, que será selecionado pelo paciente ao iniciar a sessão.⁴³

Abaixo seguem detalhes sobre como cada fase se desenvolve^{42, 43}:

1ª Fase: é dedicada a coleta da história do paciente e construção do Plano de Tratamento. O processo com EMDR se inicia logo na primeira sessão, onde é realizado a coleta da história do paciente através da anamnese. Nesta, serão recolhidas as informações relevantes a respeito do evento traumatizante e todos os detalhes fornecidos, tais como: comportamentos e medos que se instalaram e o que motivou a busca pela terapia, os quais irão ser trabalhados. Explica-se como ocorrerão as sessões, estabelecendo acordos (financeiro, horário de atendimento e os dias das sessões) construindo, assim, o plano de tratamento.

2ª Fase: ocorre a preparação. É o momento em que se explicam todas as informações sobre o processo com EMDR, os conceitos e efeitos ao longo do processo. Estabelece-se a aliança terapêutica, criando e ensinando procedimentos de segurança, como: relaxamento; definição do “lugar seguro”; técnicas de visualização e de autocuidado; e metáforas úteis para encorajar um processamento bem sucedido. Tudo isto para uma eventual necessidade de uso, quando alguma perturbação emocional aparecer durante e após as sessões, o que possibilita a construção de um plano de ação para lidar com situações

específicas e inusitadas.

3ª Fase: avaliação para a intervenção. Trata-se de um momento para identificação dos componentes do alvo a ser trabalhado. Solicita-se ao paciente que identifique, com detalhes relevantes, uma cena ou imagem específica, que melhor represente a memória do evento alvo a ser trabalhado.

Nesta fase solicita-se uma cognição negativa (CN), que expresse uma autoavaliação disfuncional relacionada à sua participação no evento, que possa representar o afeto perturbador, por exemplo: "*Eu sou indefeso*"; "*Eu não tenho valor*"; E uma cognição positiva (CP) que será usada mais tarde, para substituir a CN durante a fase de instalação. Esta declaração deve incluir um sentido de valor interno de controle. Por exemplo, CN: "Estou em perigo", substituindo pela CP: "Estou seguro agora".

Quando à imagem visual e cognição negativa forem combinadas, busca-se associar qual a emoção e o nível de perturbação que aparecem ao pensar no evento, atribuindo um valor expresso em escala *Subjective Units of Disturbance* (SUDS - *Unidades Subjetivas de Perturbação*), com dez (10) pontos, a quaisquer sentimentos negativos que equivale o máximo de perturbação possa imaginar e zero, quando representar um sentimento neutro ou calmo. Em seguida, o paciente é orientado a localizar as sensações em seu corpo, enquanto se concentra no evento.

Também será realizada uma análise com as CP, do quão forte sente e percebe que a CP informada lhe é verdadeira. Aqui será usada uma escala subjetiva de cognição, a *Validity and cognition* (VOC). O valor (01) representará que a crença é “completamente falsa” e sete (07) significará que é “completamente verdadeira”.

Concluído as três primeiras fases de coleta de dados e informações básicas referentes à terapia EMDR, o trabalho de processamento do trauma se iniciará.

Nas 4ª, 5ª e 6ª fases, detalhadas a seguir, ocorrem estímulos para provocar a

dessensibilização e o processamento do trauma propriamente dito. O terapeuta ajudará o paciente a recuperar a imagem escolhida como alvo, enquanto inicia uma série de MBL, previamente combinada, informando qual dos movimentos bilaterais lhes é mais confortável, (o tátil, tocando bilateralmente uma parte do corpo; o auditivo, fazendo uso de músicas específicas, que emitem sons bilaterais; com dois dedos justapostos, diante dos seus olhos, podendo ser da esquerda para direita, ou de cima para baixo, e/ou, ainda, a combinação alternada destes).

O paciente, mantendo sustentada sua atenção aos estímulos provocados pelo terapeuta, acompanhará os movimentos, enquanto alternará sua atenção entre as imagens internas, que selecionou como alvo a ser trabalhada e os MBL. A ação provocará uma nova possibilidade de que, ao acessar as lembranças responsáveis pelas sensações desconfortáveis, torne-se possível compreender o ocorrido, dando um novo e atual significado interpretativo ao fato, durante todo o processo com EMDR. O paciente se manterá consciente, atento e concentrado na experiência vivida no passado; e, ao mesmo tempo, se manterá no presente, acompanhando os estímulos provocados pelo terapeuta, em uma relação dual.

4ª Fase: contempla a dessensibilização. Concentra-se no CN, refletido na escala do SUDS, se englobando todas as respostas, não importando se o nível de estresse do cliente está aumentando, decrescendo ou permanecendo o mesmo. Após cada conjunto de movimentos oculares rápidos o terapeuta seguirá avaliando o nível de perturbação em relação à imagem alvo, até que o nível de angústia tenha obtido a avaliação zero (0), na escala do SUDS.

5ª Fase: o foco será na instalação e no aumento da força da CP identificada como substituta para a CN. Ao concentrar-se na CP, identificada previamente, mantendo-se concentrado na imagem mental, rastreia as sensações corpóreas, acompanhando os MBL promovidos pelo terapeuta. O objetivo é fortalecer a crença positiva ou a afirmação pessoal,

até que a perceba e a aceite como totalmente verdadeira.

Após cada conjunto de MBL, o terapeuta solicitará que avalie CP na Escala de VOC, de sete (7) a zero (0). Completando até que o paciente consiga aceitar CP em um nível de sete (7) ("*completamente verdadeiro*"). Esperando, que novas possibilidades possam emergir. Esses novos *insights* são usados para ajudar a processar o trauma de forma mais saudável.

6ª Fase: sondagem corporal (*Bory Scan*). Após a instalação da CP pede-se que, ao mesmo tempo, se concentre no evento alvo e na CP fazendo uma checagem corporal, da cabeça aos pés, na tentativa de verificar se ainda há alguma tensão residual. Esta se concluirá, quando o paciente for capaz de pensar ou falar sobre assunto sem sentir nenhuma tensão no corpo.

7ª Fase: encerramento. Um dos objetivos de uma sessão EMDR é levar o paciente a se sentir melhor após o reprocessamento, modificando, assim, seu estado de forma positiva. Caso o terapeuta não consiga terminar o reprocessamento, deverá fazer uso de técnicas de relaxamento, de forma que possa trazer de volta o estado emocional equilibrado, ajudando-o na conquista da homeostase. O terapeuta também pede ao paciente que anote ao longo da semana observações pertinentes para que sejam trabalhadas na próxima sessão.

8ª Fase: Cada nova sessão começa com uma reavaliação do progresso. O terapeuta solicita ao paciente que se concentre nos alvos previamente processados e volte a observar as respostas comportamentais no momento presente, para determinar se os efeitos do tratamento se mantiveram.

De acordo com o EMDR, o reprocessamento de um único trauma simples, pode geralmente ocorrer em até três sessões. Em caso de evento mais intenso, ou seja, onde ocorra uma experiência muito intensa e difícil, este será mais demorado, esperando que durante a sessão ocorram mudanças e algum sinal de melhora de estado emocional e cognitivo.⁴²

Com os protocolos, pode-se pensar no quanto o EMDR poderá continuar ajudando aos pacientes em invariáveis situações, o Protocolo Grupal e Integrativo com Terapia de EMDR⁶¹, adaptado para Estresse Traumático Continuado (EMDR-IGTP-ETC)⁵⁵ e o Protocolo de Terapia EMDR para Incidentes Críticos Recentes e Estress Traumático Continuado (EMDR PRECI)^{63,64,65,66,67}, ambos desenhados e indicados aos pacientes que vivem, ou viveram, sofrimentos prolongados, permanecendo expostos por muito tempo, tem sido usado com sucesso.

O EMDR é, pois, recomendado como um método eficaz por entidades como Instituto Nacional de Saúde e de Investigação Médica⁶⁸; Associação Americana de Psiquiatria⁶⁹; pelo Departamento de Assuntos de Veteranos e Departamento de Defesa Americano⁷⁰; Instituto Nacional para Excelência Clínica (Reino Unido)⁷¹; Diretrizes do Comitê Diretivo de Saúde Nacional Mental Holandês⁷²; Práticas de Guidelines da Sociedade Internacional de Estudo sobre Estresse Pós Traumático⁷³; Comitê de Programa Médico de Estocolmo⁷⁴; Therapy Advisor⁷⁵; Departamento de Saúde do Reino Unido⁷⁶; e pela Organização Mundial de Saúde.⁷⁷

Recentemente, mais pesquisas foram feitas para consolidar e comprovar sua eficácia no tratamento do trauma, tornando-se, pois, a terapia mais estudada, tendo pesquisas realizadas com pessoas que relataram eventos relacionados com luto, acidentes e catástrofes naturais, onde foram feitos 24 estudos controlados, no qual refere que 84% a 90% dos participantes não evidenciaram TEPT após o tratamento por EMDR.^{78, 79}

Outro estudo realizado por Pagani et al⁸⁰, usando eletroencefalograma (EEG) durante as sessões de psicoterapia por EMDR, demonstrou, quando analisaram a imagem, que havia uma ativação neuronal observada durante o processo, a qual elucidava haver ativação cortical tanto durante a primeira sessão por EMDR, bem como após terem ocorrido sessões de reprocessamento do trauma. O interessante percebido é que na primeira sessão por

EMDR, a ativação observada foi no córtex pré-frontal, vista enquanto se fazia a dessensibilização por movimento ocular, EMDR. Na última sessão, a atividade registrada foi nas áreas do córtex temporal, parietal, regiões occipital e cortical, com ativação e lateralização em direção ao hemisfério esquerdo. Esses achados sugerem que após a terapia por EMDR houve processamento cognitivo da experiência traumática realizada com sucesso, evidenciando que existem diferentes padrões neurobiológicos de ativação cérebro durante o movimento ocular na fase de dessensibilização do EMDR.

Ao longo da pesquisa de investigação, todas as informações foram consideradas relevantes, por serem fundamentais à possibilidade de compreender o uso dessa ferramenta no que tange à vivência psicoterápica em pacientes com diversas patologias e variadas faixas etárias, de forma que possibilitassem uma melhor compreensão dos relatos obtidos dos adultos, vítimas de trauma emocional.

Quanto à análise referente ao tempo de tratamento, varia de um caso para o outro, dependendo do caso a ser tratado. Porém, para cada situação apresentada existem protocolos que poderão ser usados de forma a ajudar no processo de intervenção, como recomendado por Shapiro⁴³, quando sugere o uso do seu Protocolo para eventos recentes de um único trauma isolado que, após 2-3 meses foi seguido por um período relativo de segurança e calma.

Em traumas contínuos, como os que ocorrem nos casos de um período pós-crise prolongado, vividos em desastres naturais ou provocados pelo homem, a fim de resolver situações, não há um período subsequente de segurança, Shapiro⁴³ recomenda o Protocolo para Incidentes Críticos Recentes e Estresse Traumático Contínuo.⁴⁴

Para Nuttman-Shwartz e Shoval-Zuckerman⁸¹: “quadros de referência suplementares são necessários para entender o impacto psicológico de viver com exposição contínua ao perigo, é importante o uso de estratégias de intervenção apropriadas para

enfrentar a vida em uma realidade de violência persistente”.

Em um estudo controlado randomizado recente⁷⁹ com 65 pacientes do sexo feminino com sintomas de TEPT relacionados ao câncer, os participantes reprocessaram suas memórias patogênicas relacionadas à doença com eficiência semelhante (em apenas 6 sessões), eficácia (reduzindo sintomas) e sem associação com lembranças precoces (não houve correlação com experiências adversas na infância), como se estivessem reprocessando um evento recente, apesar de o tempo desde o diagnóstico variar de fevereiro de 2013 a maio de 2017 (4 anos e 3 meses de diferença). As pesquisas de Rosenblum, Dockstader e Martin⁸² e de Jarero et al.⁸³ podem servir para explicar, por exemplo, que parte desse fenômeno clínico, que trata das intervenções precoces, da terapia com EMDR e não se aprofundam no passado, acontecem tipicamente com seis ou menos sessões, proporcionando, mesmo assim, uma redução significativa e duradoura dos sintomas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a vivência da psicoterapia, Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares em pacientes adultos, vítimas de traumas emocionais.

2.2 Objetivos Específicos

Em pacientes adultos, com traumas emocionais, que se submeteram ou realizam tratamento do tipo EMDR:

- Descrever características sociodemográficas (idade, estado civil, sexo, religião, escolaridade, renda individual e procedência);
- Descrever características clínicas (tempo de tratamento; tratamento concluído ou não; diagnóstico inicial; grupos de sintomas mais frequentes: Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), ansiedade, depressão). Se já fez acompanhamento psicológico antes; qual a abordagem; quantas sessões semanais; se já fez acompanhamento psiquiátrico associado ao EMDR; se usou medicação nesse período;
- Conhecer o que os pacientes entendem por EMDR;
- Identificar os sentimentos emergidos durante as vivências por EMDR;
- Compreender a vivência do trauma psíquico durante o tratamento com EMDR;
- Descrever as potencialidades e fragilidades do EMDR no tratamento do trauma emocional;
- Elaborar um produto técnico educacional no formato de guia de orientação

sobre noções básicas sobre a terapia por EMDR.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, objetivando apreender a maior quantidade de informações possíveis sobre esta realidade, ainda pouco investigada, no cenário nacional e por ser uma busca pela primeira aproximação sobre o tema abordado, inclusive de caráter inédito.

Considerando a escassez de informações sobre esta temática, principalmente em estudos brasileiros, os dados sociodemográficos, econômicos e clínicos foram considerados e ancorados na perspectiva de Creswell⁸⁴ para maximizar a exploração de informações sobre a natureza da população alvo e os dados qualitativos utilizados para compreender a vivência dos pacientes⁸⁴.

O enfoque qualitativo, por sua vez, possibilitou o conhecimento profundo relacionado às experiências e ao modo como as pessoas vivenciam e constroem significados a respeito dos fenômenos em seu cotidiano, percebidos nas falas dos entrevistados. Através do relato dos participantes foi possível compreender como o processo aconteceu, podendo colocar o que é singular em um contexto histórico e social mais ampliado, ao se tentar compreender a vivência dos pacientes adultos, vítimas de trauma emocionais, que se submeteram ou estavam em atendimento pelo processo do EMDR, no período em que se realizou a coleta. Na abordagem qualitativa, os pesquisadores estão menos preocupados com as generalizações e mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão comentada durante a experiência.⁸⁷

Os entrevistados puderam ser entendidos a partir das circunstâncias de história de vida e do meio em que vivem⁸⁶ expressos a partir dos relatos.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em um cenário que consiste nos consultórios dos psicoterapeutas que aplicam o EMDR, como prática psicoterápica. São locais geralmente mobiliados e decorados de forma adequada, agradável e aconchegante, onde se realizam atendimentos clínico, na cidade do Recife. Todos os profissionais participantes, foram treinados pela Associação Brasileira de EMDR, que é uma organização civil que rege o profissional que trabalha com a EMDR, buscando sempre garantir e fortalecer a prática, norteadas pela ética; oferecendo suporte de supervisão, treinamentos de formação, cursos, seminários e congressos, mantendo a formação continuada dos associados, atualizando-os de forma que se mantenham aptos a utilizarem a psicoterapia do EMDR.

Os profissionais desta pesquisa, foram previamente avisados que precisavam combinar com seus pacientes uma data, horário e local onde ocorreriam as entrevistas.

Ressaltamos que, para se tornar um profissional de EMDR, se faz necessário que o psicólogo ou médico, faça uma formação de 50 horas, distribuídas da seguinte forma: 20 horas de aula teórica, 20 horas de prática e 10 horas de supervisão.

3.3. Período do estudo

O estudo foi realizado no período de outubro de 2018 a dezembro 2019, todavia, foi no período entre julho e dezembro do último ano que as entrevistas foram feitas e as análises concluídas.

3.4 População do estudo

Pacientes adultos, na faixa etária de 18 ou mais anos, de ambos os sexos, que se submeteram ou estão em atendimento por psicoterapia do EMDR, indicados por especialistas voluntários, treinados conforme os critérios adotados pela associação Brasileira de EMDR.

3.5 Critérios de inclusão e exclusão da pesquisa

Para ser incluído e participar da pesquisa, os candidatos precisavam ter se submetido a pelo menos um mês de atendimento psicoterápico por EMDR; serem adultos, independente do gêneros, sem exigências quanto a formação e crença religiosa; sem distinção de cor, raça, podendo ser solteiro, casado ou com envolvimento afetivos, que tenham relato de trauma emocional. E, como critério de exclusão, pacientes adultos que estejam sendo atendidos com o tempo mínimo exigido ou por outra prática psicoterápica.

Quanto aos profissionais incluídos no processo à serem convocados, teriam que ser treinados por profissionais de empresas credenciadas e reconhecidas pela Associação Brasileira Brasileira⁷⁶ de EMDR, por ser o órgão que rege a formação e capacitação dos profissionais e é reconhecido pelo Instituto Francine Shapiro. Tendo experiência mínima de dois anos de formação em atendimento clínico.

3.6 Amostra

Seguindo às orientações de Creswell (2010), quando informa que na investigação o pesquisador pode estudar o(s) indivíduo(s), explorar processos, atividades e eventos ou aprender sobre comportamento da cultura de indivíduos ou grupos qualitativos, ressaltando que as estratégias escolhidas têm enorme influência sobre os procedimentos. Esta pesquisa

tem caráter exploratório, pois o objetivo foi compreender a vivência dos pacientes com com história de trauma emocional, em tratamento por EMDR.

Após terem sido indicados por seus psicólogos, foram contactados e aceitaram participar espontaneamente, e para participar do estudo, os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dentro dos critérios éticos, conforme aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde, CAAE: 12336919.7.0000.5569 (Anexo 1).

Para a coleta de dados, foi usado a entrevista semi-estruturada. Quanto ao tempo mínimo exigido para que os participantes pudessem fazer parte da pesquisa, foi que estes tivessem um tempo mínimo de um mês de tratamento, visto que, com esse tempo, o paciente já estava adaptado ao processo do EMDR.

3.7 Instrumentos de coleta de dados

Para a primeira etapa, exploratória, o instrumento de coleta de dados foi composto por uma entrevista semi-estruturada que contemplou informações referentes aos dados socioeconômicos e demográficos e por variáveis clínicas relevantes a coleta das informações. Para a segunda etapa, análise qualitativa da vivência dos pacientes sobre o tratamento utilizando o EMDR, foram elaboradas 4 perguntas disparadoras que viabilizassem a compreensão desta realidade (Apêndice 3).

A entrevista é classificada com grau de risco mínimo, por incluir tanto questionamentos, quanto observação direta. Todo procedimento foi executado, em espaço adequado, de forma reservada, logo após, ser aceito e consentido acordo com o entrevistado. Não houve nenhum conflito de interesse.

3.8 Procedimento para captação dos dados e processamento para coleta de dados identificação e captação dos participantes

Após a aprovação do Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos (CEP), da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), o pesquisador enviou uma carta convite, por email, aos profissionais que atendem pacientes adultos vítimas de traumas emocionais, com objetivo de que pudessem viabilizar o acesso aos pacientes que se interessassem em se submeter à pesquisa. O requisito relevante usado foi que os participantes estivessem em terapia ou tivessem tido experiências de tratamento por EMDR.

Foi utilizada técnica bola de neve, para contactar os participantes que foram recomendados previamente pelos terapeutas, que antecipadamente, esclareceram sobre os motivos da pesquisa, leram, compreenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). Após a assinatura do TCLE, a primeira etapa das entrevistas tiveram início. Nesta, foram contempladas questões sobre dados socioeconômicos e demográficos, com perguntas relativas ao tratamento clínico e uma pergunta aberta sobre o grau de satisfação do participante (APÊNDICE 3). Na segunda etapa, foram sorteados 10 participantes para retomar as entrevistas e dessa maneira, favoreceu-se e deu-se voz ao interlocutor que, no momento da interação com o pesquisador e em um processo de relação mútua, em um diálogo compartilhado, produziram as informações relevantes aqui apresentadas.

O processamento das entrevistas ocorreu após ter sido feita a literalização das falas. Estas foram analisadas e ficarão arquivadas, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora, que garantirá as condições de segurança e sigilo necessárias, sem que haja possibilidade de vir a ser violado; promovendo a tranquilidade e a segurança do conteúdo das respostas fornecidas pelos participantes, conforme acordo firmado

com os entrevistados.

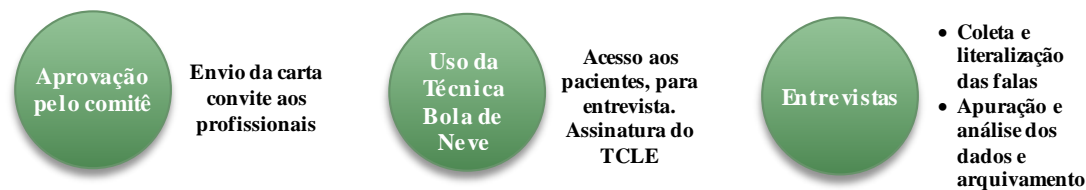


Figura 2. Fluxograma de como aconteceu o Processo

Fonte: Do autor

3.9 Análise dos dados

A análise dos dados foi dividida em duas etapas. Foi criada uma tabela onde constam os resultados de maior índice percentual, acompanhados de uma parte descritiva, em relação às frequências e maiores porcentagens extraídas das informações do roteiro de entrevista. Em seguida, de forma arbitrária, foram selecionados os 10 participantes para responderem além das entrevistas semi-estruturadas, questões abertas para aprofundar o conteúdo abordado através de quatro perguntas disparadoras, que culminaram em uma análise feita através da Análise de Conteúdo Temática, de Minayo⁸⁹. A análise consiste em três etapas que visam descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença ou frequência, signifiquem algo de objeto que poderá ser analisado. Tradicionalmente feita pela contagem da frequência das unidades de significação, definindo assim, o caráter do discurso. Para análise de significados foi levado em conta que estivessem presentes determinados temas que denotam estrutura de relevância, valores de referências e modelos de comportamentos presentes ou subjacentes no discurso.

A análise do tema aconteceu inicialmente a partir de uma *Pré-análise*, onde foram revistos: os objetivos e hipóteses iniciais da pesquisa, comprovados pelas informações coletadas na pesquisa. Etapa essa que foi decomposta inicialmente, pela leitura do material,

que constituiu o *corpus*, a partir da exaustiva representatividade, homogeneidade e pertinência do material coletado. Provocados por formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. E, depois do material ter sido exaustivamente explorado, pode ser codificado. E realizados os recortes, dos registros ou temas, estabeleceu-se critérios de contagem que serviu para que o material fosse categorizado teoricamente.

3.10 Aspectos éticos

O presente estudo obedeceu aos postulados da Declaração de Helsinque e suas emendas posteriores, bem como as Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil (CNS/MS).

Tratando-se de um estudo qualitativo, envolvendo seres humanos e desta forma sua participação implicou na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNCIDE 2), por todos os participantes que concordaram livremente em fazer parte do presente estudo. Os conteúdos serão mantidos em segurança e sigilo, confidenciando todas e quaisquer informações que possam revelar a identidade destes.

O presente estudo preocupado com quaisquer riscos que pudessem surgir enquanto se realizava a pesquisa, informou previamente aos participantes sobre a possibilidade de interromper sua participação ou não responder a alguma pergunta que o mesmo se opusesse. Oferecendo acompanhamento e assistência enquanto se fizesse necessária a recuperação do seu bem estar.

Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisas com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde - CEP vide nº do Parecer: 3.343.820 e CAAE: 12336919.7.0000.5569, cumpriu os termos de exigências obrigatórios para sua realização.

O benefício deste estudo foi o de possibilitar, identificar e compreender a

vivência, decorrente da submissão de pacientes vítimas de traumas emocionais, a partir dos relatos vivenciados dos pacientes sobre o uso do EMDR, podendo, assim, vir a auxiliar outras pessoas que tenham passado pela mesma problemática. Bem como, ajudar especialistas da área de saúde, a realizar encaminhamentos de seus pacientes.

4 RESULTADOS

Atendendo as normas do Programa de Pós-Graduação *Strictus Sensu* do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde, da Faculdade Pernambucana de Saúde, os resultados desta dissertação serão apresentados no formato de dois produtos:

4.1. Produto 1: O primeiro refere-se a um artigo intitulado “A vivência da psicoterapia com EMDR no tratamento de traumas psíquicos”. O qual será encaminhado para a revista *Psicologia & Saúde*, cujas normas encontram-se no (ANEXO 1).

ARTIGO

Revista Psicologia & Saúde

A vivência da psicoterapia com Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares (EMDR) no tratamento de traumas psíquicos

The experience of psychotherapy with Desensitization And Reprocessing Through Eye Movements (EMDR) in the treatment of psychic traumas

Teuman de Marillac Alves Fonsêca Maia.

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

RESUMO

Introdução: O EMDR se propõe a ajudar na dessensibilização e no reprocessamento de memórias de eventos inusitados e intensos, que provocaram sofrimento emocional, os quais diante de estímulos disparadores provocam recordações, comprometendo a dinâmica natural da vida dos pacientes vítimas de traumas emocionais. **Objetivo:** Compreender a vivência da psicoterapia por EMDR de pacientes adultos com traumas psíquicos. **Método:** Pesquisa exploratória de delineamento qualitativo, com amostra de 76 participantes e uso de entrevista semiestruturada. Os dados foram apresentados em suas frequências absolutas e relativas e em seguida foram analisados pelo critério de Análise de Conteúdo Temática, de Minayo.

Resultados: Foram identificadas quatro categorias: Compreensão do EMDR; Sentimentos durante a vivência do EMDR; Mudança comportamental percebida após as sessões por EMDR; Potencialidades e Fragilidades percebidas pelos pacientes. **Conclusões:** O EMDR oferece vários benefícios, ficando unânime em todos os entrevistados a percepção de mudanças positivas após seu tratamento.

Palavras Chaves: Trauma emocional. Intervenções psicoterápicas. EMDR.

Resume

Introduction: EMDR proposes to help in the desensitization and in the reprocessing of memories of unusual and intense events, which caused emotional suffering, which when triggered stimuli provoke memories, compromising the natural dynamics of the lives of patients victims of emotional trauma. **Objective:** To understand the experience of psychotherapy by EMDR of adult patients with psychological trauma. **Method:** Exploratory research with a qualitative design, with a sample of 76 participants and using a semi-structured interview. The data were presented in their absolute and relative frequencies and then were analyzed using Minayo's Thematic Content Analysis criterion. **Results:** The contents were divided into four categories: Understanding the EMDR; Feelings during the EMDR experience; Behavioral change perceived after EMDR sessions; Potentialities and weaknesses perceived by patients. **Conclusions:** EMDR offers several benefits, with all respondents being unanimous in their perception of positive changes after their treatment.

Keywords: Emotional trauma. Psychotherapeutic interventions. EMDR.

Introdução

A dessensibilização e reprocessamento através dos movimentos oculares (EMDR) é uma terapia neurobiológica descoberta, em 1987, pela Dra. Francine Shapiro. Sua base sustenta a possibilidade de que há uma associação entre a fuga dos pensamentos e os movimentos bilaterais feitos pelos olhos (Shapiro, 1991). Criada para intervir em casos de experiências traumáticas, pode ser descrita como um procedimento que tem um protocolo estandardizado, que usa os movimentos oculares bilaterais com o objetivo de dessensibilizar e reprocessar as memórias disfuncionais do evento traumático, bem como, outros eventos de vida diversos (Associação EMDR Portugal, 2017).

O trauma é definido pela *American Psychiatric Association* (2013) como uma resposta emocional a um evento terrível, como um acidente, um estupro ou um desastre natural. Imediatamente após o evento, choque e negação são típicos. As reações em longo prazo incluem emoções imprevisíveis, *flashbacks*, relacionamentos tensos e sintomas físicos, como dores de cabeça e até náuseas. Embora esses sentimentos sejam normais para algumas pessoas, outras têm dificuldade em seguir em frente com suas vidas.

Na compreensão desta abordagem a maior parte das psicopatologias se baseiam em experiências remotas de vida. O EMDR é composto por muitos componentes e a ativação do evento alvo, pelos estímulos com movimento bilaterais (oculares, táteis e auditivos) são usados na terapia. Deste modo, mantém-se o paciente o tempo todo no presente, enquanto se evocam conteúdos do passado, em uma atenção dual. Durante o processo é ativado o Sistema de Processamento de Acelerado de Informações (PAI) na busca de se atingir bons resultados com o tratamento (Shapiro & Sherwel, 2004).

O Modelo do PAI é coerente com a compreensão daquilo que hoje em dia chama-se de processamento de informações. Especificamente parece haver um equilíbrio neurológico

em um sistema fisiológico distinto, o qual permite que a informação seja processada até chegar a uma “resolução adaptativa”. Para Bleichmar (2008), as representações do sofrimento não se ativam nem se arquivam como um todo em um determinado lugar no cérebro, uma vez que se organizam como um quebra cabeça, de forma modular e fragmentada, nas redes de memória desde o começo da vida do sujeito.

Damásio (1991) sugere que a investigação da forma como os pensamentos desencadeiam as emoções e de como ocorrem às modificações do corpo, durante as emoções, se transformam nos fenômenos mentais, chamados de sentimentos, sustentado algo novo sobre o corpo e sobre a mente, como duas manifestações aparentemente separadas de um organismo integrado e singular.

Desse modo, fatos graves, que tiveram sua inscrição no início da vida, são os que mais se manifestam por serem guardados sem que haja maturidade emocional para serem compreendidos, deixando marcas profundas. Sem informações suficientes para dar sustentação e condições para autodefesa, geram sentimentos confusos, expressos pelos pacientes, originando crenças negativas e limitantes, provocando um sofrimento marcante (Jaffard, 2001).

Jaffard (2001) aborda a diversidade da memória e do quanto essa revela um grau de variedade interindividual no processamento da memória de eventos de vida e das emoções básicas, enfraquecendo o conceito sobre a reação universal ao trauma (Perez, Mercante & Nasello, 2005).

Inerente ao modelo do PAI há o conceito de autocura psicológica (Shapiro, 1989), um constructo baseado na resposta curativa do corpo aos danos físicos. Por exemplo, quando alguém corta a mão, o corpo trabalha no sentido de fechar e curar o sofrimento. Se algo impedir a cura, como um objeto estranho ou um trauma que se repete, o ferimento irá se inflamar causando dor, até que a sua remoção proporcione a retomada da cura.

Sendo assim, o modelo incorpora noções fisiológicas, tais como: ativação de rede, contracondicionamento e assimilação de informações emocionalmente corretivas e adaptativas. Ao longo do processo a neuro-rede, contendo a informação alvo a ser trabalhada durante o tratamento, é ativada. Os efeitos negativos são mitigados e as informações resultantes são positivamente pensadas e funcionalmente armazenadas na memória. O EMDR fará de um jeito que a aprendizagem tardia ocorrerá em um ritmo acelerado (Shapiro, 1989).

Os protocolos desta abordagem fizeram surgir um método cientificamente reconhecido no tratamento do estresse pós-traumático, da ansiedade e das fobias, que tem favorecido clientes que necessitam reprocessar e reorganizar seu padrão de cognição diante da vida (Brunnet, Silva, Soares, Guimarães, & Pizzinato, 2014).

O protocolo clássico de oito fases ou passos, ao ser aplicado, conduz o paciente por meio da conceitualização do caso e da preparação do protocolo à dessensibilização e ao reprocessamento da memória traumática, fecho e *follow-up* (Shapiro & Sherwel, 2004). Considerando que, em cada pessoa, existe um sistema de processamento fisiológico de informação no qual novos *inputs* (informações) são metabolizados de forma adaptativa, o protocolo visa o acesso de alvos, para readaptá-los à rede de memória.

Nas primeiras fases ocorre a coleta de dados, a preparação do paciente para o processo e a dessensibilização emocional. Na fase 1, ocorre a coleta a história do paciente e a construção do plano de tratamento; na fase 2, o vínculo e a aliança terapêutica auxiliam na preparação e nas orientações sobre os aspectos essenciais do processo com EMDR.

Na fase 3 ocorre a avaliação para intervenção através dos componentes: imagem; memória que represente o evento; cognição negativa, autoavaliativa; cognição positiva que será usada para substituir a cognição negativa durante a fase de instalação; localização da sensação no corpo. Utiliza-se a escala *Subjective Units of Disturbance* (SUDS - Unidades Subjetivas de Perturbação), com dez (10) pontos, para atribuir valor expresso a quaisquer

sentimentos negativos. Nesta escala, zero, representa um sentimento neutro ou calmo e 10 (dez) equivale ao máximo de perturbação que ele possa imaginar. O mesmo processo acontecerá com as crenças positivas (CP) com o uso de outra escala subjetiva, a *Validit cognition* (VOC) ou Escala de Cognição. Na VOC, um (01), representa crença “completamente falsa” e sete (07) “completamente verdadeira”. Na fase 4 objetiva-se a dessensibilização da crença negativa, avaliada na escala do SUDS, aplicando os MBL (Movimentos Bilaterais) que o nível de angústia tenha obtido a avaliação zero (0), na escala.

As fases que se seguem referem-se às mudanças. Na fase 5, denominada instalação, o foco está na instalação e no aumento da força da CP. Fortalecendo a CP até que a aceite como verdadeira. E o VOC, chegue a 7.

Na fase 6, após a instalação da CP por completo, realiza-se a Sondagem Corporal (*Bory Scan*). Realiza-se uma checagem corporal, da cabeça aos pés, observando se há qualquer tensão residual na forma de sensação corporal. Se existir, esta tensão deverá ser trabalhada. Na fase 7, ocorre o encerramento, quando o objetivo da sessão de EMDR foi atingido. Espera-se que o paciente se sinta melhor após o reprocessamento, modificando seu estado de forma positiva, diferente de como chegou à sessão.

E, por fim, na fase 8, ocorre a reavaliação do progresso obtido nas sessões anteriores.

Quanto ao número de sessões e ao número de fases incluídas em cada sessão, este varia de paciente a paciente. O procedimento padrão do EMDR, no entanto, se dá durante cada sessão de reprocessamento, seguindo a orientação do protocolo, de forma que, cada dessa sessão deve ser direcionada a um alvo específico, o qual será selecionado pelo paciente ao se iniciar uma sessão (Shapiro, 2001).

O EMDR propõe que, o reprocessamento de um único trauma simples é geralmente realizado dentro de até 03 sessões. Quando o tratamento for de um evento mais intenso, será mais demorado, devendo-se esperar alguma mudança, algum sinal de melhora de estado

emocional e cognitivo (Shapiro, 2001). O objetivo deste estudo foi compreender a vivência da psicoterapia com EMDR em pacientes adultos no tratamento traumas psíquicos.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem mista, quantitativa e qualitativa, objetivando apreender a maior quantidade de informações possíveis sobre esta realidade, ainda pouco investigada no cenário nacional. Os dados quantitativos foram utilizados para maximizar a exploração de informações sobre a natureza da população alvo e os dados qualitativos embasaram a compreensão da vivência dos pacientes (Creswell & Clark, 2011).

Participantes

Participaram da pesquisa pacientes adultos, vítimas de trauma psíquicos, de ambos os sexos, que se submeteram ou que estavam em atendimento através do EMDR. A técnica utilizada para seleção dos participantes foi a bola de neve e os contatos para indicação das entrevistas foram realizados inicialmente com os terapeutas certificados pela Associação Brasileira de EMDR. Após esse primeiro contato, os pacientes foram convidados a participar da entrevista. Ao final, a amostra foi composta por 76 participantes atendidos por profissionais treinados, qualificados e associados pela Associação Brasileira de EMDR. Sabe-se que o método qualitativo é adequado aos estudos da história, das representações e crenças, das relações, das percepções e opiniões, ou seja, dos produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a

si mesmo, como sentem e pensam. Enquanto se realizou a coleta e no momento da interpretação dos dados qualitativos, o pesquisador se baseou no produto das interpretações dadas através das respostas apresentadas nas entrevistas (Minayo, 2012). Em relação à análise de conteúdo, foram usados os relatos de 10 entrevistas, selecionadas de forma arbitrária.

Instrumentos

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo informações sobre dados sociodemográficos, da história clínica e sobre a vivência do tratamento com EMDR e perguntas disparadoras referentes à como foi à vivência do tratamento. As falas foram áudio-gravadas, transcritas e, posteriormente, analisadas através da Técnica de Análise de Conteúdo Temática (Minayo, 2012), a partir de três fases: a) exploratória, na qual se amadureceu o objeto de estudo e se delimitou o problema de investigação; b) coleta de dados, onde se recolheram as informações para responder ao problema; e c) análise de dados, na qual se fez o tratamento, por inferências e interpretações, dos dados coletados.

Procedimentos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, por meio do CAAE nº 07232919.9.0000.5569. Em seguida, foram contactados psicoterapeutas treinados e supervisionados por especialistas reconhecidos pela Associação Brasileira de EMDR, que, ao aceitarem o convite de participar da pesquisa, disponibilizaram seus pacientes para que as entrevistas fossem realizadas, com local, hora e data previamente combinadas, para participarem do processo. Estes assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando o uso dos dados na pesquisa, tornando possível a compreensão mais efetiva dos discursos trazidos pelos pacientes, diante das questões realizadas referentes ao tema. As aproximações no discurso foram evidenciadas à medida que as transcrições das entrevistas ocorreram e foram sendo simultaneamente organizadas, agrupadas e categorizadas para facilitar a compreensão dos dados.

Resultados e Discussões

A amostra deste estudo foi composta por 76 (setenta e seis) pacientes, com idades que variavam entre 18 e 75 anos, com média de 38 anos. A maior parte da população (77,63%) foi composta por mulheres. Da população analisada, 77,63%, eram solteiras; 52,63% tinham como religião a católica; 55,26% possuíam grau de instrução superior completo; 66,20% trabalhavam e a maioria dos pacientes (69,73%) residia na cidade do Recife (Tabela 1). O tempo médio de tratamento dos entrevistados foi de 12,6 meses.

O tempo médio de tratamento dos entrevistados foi de 12,6 meses e conforme dados apresentados na Tabela 1 verifica-se que a predominância da população que buscou atendimento psicoterápico nesse estudo foi composta por mulheres e pessoas solteiras. Este dados coincidem com o estudo de Santos e Borges (1994) que, ao realizarem a caracterização da clientela que procurava a clínica escola da USP-Ribeirão Preto, constatou que a maioria do público adulto também era formado predominante pelo gênero feminino e com estado civil solteiro.

Tal aspecto permite refletir sobre uma possibilidade maior das mulheres buscarem autocuidado em relação à sua saúde mental. Esse fato ganha relevo ao considerar as ponderações de Jaffard (2001) no seu estudo sobre memória, o qual estima que, ao longo da vida, 51,2% das mulheres e 60,7% dos homens já teriam vivenciado pelo menos um evento

potencialmente traumático.

Tabela 1 – Dados socioeconômicos e demográficos de pacientes que realizaram EMDE, Recife, 2020

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	59	77,63
Masculino	16	21,05
Outro	1	0,01
Estado civil		
Solteiro	59	77,63
Casado	16	21,05
Viúvo	1	0,01
Religião		
Católica	40	52,63
Cristã	20	26,31
Espírita	4	5,2
Outra	2	2,63
Não tem religião	9	11,84
Escolaridade		
Ensino Médio incompleto	7	9,21
Ensino Médio	3	3,94
Superior incompleto	10	13,15
Superior	42	55,26
Especialização	13	17,10
Trabalho Remunerado		
Sim	52	66,20
Não	24	33,88
Local de Residência		
Recife	53	69,73
Região Metropolitana	12	15,79
Interior de PE	11	14,47

Fonte: Os autores

Os dados do estudo mencionado anteriormente propiciam reflexões sobre a maior frequência de homens com registros de traumas emocionais em contraponto a maior demanda por que a demanda por atendimento psicológico ser feita por mulheres. Catani (2019) chama a atenção para o fato de que a busca pelo atendimento psicológico é motivada por um sofrimento; um momento de dor, de dúvida e muitas vezes de esperança. E as mulheres tendem a pedir ajuda.

Em estudo desenvolvido com estudantes universitários da Universidade Regional Autónoma de Los Andes, verificou-se que existem diferenças de gênero na presença de cognições negativas, nas crenças desenvolvidas após o evento traumático, sugerindo que, em

geral, tanto os gêneros masculino e feminino desenvolveram cognições negativas em relação ao eu e ao mundo. No entanto, a equipe feminina relatou um nível mais alto de perturbação diante do evento traumático, bem como no desenvolvimento de cognições negativas em comparação à equipe masculina (Jarero, I. & Artigas, 2016). Podendo esse dado servir de reflexão para um futuro aprofundamento que venha a justificar o fato de que mais mulheres procuram por ajuda psicoterápica devido a presença de alto nível de perturbação vivenciados.

Na Tabela 2 são apresentadas as principais variáveis clínicas encontradas nos participantes.

Tabela 2 – Variáveis clínicas de pacientes que realizaram tratamento com EMDR, Recife, 2020.

Variáveis	N	%
Diagnóstico Psiquiátrico		
TEPT	26	34,21
Ansiedade	33	43,42
Depressão	8	10,52
Sem diagnóstico	9	11,84
Acompanhamento Psicológico anterior		
Sim	26	34,21
Não	50	65,78
Abordagem Psicoterápica		
Terapia Cognitivo Comportamental	15	19,76
Gestalt	7	9,21
Psicanálise	5	6,57
Sistemática	3	3,94
Analítica	6	7,89
Não soube informar	17	22,37
Não fez	23	30,26
Uso de medicação		
Sim	25	32,89
Não	51	67,71

Fonte: Os autores

Em relação aos dados psiquiátricos dos pacientes, 34,21% foram diagnosticados com Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT); 43,42 % com ansiedade; 10,52% possuíam quadro de depressão, enquanto que 11,84% não haviam recebido nenhum diagnóstico clínico. Em relação a estes últimos, embora não tenham sentido interesse em buscar acompanhamento psiquiátrico, admitiram ter vivenciado uma situação traumática, o que motivou a busca pelo EMDR.

A avaliação diagnóstica cuidadosa e compreensiva deve ser vista como uma etapa crítica no seguimento de qualquer paciente que busque acompanhamento psicoterápico. Miguel (2016), em um artigo de revisão bibliográfica referente à depressão e à ansiedade, refere que a comorbidade existente entre estas, reflete sobre a importância de um bom diagnóstico e da psicoterapia, sugerindo, ao longo do trabalho, que pacientes que apresentam sintomas e diagnóstico de TEPT, de ansiedade e de depressão, necessitam receber acompanhamento psiquiátrico e farmacológico. A autora ressalta que a elevada prevalência das comorbidades entre ansiedade e depressão sugere que seja feita a realização de uma pesquisa ativa destes sintomas, mesmo em casos aparentemente simples. Ademais, reforça que os pacientes devam ser encaminhados, seja para clínicas especializadas ou em cuidados primários, especialmente considerando as dificuldades que possuem esta dualidade sintomática. Quando não bem diagnosticado, existe a possibilidade de ter a possibilidade de evolução, partindo de um distúrbio subclínico simples para algo mais grave, tendo como possível consequência uma série de dificuldades de tratamento destes pacientes. A referida autora destaca ainda que, há a falta de certezas quanto à melhor forma de lidar com esta população.

Em relação à abordagem teórica de acompanhamento psicoterápico nesse estudo, 23 dos participantes (correspondente a 30,36%), afirmaram que nunca haviam se submetido a qualquer tipo de processo psicoterápico. Contudo, àqueles que se submeteram a algum tipo de atendimento estão distribuídos da seguinte forma: 19,76% pela TCC; 9,21%; 6,57% pela Psicanálise; 3,94% na abordagem Sistêmica enquanto que os demais, 22,37% não souberam informar qual a abordagem haviam recebido em seu atendimento. Quanto aos dados referentes ao diagnóstico, percebe-se que 11,84% da população não possuíam nenhum diagnóstico prévio.

Segundo Santos (2016), por conta dos benefícios apresentados através do EMDR,

diminuindo os períodos de internamento e os dias de baixa psiquiátrica, este tratamento poderia ser aplicado “em todos os casos em que possa ser vantajoso um reprocessamento de memórias”.

Provocando uma reflexão a respeito do quanto é importante sempre aprofundar os questionamentos referentes à história pregressa do paciente através de um aprofundamento na anamnese, onde conste os históricos referentes às informações familiares, de forma que se possa construir um plano de tratamento coerente, oferecendo um trabalho adequado, seguro e quando necessário, sendo encaminhado por médico psiquiatra, como elucidado no trabalho realizado por Marín, Guillen e Vergara (2016).

Análise qualitativa

As informações apresentadas a seguir correspondem aos dados referentes a seleção de 10 participantes para o aprofundamento dos aspectos relacionados a vivência do tratamento com EMDR. A seleção foi feita de forma aleatória e a partir da disponibilidade dos participantes através de perguntas disparadoras nortearam as reflexões do estudo.

O Quadro 1 apresenta as características gerais dos 10 entrevistados.

Neste é possível verificar que, o gênero feminino, assim como o estado civil solteiro continuam sendo a maioria, bem como, o grau de instrução superior. A idade variou de 21 a 67 anos e o tempo de tratamento de 05 a 26 meses, permitindo uma abrangência maior na compreensão desta vivência em diferentes tempos.

Quadro 1 – Características da amostra, para análise dos conteúdos das repostas dadas pelo 10 últimos participantes da pesquisa:

PARTICIPANTE	IDADE	GENERO	ESTADO CIVIL	GRAU DE INSTRUÇÃO	TEMPO DE TRATAMENTO
P1	31	Masculino	Solteiro	Superior	6 meses

P2	22	Feminino	Solteira	Sup. Incompleto	18 meses
P3	32	Feminino	Solteira	Superior	22 meses
P4	54	Feminino	Casada	Ensino Médio	9 meses
P5	28	Masculino	Solteiro	Sup. Incompleto	9 meses
P6	42	Masculino	Casado	Superior	26 meses
P7	47	Feminino	Casada	Especialização	25 meses
P8	58	Masculino	Casado	Superior	05 meses
P9	67	Feminino	Viúva*	Ensino Médio	13 meses
P10	21	Feminino	Solteira	Sup. Incompleto	08 meses

Fonte: Os autores

Após a transcrição das entrevistas e leitura em profundidade do material, emergiram 4 categorias de análise temáticas: 1. Conhecimentos prévio sobre o EMDR; 2. Sentimentos emergidos durante a vivência por EMDR; 3. Mudança Comportamental após as sessões por EMDR; e 4. Potencialidades e Fragilidades percebidas em relação ao processo de tratamento por EMDR.

Para a análise de fala de cada participante estes foram nomeados de P1 a P10 a fim de garantir o sigilo das informações. A seleção dos trechos das falas foi realizada quando os conteúdos denotaram ser relevantes a cada categoria estudada. E, mantivemos, em cada categoria, duas análises, cada uma delas feita por dois participantes de cada gênero. E para ilustrá-las, a quantidade das falas analisadas correspondeu aos conteúdos emitidos por cada participante, podendo este aparecer mais de uma vez nas categorias.

A primeira categoria analisada, surgiu a partir da pergunta disparadora: Como você compreende o EMDR? refere-se à “Análise do Conhecimento Prévio”, que os pacientes precisam ter a respeito da compreensão de alguns conceitos básicos e essenciais, usados ao longo do processo por EMDR.

O profissional de EMDR, deve acompanhar o progresso do paciente, o mais neutro possível, evitando durante todo o procedimento, evitar induzir, sugerir ou atrapalhar a dinâmica natural ao longo do processo, evitando fazer comentários adivinhatórios e interpretações desnecessárias. Precisa permanecer atento para que, se e quando necessário, fazer uso de alguma técnica ou de algum protocolo específico, que possa vir a contribuir com

o avanço, de forma coerente e segura, na dessensibilização e reprocessamento do alvo selecionado pelo paciente.

Segue os quatro trechos das falas selecionadas e transcritas, produzidas a partir dos 10 últimos entrevistados, para análise desta categoria:

P1 – “(...) Eu sei que é uma terapia que me ajudou muito e hoje sou outra pessoa. Sei que os movimentos alternados na hora em que foram feitos, muito rápido, ajudaram a trazer a lembrança com todos os detalhes e, em outros momentos, quando é mais devagar me acalmam. Mas eu já percebi que são usados em horas diferentes. E que tem haver com minhas memórias não terem sido guardadas no lugar certo e depois elas vão para a teia de memória (...) é isso? O legal é que em pouco tempo eu me sinto melhor”. (Masculino)

P3- “Olhe a terapia tem haver com neurobiologia, é como guardamos em nós as experiências dos traumas pequenos e grandes dentro da gente. E como estes traumas estão guardados assombram a gente. Não sei falar muita coisa, mas é algo assim”. (Feminino)

P5 - “Tem a ver com neurociências, cérebro, mudanças da memória que não ficou adaptada e que com a estimulação vai se adaptando, é muito diferente porque você chega a duvidar. No começo eu não entendia, hoje eu confio e faço (...)” (Masculino)

P9- “Sei que tem haver como eu vivi meu problema, o trauma. Eu aprendo que tenho um lugar seguro onde, se eu precisar, ele existe dentro de mim. Daí, vou sendo ativada e entro em contato com a lembrança que no começo me faz reviver. Mais logo, no final, já modifica o que eu sentia” (Feminino)

Nos trechos das falas acima, transcritas das entrevistas feitas, percebe-se que há dúvidas em relação ao domínio de conceitos importantes do EMDR, contrariando os ensinamentos sugeridos pela criadora Shapiro (1994) que enfatizou, em seus escritos, que

caracterização de um evento como traumático não depende somente do estímulo estressor, mas da tendência do processamento perceptual. A autora é enfática ao relatar que, a maneira como a pessoa processa o evento estressante é determinante para que o trauma seja configurado ou não. E o EMDR, por ser uma terapia conceituada como um tratamento que favorece uma progressão por redes de memória, trata de conteúdos que requer uma compreensão maior, por parte dos pacientes, a respeito de como as informações são dessensibilizadas e processadas. Esse tipo de orientação deve ser bem explorada na fase 2 do protocolo padrão. Quanto mais informações o paciente souber em relação ao processo, mais engajado e seguro permanecerá, principalmente, quando chegar o momento da evocação da memória traumática, momento este, geralmente acompanhado por sentimentos de sofrimento e lágrimas (Shapiro, 1989; 2001; 2018). Acredita-se que, quando o paciente tem compreensão de como ocorre o processo, este poderá receber, com mais espontaneidade, quaisquer mudanças que aconteçam sem ser retraumatizado. Tendo noção de como tudo pode acontecer, poderá ajudar desde a seleção dos alvos específicos a serem trabalhados, para ter acesso aos nós que estão bloqueados nas suas redes de memórias, podendo, assim, desbloqueá-las. Uma das premissas do EMDR é que, baseada na observação clínica, qualquer manifestação armazenada pode ser utilizada como alvo a ser trabalhado, sendo necessária uma compreensão prévia do processo e dos conceitos que este envolve (Shapiro, 1989; 2017; 2018).

Pois a essência do EMDR é propor, como prática de intervenção clínica, uma transmutação de uma informação outrora armazenada de forma inadequada, possibilitando uma adaptação eficaz, mantendo o tempo todo o paciente ciente e acompanhando todas as mudanças enquanto se submete ao processo. A atuação do paciente neste momento auxilia não somente na seleção dos alvos, mas também na avaliação das mudanças computadas nas escalas de VOC e SUDS, como é reforçado nos estudos de Soberman (2002) e Van der Kolk,

Muris, Salemink e Kindt (2007).

Van der Kolk e cols. (2007), quando sinalizam o quanto é essencial que o paciente tenha uma boa compreensão a respeito do funcionamento do processo que o envolve, tendo conhecimento referente ao armazenamento e processamento das informações realizadas ou não pelo cérebro, que poderá levar a adaptação das experiências na rede de memória. Essas informações contribuem para a percepção das mudanças, auxiliando-o a participar de forma ativa, na busca do resgate de sua saúde psicológica.

Vale ressaltar que no decorrer do processo de dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares, psicoterapeuta e paciente vão acompanhando as orientações fornecidas através do protocolo de oito fases, analisando todos os detalhes, desde a imagem ou alvo escolhido a ser analisado, registrando a intensidade do SUDS, inicialmente, seguido pelo VOC, e pelas crenças, emoções e alterações vivenciais percebidas no corpo, enquanto o processo vai acontecendo, de forma que todo o processo ocorra seguindo o padrão sugerido pela sua criadora e pesquisadora Dra. Francine Shapiro.

Sendo assim, é de fundamental importância que as informações sejam bem claras e os acordos estejam determinados e bem assimilados pelo paciente, para que possa informar quaisquer alterações percebidas no processo de dessensibilização e reprocessamento cognitivo e emocional. Desta forma, à medida que o processo for avançando, às mudanças percebidas serão registradas e analisadas, tanto pelo terapeuta como pelo paciente em tempo real. Sendo assim, é de suma importância que todas as informações sejam consideradas significativas para que o profissional acompanhe o processo, podendo, quando necessário, fazer intervenções que ajudarão como facilitadores à mudança de estado, mantendo o paciente seguro e atento ao que se passa com ele durante a sessão.

Em suma, essas informações são fundamentais porque além de falar do evento traumático, se remetem às informações cognitivas (relacionadas às crenças); às

somatosensoriais (referente às sensações percebidas no corpo) e às afetivas (identificando às emoções), presentes ao longo e durante todo o processo, conforme às orientações de Shapiro, (2001; 2018).

A segunda categoria, analisada a partir da pergunta disparadora: Como foi, ou esta sendo, sua experiência em tratar sua vivência emocional com EMDR? esta categoria retrata “A vivência emocional do paciente no momento do trauma e de como ele se refere aos sentimentos e sensações percebidos enquanto se submete ao processo por EMDR”, resgatados através do processo.

Seguindo o mesmo critério, aqui também foram selecionadas quatro falas, sendo duas de cada gênero, que fundamentassem as reflexões sobre a categoria a ser analisada. Segue a transcrição das falas.

P2- “(...) quando a lembrança vem, parece que tá acontecendo tudo de novo, cheguei a sentir tudo de novo, mas depois, com o trabalho, fui aprendendo a olhar, pensar e sentir como se tudo estivesse acabado agora. (Risos) (...) e acabou. O cérebro ainda não sabia (...)”. (Feminino)

P6- “Olha já fiz outras terapias e realmente essa é diferente. No começo era complicado pra chorar na frente de uma mulher, foi difícil, depois fui vendo que era uma forma errada de me analisar que, como homem, podia chorar e eu chorei pra caramba. O legal é que depois a gente vai entendendo tudo. Sei que hoje me sinto bem legal, já faz tempo que estou fazendo”. (Masculino)

P8- “(...) bom quando procuramos um tratamento é porque de fato estamos precisando, e foi assim comigo. Eu passei por uma perda abrupta de um filho e não aceitei. Como pai você tem que cuidar de toda família e resolver tudo. Com o tempo passei a não dormir, a ficar irritado com facilidade, cheio de comportamentos diferentes de quem sou habitualmente. Daí busquei ajuda e me mandaram pra terapia.

O que percebo que quando iniciei o processo, chorei muito a morte de meu filho. Hoje ainda lembro dele e me emociono, mas não culpo mais o mundo. Estou voltando ao meu eixo. Aqui (na terapia) aprendi que muita coisa está ligado ao meu passado, a forma como fui educado pelos meus pais”. (Masculino)

P10- “(...) no começo eu não queria mexer nesse problema, era assim que eu chamava, só de pensar me sufocava, eu fugia de qualquer conversa que me fazia lembrar. E foi muito difícil. Meu Deus, hoje percebo que estava muito mobilizada esse tempo todo. Me sentia uma pessoa sem valor, um monstro. Na hora tive muita raiva de mim, depois fui melhorando e entendendo tudo. Agora estou mais livre, a sensação é essa”. (Feminino)

Shapiro (1989 ; 2001; 2018) ressalta que a memória traumática possui características diferentes da memória comum por ser incompleta ou incoerente, tendenciosa à detalhes que são emocionalmente significativos, ameaçadores, novos ou de especial importância para o indivíduo. Esse tipo de memória leva a vítima a um estado contínuo de alerta, passando a detectar estímulos que disparam reações emocionais de maneira disfuncional. Como percebemos no comentário feito nas falas dos participantes. O que fica explícito é que, enquanto essa memória traumática não é trabalhada e acolhida, fica presente, desadaptada à rede de memória, impedindo o funcionamento natural. E quando, através do processo proposto pelo EMDR ocorre uma dessensibilização emocional, favorecendo um reprocessamento cognitivo, dinâmico e neurocognitivo, devolvendo o estado natural e funcional existente no organismo humano, favorecendo a adaptação da memória no cérebro. A memória comum, apesar de ser possuidora de menor vivacidade perceptiva, está ligada ao resto das experiências de vida, que nortearam novas conexões e fortaleceram novas redes de memória. Para a criadora desta prática psicoterápica, as memórias podem ser alvo de dessensibilização e reprocessamento através do EMDR, trazendo uma resolução e um

funcionamento adaptativo (Shapiro, 2014; 2017; 2018).

Em estudos anteriores, como o realizado por Wilson, Becker e Tinker (1995), onde os autores enfatizam que as sessões por EMDR promovem acesso às memórias do evento traumatizante e que a recordação do evento ativa sentimentos relacionados às memórias vividas no passado. Como citado nas falas apresentadas, em que cada trecho de fala demonstra que as memórias trazem além do conteúdo do fato vivido, sensações, tensões e crenças, fazendo com que o paciente se sinta como se ainda estivesse no momento presente do trauma. À medida que o protocolo de oito fases do EMDR vai sendo aplicado, percebe-se a atenuação desse tipo de desconforto, dando lugar a novas possibilidades.

Nas falas dos pacientes P8 e P10 percebemos o que Shapiro (1989 a) falou a respeito de que ocorre no cérebro, o paciente diante de um evento traumático, não consegue processar o fato vivido naturalmente, impossibilitando que este seja adaptado de maneira natural. Com o trauma, a recordação fica latente, aparecendo sempre que um estímulo ative à recordação. De maneira que não consegue ser arquivado na rede de memória, permanecendo desadaptado, latente.

O processo, por sua vez, oportuniza um reencontro com a situação de forma segura, levando o paciente a perceber e reaver as memórias negativas, desbloqueando a dificuldade existente de não conseguir perceber outros eventos positivos que estão ao seu lado.

O alvo selecionado, quando trabalhado, vai desatando os “nós” (node). Estes são facilmente percebidos, porque o paciente reage ao alvo com raiva ou ansiedade indevida, por exemplo, devido às associações ligadas ao alvo. A meta de terapia é fazer o paciente reagir com tranquilidade ao alvo, sendo necessário antes, “limpar” cada canal, dessensibilizando e reprocessando todo o material armazenado de forma disfuncional e que esteja conectado ao “nó” (Shapiro, 1989; 2001; 2014; 2017; 2018).

Como se sabe, estudos de neuroimagem sugerem que a sintomatologia de trauma

grave está associada à desregulação da amígdala (Weber e cols., 2013). E, com o tempo, o trauma é associado a consequências neurobiológicas que comprometem a dinâmica da vida (Carrion, Wong & Kletter, 2013).

Os tratamentos por EMDR, como afirmado por Vaughan, Armstrong, Gold, O'Connor, Jeneke e Tarrier (1994), revelaram uma significativa diminuição dos sintomas do TEPT e em outro estudo realizado por Irison (2002) ao fazer uma comparação entre o EMDR e a exposição prolongada, constatou-se que 70% dos pacientes tratados com a terapia de EMDR obtiveram bons resultados em três sessões de tratamento, enquanto que apenas 29% das pessoas tratadas por exposições prolongadas conseguiram resolver seus problemas.

A categoria 3 esta relacionada a terceira pergunta disparadora onde pediu ao paciente que: Fale um pouco sobre sua experiência com EMDR, no que tange a percepção de mudanças comportamentais e ou emocionais. Aqui se buscou realizar uma “Análise da perspectiva funcional feita pelos pacientes em relação às mudanças comportamentais experimentadas durante o processamento por EMDR”. Nesta categoria são apresentados trechos dos relatos referentes aos comportamentos que antes estavam presentes na vida de cada um, mantendo-os aprisionados, causando sofrimentos e mágoas, mantendo feridas abertas, conforme segue:

P1- “(...) antes eu me sentia como não tendo nenhum valor, carregava alguma coisa dentro de mim que me machucava e, logo no começo da terapia, eu achava que ela, a terapeuta, podia estar querendo me hipnotizar e eu não queria ser hipnotizado ou induzido a sentir essas coisas. Depois, fui percebendo que eu estava mudando de verdade. Que as sessões iam ficando menos pesadas e aos poucos as pessoas perguntavam o que estava acontecendo comigo? (...) não sabia o que dizer. Hoje sei que o que passei, o que me deixou amargo e desconfiando com as pessoas. Na realidade, não confiava mais em ninguém. Hoje voltei a viver e sou mais leve,

tranquilo. Cuido de mim e me permito conviver com cada um de seu jeito, sem ter que mudar o meu. Entende? (...)”. (Masculino)

P4- “Me sinto melhor. (...), o comportamento que vejo que mudou foi que agora tenho mais paciência, estou dormindo melhor, até as dores nas pernas tem melhorado. O marido disse que estou mais bem humorada, vou à missa, saio sem reclamar. Sim, acho que estou mais vaidosa. Me preocupando com o que devo vestir”. (Feminino)

P6- “(...) bom, quando a gente é criança passa por um monte de experiência e não imagina que isso um dia aparece pra gente prestar contas. Muito interessante o que estou descobrindo com as sessões. Minha terapeuta é muito boa. Tem dia que nem me preparo, ai ela começa perguntando e quando me vejo estou mergulhado lá nas lembranças e depois vejo o quanto elas interferiram em mim”. (Masculino)

P7- “Bom o que eu percebo que mudou, muitas coisas mudaram. Eu me reencontrei. Vivi situações que me machucaram e mudaram meu jeito de ser, na realidade hoje vejo que eu podia ter feito diferente e agora é o que tenho buscado fazer. Ser eu mesma. Casei com um homem que se transformou e me decepcionava a cada dia. E eu me calava, não podia perder minha família. Fui engordando, ficando relaxada. Sofria calada. Tudo em mim doía. Mais agora não. Eu voltei a tomar as rédeas e voltei a falar o que me incomoda. Passei a compreender porque agia assim. Amo o marido com quem casei e já disse a ele que com os filhos criados precisamos pensar o que vamos fazer. Estou mais dona de mim”. (Feminino)

Estes relatos caracterizam o quanto muitos comportamentos, pensamentos e sentimentos são frutos de experiências passadas e as distorções denotam a não aceitação, por não compreensão do cérebro, que ao se deparar com algumas situações não dão conta, impedindo que de forma natural a informação se adapte a rede de memória (Shapiro, 2001; 2018; 2014; Shapiro & Solomon, 2011).

No cotidiano, sempre que algum estímulo provoca reações desagradáveis e disfuncionais, sugerindo fazer parte de um nó ligado a algum fragmento relacionado à experiência traumática vivida, é considerado como estímulo disparador. Esse estímulo leva o paciente a sentir como se estivesse no momento do trauma (Shapiro,2014).

Nos trabalhos de Shapiro (1989; 2013) e de Shapiro e Solomon (2011), após as sessões de EMDR, os conteúdos passam a se modificar, alterando as crenças limitantes e disfuncionais, desaparecem as sensações desagradáveis no corpo e os comportamentos inadequados são substituídos por bem estar, leveza, relaxamento, plenitude e tranquilidade. Como sugerem as falas dos participantes. Alguns sintomas como estresse, insegurança, medo, raiva, depressão, ansiedade e fadiga gerados por estados psíquicos advindos de experiências negativas parecem ter sido uma “mola propulsora” no desenvolvimento e/ou a manifestação de doenças orgânicas, como: gastrites, enfartos, entre outras, podendo culminar em transtornos, como: depressão, fobias, TEPT, ansiedades, dentre outros. Podendo, com o EMRD virem a ser benefícios como mostram alguns estudos desenvolvidos por Santos (2016), no tratamento para casais; por Servan-Shreiber, Schooler, Dew, Carter, e Bartone (2006), em tratamentos para pacientes com estresse pós traumático; por Van Den Hout, Muris, Salemink, e Kindt (2001), nas mudanças de memórias autobiográficas; por Jarero e Uribe (2011), no tratamento para incidentes críticos, como massacre humano; por Jarero, Roque-Lopez e Gómez (2013), no tratamento de trauma com muticomponentes; por Jarero, Uribe, Artigas e Givaudan (2015), em estudo desenvolvido em contexto de desastre; assim como por Jarero e Artigas (2016), no estudo para tratamento de adolescentes e adultos que vivem com estresse traumático contínuo.

Quando solicitado ao paciente que evoque uma memória de experiência emocional traumática, pode-se perceber uma ligação entre a consciência e o sítio onde a informação está armazenada no cérebro. Os MBL (Movimentos Bilaterais) ativam o sistema de

processamento de informações e reequilibram. A cada série de MBL a informação que se encontra disfuncional, estagnada e perturbadora é movimentada – a uma proporção acelerada – para adiante, ao longo das vias neurofisiológicas apropriadas, passarem a ser adaptadas e resolvidas (Shapiro & Solomon, 1995; Van Den Hunt e cols., 2001).

Em sua prática, Shapiro (2018) e Shapiro e Sherwel (2004), percebendo que à medida que se estabelecia os MBL, frente a evocação da memória explícita trazidas pelo paciente, ativava-se uma teia de memórias que o levava a memória chave, onde se originou. Schneider, Hofmann, Rost e Shapiro (2008) e Wilson e cols. (1995), em seus estudos sugerem que, ao ativar as conexões hemisféricas por MBL, promove-se a dessensibilização emocional e o reprocessamento da experiência traumática.

Porque o MBL gera a ativação neuronal promovendo o processamento adequado das informações, devido ao foco da atenção dual do cliente. Pois, enquanto este presta atenção, simultaneamente aos estímulos presentes e ao evento traumático passado, ele se mantém completamente ativo no presente. Estudos aleatórios comprovam a hipótese sobre os movimentos oculares, como pode ser visto em estudo realizado por Andrade, Kavanagh e Baddeley (1997) intitulado: *Movimentos oculares e imagens visuais: uma abordagem da memória de trabalho para o tratamento de transtornos de estresse pós traumático*, em que os autores declaram que os movimentos oculares são superiores às condições de controle, para redução da clareza das imagens e das emoções. Informações semelhantes são encontradas em outro estudo, realizado pela equipe de Barrowcliff (2004). Neste, os autores colocam a prova o modelo de reflexo de tranquilização. Defendendo que os movimentos oculares são superiores nas condições de controle para redução da clareza das imagens e das emoções. Aqui, a teoria dos autores defende que os movimentos oculares trocam as percepções somáticas que acompanham o fato de recordar uma memória; perceberam que houve uma redução do afeto e da clareza da imagem do evento traumático. Afirmando que os

movimentos oculares são superiores as condições de controle para redução da claridade das imagens. A diferença das condições de controle, os movimentos oculares reduzem também a emoção (Van Den Hout e cols., 2001).

O EMDR é um processo semelhante ao que se passa quando sonhamos na chamada fase *Rapid Eyes Movement* (REM) do sono, durante a qual os movimentos oculares rápidos facilitam o processamento do material inconsciente. Sua premissa é que quando surge uma situação traumática, esta fica bloqueada no sistema nervoso e quando evocada aparece como a recordação original, com sons, pensamentos, emoções e sensações físicas do passado. (Van der Kolk e cols., 2007).

Quarta Categoria, surgiu após os pacientes reponderem a pergunta disparadora: A partir de sua experiência com esta psicoterapia, quais as potencialidades e fragilidades que você poderia citar em relação ao EMDR?

Esta categoria refere-se as potencialidade e fragilidades do tratamento. Nas falas a seguir reiteram pontos que merecem atenção para os profissionais e para os próprios pacientes que vivenciam o tratamento.

P3- “(...) eu já havia feito outra terapia e passei muito tempo fazendo, era uma terapia tradicional, desde meus 13 anos. Foi muito bom, mas, muito lenta, demorou bastante. E vejo que trabalhou outras coisas. Agora, com essa, tive coragem de falar de outros assuntos. Algo que estava preso na garganta e não tinha coragem de dizer a ninguém. Com o EMDR, sem nem perceber, falei um dia na sessão e foi tudo muito rápido: a lembrança veio, a gente se emocionou muito. Hoje quando lembro, penso que já devia ter feito a mais tempo” (Feminino)

P5- “(...) está dando certo, nunca tinha feito terapia antes (...) o chato é quando a gente tem que chorar (risos), não fico muito a vontade, mas choro (...)”. (Masculino)

P8- “(...) fragilidade? tem que ter? Bom, acho que me pegou de surpresa mergulhar

nos problemas. Lembro que mexeu muito. Mas agora estou tranquilo, é um bom tratamento, tem me ajudado. Eu sou o mesmo, melhorado, o que eu posso dizer? Teve uma vez que eu não sentia “nada” e Dra. (fulana) me perguntou: ‘– Como você se sente agora?’ E eu dizia bem. Ela insistia: ‘– escanei seu corpo e me fale como você se sente?’ Eu repeti: – bem, daí cheguei a perguntar se não devia me sentir bem? Mas ela me explicou que tem que perguntar e checar o tempo todo pra não ficar nada mal resolvido (...). (Masculino)

P9- “Acho que se entendesse mais como as coisas acontecem, não teria sofrido esse tempo todo da minha vida, (...), ainda tenho medo que alguma lembrança muito forte apareça. Depois de um tempo já aprendi como fazer (...). (Feminino)

A intervenção por EMDR permite que as pessoas identifiquem e separem as sensações afetivas do trauma das suas interpretações cognitivas, oferecendo possibilidades de dessensibilizar memórias traumáticas (Shapiro, 2018). Acessado a partir do protocolo do EMDR, o sistema nervoso permite que o paciente retome histórias de sua vida, passando tanto por recordações que causam dor, sofrimento ou saudade de momentos significantes.

Nesses relatos podemos analisar questões de cunho subjetivo, a respeito das fragilidades e potencialidades da psicoterapia EMDR, vistas pelo olhar dos pacientes. Nas respostas acima, percebemos um grau de satisfação pelos resultados obtidos a partir da experiência com o processo. Contudo, o entrevistado P8, em uma situação particular, analisando aspectos referentes às fragilidades, deixou em seu relato, uma possível interferência por parte do profissional subentendido que de alguma forma, as perguntas de checagem feitas pela profissional, causaram dúvidas e desconforto, a ponto dele se questionar se estava inadequado por se sentir bem.

A postura do terapeuta no processo deve ser a de maior neutralidade possível, sinalizando que o processo deve ser conduzido pelo conteúdo trazido pelo paciente ao *setting*,

por ser de cunho particular, não devendo ser induzido nem evocado pelo terapeuta. Esses achados reforçam que é fundamental que o profissional precisa seguir o ritmo de sua dinâmica, aguardando o momento certo para expressar alguns conteúdos. É quando se faz necessário refletir o ainda não poder sair, porque o paciente não está pronto para acessar, tudo deve ser feito no ritmo do paciente (Shapiro, 1989; 2001; 2013; Shapiro & Sherwel, 2004).

O terapeuta, enquanto realiza a estimulação, promove a comunicação entre os dois hemisférios cerebrais, acessando ao mesmo tempo às memórias traumáticas armazenadas (as imagens, cognições, emoções e sensações) (Shapiro, 1989; Shapiro & Sherwel, 2004; Servan-Schneider e cols., 2006).

Se o bloqueio for removido, o processamento será retomado, levando a informação em direção a um estado de resolução adaptativa e integração funcional. Essa resolução é manifesta quando acontece uma modificação nas imagens, no afeto e nas cognições que o paciente associa ao evento. Sendo importante selecionar alvos apropriados. No entanto, se o paciente for forçado a acessar conteúdos, isso pode provocar um fenômeno de retraumatização. Mesmo sabendo que as memórias principais são a base do problema atual e dos eventos posteriores, que também ficam associados neste mesmo “cluster ou cluster de eventos” conectados e que funcionam como memórias de alimentação. Deve-se ter neutralidade e paciência para que tudo ocorra no tempo do paciente (Shapiro & Sherwel, 2004; Shapiro, 2013; 2014; Schneider e cols., 2008).

Considerações Finais

Nesse estudo, levando em consideração ao que foi proposto nos objetivos específicos desta pesquisa, percebe-se que foi possível descrever as características sociodemográficas (idade, estado civil, sexo, religião, escolaridade, renda individual e procedência) e as características clínicas (tempo de tratamento; tratamento concluído ou não; diagnóstico inicial; grupos de sintomas mais frequentes: Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT),

ansiedade, depressão), dos pacientes entrevistados. Bem como, pode ser investigado se o paciente já havia feito acompanhamento psicológico antes e em qual a abordagem; com quantas sessões semanais.

Quanto as questões referente ao acompanhamento psiquiátrico e medicamentosos, percebe-se que um número significativo de pacientes estavam sendo acompanhado por psiquiatra, contudo, não informaram a medicação usada no tratamento. Os demais, por sua vez ainda não haviam procurado ajuda, detendo-se apenas ao tratamento por EMDR; muitas vezes sem fazer uso de medicação nesse período crítico. Talvez fosse importante em estudos futuros, aprofundar estas questões pelo grau de relevância existente. É importante também que o profissional, mesmo sabendo e acreditando no potencial dessa ferramenta, não subestime os sintomas, acreditando que não seja importante a presença de outro especialista, porque a presença de uma avaliação psiquiátrica e, em alguns casos, o uso de medicação são dados relevantes ao acompanhamento de alguns pacientes que passaram por experiências de trauma emocional. E o trabalho multiprofissional tem sido muito bem recomendado na atualidade.

Quanto às questões referente ao conhecimento prévio a respeito da psicoterapia do EMDR, percebemos que as informações apresentadas pelos pacientes eram superficiais e em alguns casos confusas, podendo ser melhor trabalhada pelos profissionais ao oferecer o trabalho por EMDR, já que é uma orientação por parte da criadora, Francine Shapiro. Nas respostas analisadas percebeu-se o quanto o grau de compreensão sobre como ocorre o EMDR ainda parece precisar ser melhorado. É necessário que o profissional de EMDR ofereça um maior esclarecimento a respeito do processo como um todo, ao paciente. As informações são importantes para que o paciente possa compreender melhor como acontece a mudança de emoção e de comportamento, podendo contribuir de forma eficaz com o processo, encontrando uma melhor forma de se obter qualidade de vida após se submeter a

esse tipo de abordagem psicoterápica.

Ao que tange a percepção frente as mudanças de sentimentos e comportamentos emergidos durante a vivência por EMDR, percebeu-se que todos os participantes relataram conseguir identificar o que se passava enquanto eram submetidos ao protocolo de oito fases proposto pela psicoterapia de EMDR. Nas falas ficou claro que, na medida em que cada experiência vai passando a ser corporificada nos tecidos celulares, como consequência, termina sendo refletida através de comportamentos e gestos apresentados na forma de se comportar e de se expressar das mais diversas formas. Dependendo da gravidade do fato ao qual foi exposto, o corpo vai se moldando.

Sendo assim, foi possível apresentar, a partir dos relatos os pacientes, a compreensão às mudanças advindas da vivência, experienciada durante o tratamento com a psicoterapia EMDR, inclusive descrever as potencialidades e fragilidades que perceberam enquanto estavam exposto ao tratamento emocional.

Outro ponto de reflexão que emergiu se refere à postura neutra do profissional, de forma que fique atento e contenha o ímpeto de não induzir ou provocar sofrimentos, a partir de interpretações, como expresso nas falas analisadas.

Sugere-se que novas pesquisas possam ser desenvolvidas para auxiliar os pacientes e terapeutas a implementarem as estratégias preconizadas pelo tratamento, melhorando, assim, o grau de satisfação do uso do EMDR nas patologias que se dispõem a trabalhar.

Sabe-se que a cada momento, o que há presente pode ser modificado pela própria experiência. Como diz Abraham Lincoln: “Ser feliz, não é ter uma vida perfeita, mas deixar de ser vítima dos problemas e se tornar autor de sua própria história”.

Referências

- Andrade, J., Kavanagh, D., & Baddeley, A. (1997). Eye- Movements and visual imagery: a working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinica Psycholy*, 36, 209-223.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*, (5th. ed.). Washington, DC: Author.
- Associação EMDR Portugal (2017). *EMDR*. Disponível em: <https://www.emdrportugal.pt/emdr/>
- Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., Freeman, T. C. A., & Macculloch, M. J. (2004). Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, 325-345.
- Bleichmar, H. (2008). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Ayres: Ed. Apidós.
- Carrion, V. G., Wong, S. S., & Kletter, H. (2013). Update in neuroimaging and cognitive functioning in maltreatment-related pediatric PTSD: Treatment implications. *Journal of Family Violence*, 28, 53-61.
- Catani, F. et al. Caracterização do Perfil da Clientela que Busca o Serviço; *Pleiade*, 13(27): 43-52, Mar.2019 Escola de Psicologia do Centro Integrado de Saúde Uniamérica. Edição Especial Projetos Integradores
DOI: <https://doi.org/10.32915/pleiade.v13i27.509>
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. (2th. end.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Damasio, A. (1991). *The Feeling of What Happens*. San Diego: Harcourt, INC. (Trad. Francesa, *Le Sentiment même de Soi* 1991, Odile Jacob).
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 113-128.
- Jaffard, R. (2001, Avril/Juillet). La diversité de la Mémoire. Paris: Édition Française de Scientific American (Préface de la Revue Dossier pour la Science; Série: La Mémoire –Le Jardin de la Pensée, p. 4).
- Jarero, I., & Uribe, S. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Brief report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5 (4), 156-165.
- Jarero, I., & Artigas, L. (2016). EMDR Integrative Group Treatment Protocol Adapted for Adolescents and Adults Living with Ongoing Traumatic Stress. In: Luber, M. (Ed.).

EMDR Therapy Treating Trauma and Stress Related Conditions: scripted protocols, and summary sheets (pp. 169-180). New York, NY: Springer.

- Jarero, I., Uribe, S., Artigas, L. & Givaudan, M. (2015). EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: A Randomized Controlled Trial in a Technological Disaster Context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9 (4), 166-173.
- Jarero, I., Roque-Lopez, S., & Gómez, J. (2013). The Provision of an EMDR - Based Multicomponent Trauma Treatment with Child Victims of Severe Interpersonal Trauma. *Journal of EMDR Practice & Research*, 7 (1), 17-28.
- Marín, C., Guillen, A. I., & Vergara, S. (2016, Novembro). Nascimento, desenvolvimento e evolução da dessensibilização e reprocessamento através dos movimentos oculares (EMDR). *Clínica e Saúde*, 27 (3), 101-114. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742016000300002&lng=en.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet*, 17, (3), 621-626. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S141381232012000300007&lng=pt&tlng=pt
- Miguel, A. R. (2016, junho). *Depressão e Ansiedade: comorbilidade e influências no diagnóstico, prognóstico e tratamento da depressão*. (Dissertação de Mestrado) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto, Portugal. Disponível em: repositorio-aberto.up.pt :
- Peres, J. F. P., Mercante, J. P. P., & Nasello, A. G. (2005, maio/agosto). Resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista de Psiquiatria RS*. 27 (2), 131-138.
- Santos, M. A., Borges, A. M. (1994). *Levantamento e avaliação dos serviços oferecidos por uma clínica psicológica ligada à universidade*. Resumos de Comunicações Científicas da XXIV Reunião Anual de Psicologia, Sociedade Brasileira de Psicologia, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 290.
- Santos, P. (2016, 15 dezembro) *A viabilidade de implementação da Terapia EMDR* (Entrevista). Cascais.
- Soberman, G. B., Greenwald, R., & Rule, D. L. (2008, setembro). A Controlled Study of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Boys with Conduct Problem. *Journal of Aggression, Malreatment & Trauma*, 6, 217-236. Disponível em: https://doi.org/10.1300/J146v06n01_11
- Servan-Shreiber, D., Schooler, J., Dew, M. A., Carter, C., & Bartone, P. (2006) Eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder: a pilotblinded, randomized study of stimulation type. *Psychother Psychosom*, 75 (5), 290-297.
- Shapiro, F. (1989). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. A new treatment for

- post traumatic memories. *Journal of traumatic Stress Studies*, (2), 199-223.
- Shapiro, F. (1991). Eye Movement desensitization and reprocessing procedure: EMD to EMDR: A new treatment model for anxiety and related trauma. *Behavior Therapist*, (14), 133-135.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. (2th. ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2013). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols and procedure. (2th. ed), Nueva York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2014). The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experience, *The Permanent Journal*, 71-77.
- Shapiro, F. (2017). *Eye movements desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols and procedures* (Third edition). Mentor Book
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures* (Third ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F., & Sherwel, C. (2004). *EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing): desensibilización y procesamiento por medio de movimiento ocular*. México: Pax México.
- Shapiro, F., & Solomon, R. (1995). Eye Movement desensitization and reprocessing: Neurocognitive Informacion processing. In: Everley, G. & Mictchell, J. (Eds.). *Critical incidente stress management*. Elliot City, MD: Chevron.
- Shapiro, F., & Solomon, R. (2011). Eye Movement desensitization and reprocessing: Neurocognitive Informacion processing. In: Everley, G., & Mictchell, J. (Eds.). *Critical incidente stress management*. Elliot City, MD: Chevron.
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2008). EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine*, 9, 76-82.
- Van der Kolk, B., Spinazzola, B., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1-10.
- Van Den Hout, M., Muris, P., Salemimink, E., & Kindt, M. (2001). Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 121-130.
- Vaughan, K., Armstrong, M. F., Gold, R., O'Connor, N., Jeneke, W., & TARRIER, N. (1994). A trail of eye movement desensitizacion compared to image habituation training and

applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 25, 283-291.

Weber, M., Killgore, W. D., Rosso, I. M., Britton, J.C., Schwab, Z.J., Weiner, M.R., Simon, N. M., Pollack, M. H., & Rauch, S. L. (2013). Voxel-based morphometric gray matter correlates of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 413-419.

Wilson S., Becker, L.A., & Tinker R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Treatment for psychologically traumatized individuals, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.

4.2. Produto 2: O segundo produto diz respeito a um produto técnico educacional, no formato de *e-Book* para orientação de profissionais e da população em geral intitulado: “Noções Básicas sobre EMDR -Teoria e Prática”. Abaixo:
Guia de Orientação Para Profissionais e Leigos sobre EMDR




EMDR

DESSENSIBILIZAÇÃO E REPROCESSAMENTO ATRAVÉS DE MOVIMENTOS OCULARES

Teoria e Prática

Teuman de Marillac Alves Fonseca Maia
Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa



Recife, 2020

Faculdade Pernambucana de Saúde
Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde

Guia de Orientação sobre o Tratamento EMDR

Teuman de Marillac Alves Fonseca Maia
Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa (Orientador)

Recife
2020

Dedicatória

*A minha família,
Meus amigos,
Meu orientador,
Professores,
Pacientes e seus familiares,
E, em especial, aos amigos e profissionais do
EMDR de Pernambuco, que contribuíram
com minha pesquisa: Adineide Nolasco, Ana
Rita Colobialle, Fátima de Paula, July Mary
Rolim, Lêda Souza, Maria José Maciel, Maria
Solange V. Calado, Maria José Maciel Nina
Paranhos, Roberta Machado, Simone Santos e
Thalita Galvão Fonsêca.*

Agradecimentos

A Deus.

A minha família.

Ao Dr. Leopoldo Nelson Fernandes.

Ao Programa de Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Aos colegas do EMDR de Pernambuco

A todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a criação desse material e para a minha evolução pessoal e profissional.

Apresentação

Esse produto técnico educacional foi elaborado com o objetivo de ajudar e contribuir com todas as pessoas que têm algum tipo de interesse em conhecer sobre a **dessensibilização e reprocessamento através de movimentos oculares** - EMDR. Advindo de dados da dissertação, intitulada “Uso da Dessensibilização e Reprocessamento Através dos Movimentos Oculares (EMDR): Vivência de Pacientes Adultos Vítimas de Traumas Emocionais”, se traduz em produto com impacto potencial pois será disponibilizado de forma irrestrita para leigos e profissionais para download no repositório da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Este e-book é composto por 10 capítulos, que poderão ser lidos separadamente de acordo com o interesse e a necessidade que motivará sua leitura. O leitor é livre para manusear essa obra de diversas formas e em diferentes momentos.

No primeiro capítulo será feita uma introdução sobre método EMDR. No segundo, mostrará como a pesquisadora, Francine Shapiro, fez a descoberta da Terapia de Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares, EMDR.

O terceiro capítulo, falará sobre os sofrimentos vivenciais, enquanto que o quarto tratará da base neurobiológica do EMDR. O quinto falará sobre o Sistema de Processamento Acelerado de Informação e o sexto tratará do tema trauma psíquico, memórias bloqueadas e processamento acelerado de informação em EMDR.

No sétimo capítulo será feita uma análise sobre o processamento da memória traumática, enquanto que o oitavo descreverá o protocolo de oitos fases do EMDR. Os dois últimos capítulos conduzirão ao final, onde o nono, trará um quadro com alguns estudos desenvolvidos recentemente, mostrando sínteses de pesquisas de trabalhos realizados por EMDR e as instituições que validam e reconhecem o tratamento por EMDR . E, por fim, no

décimo e último capítulo são apresentadas as referências aqui usadas, que poderão servir de aprofundamento para as questões apresentadas.

Sumário

Capítulo 1 – Introdução.....	7
Capítulo 2 - Francine Shapiro e a Descoberta da Teoria do EMDR.....	9
Capítulo 3 - Os sofrimentos vivenciais.....	12
Capítulo 4 - Bases Neurobiológicas e EMDR - O Cérebro Emocional - Princípios das Neurociências.....	21
Capítulo 5 - Sistema de Processamento Acelerado de Informações – EMDR.....	32
Capítulo 6 - Trauma Psíquico, Memórias Bloqueadas e Processamento Acelerado de Informação - EMDR.....	34
Capítulo 7 - Processamento da Memória do Trauma.....	37
Capítulo 8 - Protocolo Padrão de Oito Fases do Tratamento por EMDR.....	39
Capítulo 9 - Tabela com Algumas Pesquisas Comprovando a Eficácia do EMDR em Diversas Patologias.....	42
Capítulo 10 - Referências Bibliográficas.....	45

Capítulo 1

Introdução

Esse material foi elaborado com o objetivo de ajudar e contribuir com todas as pessoas que têm algum tipo de interesse em conhecer um pouco sobre o EMDR. Não havendo pretensão em esgotar conteúdos referentes ao tema, neste guia, encontram-se informações básicas importantes que irão ajudar a compreender a espetacular experiência que é conhecer o EMDR.

O EMDR é uma sigla, que no Inglês, que tem como significado *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, cuja tradução em Português corresponde a dessensibilização e reprocessamento através dos movimentos oculares. Trata-se de uma terapia com fundamentos neurobiológicos, descoberta, em 1987, pela pesquisadora e também psicóloga Dra. Francine Shapiro (Shapiro, 1989).

Nas últimas décadas, pesquisa realizada tem demonstrado que o comportamento e o estilo de vida dos indivíduos podem ter um impacto significativo sobre o desenvolvimento ou a exacerbação das doenças. Como especialistas em comportamento e saúde, os psicólogos têm desenvolvido e implantado programas que visam o aumento da frequência de comportamentos saudáveis.

Como se sabe, a Psicologia possui um vasto campo de estudos que investiga assuntos relacionados à saúde emocional, buscando entender e ajudar os que não conseguem lidar com o desafio da complexidade que é a condição de ser um humano. Muito ainda precisa e vai ser descoberto. Teorias surgem, a cada instante, na tentativa de compreender tamanha complexidade.

Não há uma única verdade, nem uma única teoria, que sabe de tudo. Em cada ser humano há uma verdade. E esta precisa ser compreendida em sua essência e jamais

generalizada através de outras, pois, são muitas história e todas diferentes. É importante ressaltar que o ser humano nunca será compreendido em uma única tese ou em um único discurso.

Em nossa vida sempre escutamos relatos de experiências intensas e negativas, que marcaram em algum momento a história de vida de quem as conta. E, por ter um caráter intenso provocou sofrimento, dor, medo e, ao recordá-la, provavelmente provoca sentimentos como tristeza, angústia. A essas experiências habitualmente chamamos de trauma. E, nestas pessoas a grande novidade é que agora elas podem contar com uma psicoterapia inovadora, que tem ajudado muitas pessoas ao redor do mundo a superar traumas, fazendo com que elas possam se reorganizar, retomando o rumo da sua vida. O EMDR tem libertado muitos pacientes de suas crenças distorcidas, dos medos advindos de uma experiência nefasta, das tensões somatossensoriais que ficaram registradas no corpo (tensões físicas), promovendo o resgate da história de forma mais leve, determinada e segura (Shapiro, 2017).

Levando a mim e a tantos outros especialistas, psicólogos e médicos, a buscar conhecer esta ferramenta, que foi descoberta e desenvolvida a partir de vários anos de pesquisas comprovadas cientificamente, pela também psicóloga e cientista: Dra. Francine Shapiro.

Ao longo deste guia serão apresentados um pouco do percurso por ela feito, bem como das pesquisas realizadas, por outros pesquisadores que, como eu, se dedicaram a desenvolver estudos que nos ajudassem a suprir e sanar a mesma curiosidade, e que levaram-me a fazer minha formação profissional.

Capítulo 2

Francine Shapiro e a Descoberta da Teoria do EMDR

(Fonte das Informações: EMDR *Institut*, Inc

Founded by Francine Shapiro, Phd)

Antes de falar da teoria, vamos informar alguns dados referentes à biografia da criadora do EMDR: Francine Shapiro que nasceu no dia 18 de fevereiro de 1948, vindo a falecer aos 71 anos, em 18 de junho de 2019. Pesquisadora, psicóloga clínica licenciada, residia no Norte da Califórnia. Bacharel (1968) e mestre (1974) em literatura inglesa pela *Brooklyn College, City University* de Nova York.



Em 1974, enquanto trabalhava em período integral como professora de inglês no ensino médio, se matriculou em um programa de doutorado em literatura inglesa na Universidade de Nova York, concluindo sua dissertação em 1979.

Francine, como a chamamos, foi pesquisadora sênior e *fellow* emérito no *Mental Research Institute Palo Alto*, na Califórnia, dando origem e desenvolvendo a terapia por EMDR.

Em seu percurso, foi diretora emérita do EMDR *Institute Watsonville*, na Califórnia. Fundadora e presidente emérito do EMDR *Humanitarian Assistance Programs*, uma organização sem fins lucrativos que coordena a resposta a desastres e treinamentos em todo o mundo. Organização esta, que recebeu o Prêmio Memorial da Sociedade Internacional para Estudos de Estresse Traumático Sarah Haley de 2001, por Excelência Clínica.

Também foi designada como um dos “quadros de especialistas”, da Iniciativa Conjunta da Associação Americana de Psicologia e Associação Psicológica Canadense sobre Guerra Etnopolítica, atuando como consultora em uma ampla variedade de organizações e

periódicos de tratamento de trauma e extensão.

Como criadora do EMDR, Francine recebeu vários prêmios, incluindo o Prêmio Internacional Sigmund Freud de Psicoterapia, da Cidade de Viena, em conjunto com o Conselho Mundial de Psicoterapia; o Prêmio da Divisão de Psicologia de Trauma da Associação Americana de Psicologia, por contribuições extraordinárias à Prática em Psicologia do Trauma; e o Prêmio de Distinção Científica em Psicologia, apresentado pela *California Psychological Association*; ganhou também, o Prêmio por Contribuições de destaque na prática de Psicologia do trauma, concedido pela Divisão de Psicologia do trauma, da Associação Americana de Psicologia.

Em sua trajetória, recebeu vários convites para dar palestras em conferências e universidades de psicologia em todo o mundo. Escreveu e foi co-autora, em mais de 60 artigos em revistas científicas, fez capítulos e livros sobre EMDR, tendo como texto principal conteúdos a dessensibilização e reprocessamento de movimentos oculares: princípios básicos, protocolos e procedimentos. Possuindo um vasto currículo que merece reconhecimento.

Quanto ao surgimento do EMDR

Este se deu de forma interessante e inesperada. Um dia, enquanto estava passeando em um parque e refletindo sobre sua vida e sobre alguns pensamentos desagradáveis que a preocupavam, Francine Shapiro, atenta à propriocepção, percebeu que, ao movimentar os olhos de um lado a outro, algo acontecia em paralelo com seu estado emocional e seus pensamentos, gerando mudanças (Shapiro, 1989).

Shapiro observou que, naturalmente, seus olhos faziam movimentos oculares bilaterais, associados aos pensamentos que a perturbavam, por estarem encharcados de desconforto e ansiedade. Nesse momento, percebeu que a força emocional e os pensamentos

diminuía consideravelmente. E, ao tentar resgatá-los, percebeu que os pensamentos que a preocupavam e provocavam desconforto afetivo, como tristeza e angústia, não estavam mais a perturbando como antes, e os sintomas aos poucos foram se transformando e desaparecendo, independente de sua vontade (Shapiro,1989).

Ao refletir sobre o ocorrido, deu início a uma pesquisa que teve como hipótese a possibilidade de que haveria uma associação entre a fuga desses pensamentos e os movimentos bilaterais, feito naturalmente pelos seus próprios olhos. Inicialmente, chamou seu estudo de *Eye Movement Desensitization* (EMD). Sua descoberta sobre os efeitos dos movimentos dos olhos, seguiu-se de uma metodologia, hoje mundialmente conhecida, por ser gigante, tanto pela sua complexidade quanto por sua aplicabilidade. Tendo como hipótese fundamental, a possibilidade de que haveria uma associação entre a fuga desses pensamentos e os movimentos bilaterais (Shapiro, 1989).

Após dois anos refletindo sobre o fato vivido, aprofundou os estudos e desenvolveu uma metodologia e um protocolo clínico de intervenção, que hoje é bastante usado por especialistas tanto pela especificidade e sucesso que oferece, quando por sua aplicabilidade.

Em 1990, o método passou a ser chamado *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). A modificação da nomenclatura ocorreu por conta do enfoque dado pela técnica, apresentando um panorama integrativo dos processos mentais relacionados à aquisição de informações (Shapiro, 2000).

No Brasil, a formação e supervisão da prática estão vinculadas às orientações da Associação Brasileira de EMDR.

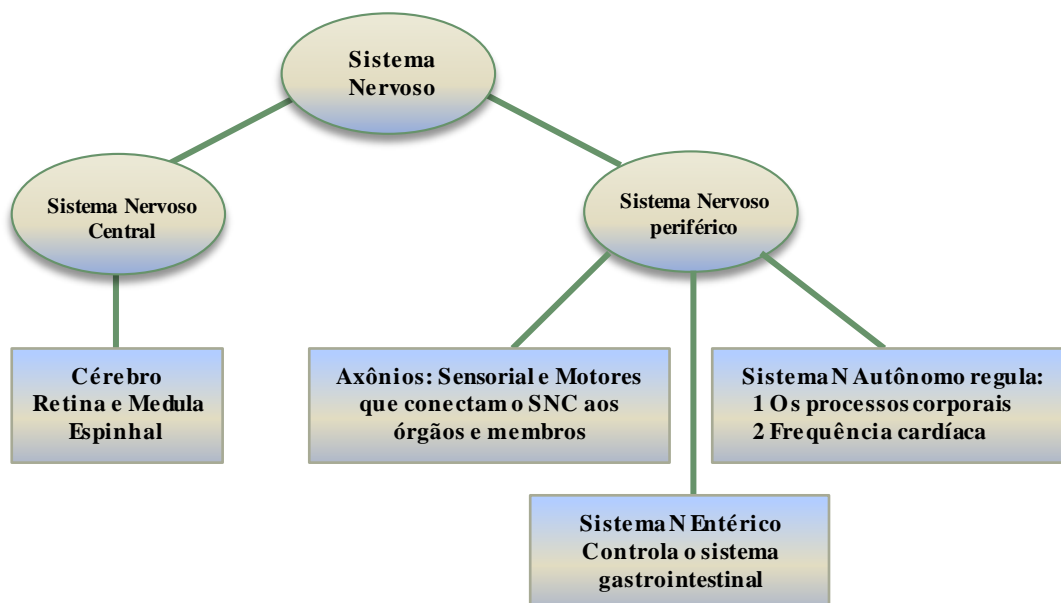
Capítulo 3

Os sofrimentos vivenciais

Estar vivo é uma experiência dinâmica e um desafio diário, rico de experiências e de novas descobertas, levando-nos a estar criando respostas, buscando e reinventando estratégias, que garantam nossa sobrevivência. Entretanto, por mais que sejamos hábeis, nem sempre conseguimos realizar nossos infindáveis sonhos.

Na tentativa de ajudar na compreensão do processamento onde ficam arquivados estes sofrimentos vivenciais é importante que tenhamos um pouco de informação referente ao nosso sistema nervoso, baseadas nas funções dos neurônios.

Sistema Nervoso Baseado nas Funções Neurais



Fonte: A partir de Kandel et al (2014)

Composto por mais de 100 bilhões de neurônios, com cerca de mais de 10 mil entradas sinápticas de outros neurônios, produzindo cerca de um quadrilhão de sinapses esse é o nosso cérebro; uma estrutura complexa, que resulta em tudo que somos ou seremos. Fruto

da ação contínua e incansável das conexões realizadas pelos mais de 100 bilhões de neurônios que possuímos (Lent, 2010).

Os neurônios são células especializadas em processar informações advindas do meio ambiente onde nos desenvolvemos, bem como das nossas inquietudes internas. Para compreender a dinâmica consideramos o que as ciências, a biologia e as neurociências têm nos ajudado a compreender. Temos em média, 4 tipos básicos de células funcionais: 1. Os neurônios sensoriais, que informam ao cérebro sobre os manifestos vividos no ambiente interno e externo; 2. Os neurônios motores, que contraem os músculos e medeiam os comportamentos; 3. Os neurônios de comunicação, que transmitem sinais de uma área a outra do cérebro; e, 4. Os neurônios de associação, interneurônios, que extraem e processam informações vindas dos sentidos, comparando-as com os existentes na memória, o qual usamos quando vamos planejar e executar um determinado comportamento, realizando uma ação, modelando a função do nosso cérebro (Lent, 2010).

E assim, vivemos envolvidos na busca de um dia poder encontrar a tão sonhada felicidade. A cada momento de nossas vidas, acionamos todo nosso potencial na tentativa de aprender a conquistar momentos ricos de aprendizagens e enfrentar os obstáculos que surgem, enquanto exploramos o mundo ao nosso redor. São tantos lugares a conhecer, tantas pessoas para conviver e conquistas a serem feitas, que parece que nunca atingiremos o ápice da satisfação. A cada relação estabelecida com os demais e com as vivências estabelecidas impomos modificações ao nosso cérebro.

O tempo todo estamos encontrando um motivo que justifique nossa busca por algo novo. Durante todo o percurso, há momentos de muita empolgação, anseios, fantasias e receios. Contudo, para conquistar e realizar nossos objetivos, nem sempre temos experiências positivas, nem tudo são flores, é mágico, simples, fácil ou prazeroso. Há, em nosso percurso, algumas experiências que podem nos levar a provar outros gostos como ardor, tristeza, medo,

angústia, solidão e insegurança, que são causados pelo sofrimento.

Nesta busca incessante de conquistar tudo que acreditamos poder nos fazer felizes, nos deparamos com desafios inusitados, que por vezes, nos levam ao precipício, provocando a sensação de que não iremos conseguir vencê-los, provocando a falta de esperança. E, com o tempo vamos mudando nossa forma original de ser. Cada pessoa, de acordo com sua construção biopsicosociocultural, construirá sua forma de reagir às situações impactantes, chamadas de traumas psicológicos. Estes, pela sua magnitude, tendem a distorcer a maneira como encaramos a vida, alterando o bem estar de cada indivíduo, alterando inclusive, sua percepção subjetiva.

Em algumas ocasiões, conseguimos enfrentar e lutar, mantendo-nos fiéis e confiantes, buscando na fuga, a sobrevivência frente à ameaça imposta pelo “predador”. Em outros momentos, mais intensos, podemos nos paralisar. Ficando sem reação, sem saber como agir, tendo como resultado, marcas irreparáveis e registros profundos e inesquecíveis. Estes se fincam em nosso corpo, na alma, mudando a rotina de nossas vidas, de maneira negativa. Tudo, fruto da dinâmica natural do cérebro humano.

As pesquisas têm ajudado no fortalecimento da compreensão a respeito do valor dos relacionamentos e do quanto eles implicam em nossa forma de ser, de pensar e agir.



Sabe-se cada dia mais que somos resultado das experiências de vínculos que estabelecemos com nossos pares e nossos semelhantes. E como as relações estabelecidas definem nossa forma de agir, pensar e se portar diante do mundo.

Em cada contato com o outro, novas conexões vão se formando e dependendo da relação que estabelecemos, seja ela, saudável, de convívio e trocas respeitadas de afeto, vamos intimamente, nos

fortalecendo como pessoa. Na convivência vamos realizando trocas. Deixando e carregando

lembranças, marcas, conselhos, expressões e histórias dos outros que vão interferindo em nossa autoestima, nossa autopercepção e nossa forma de encarar a vida.

umas passam deixando lembranças agradáveis, lembranças que nos fazem sonhar e ficamos felizes. Já outra no “arrepiam” de tão negativas que foram. Estas são nefastas. Fazem-nos mal por deixarem recordações marcantes e marcas profundas em nosso eu, pela animosidade vivida em alguma etapa de nossa existência. Não conseguindo fazer parte saudável em nossa história de vida. E, ao recordá-las, o que sentimos não nos dá prazer, otimismo. Pois, serão sempre muito intensas e fortes, a ponto de parecer que estamos revivendo igual como aconteceu. Estas recordações terminam nos contorcendo e distorcendo nossa percepção pessoal e do mundo, e vão nos transformando.

E o que é mais interessante pensar é que, quanto mais consideramos o outro e quanto maior for a mágoa que guardamos, mais profundo e difícil será de assimilar a experiência. Podendo um trauma de menor porte, por se repetir tanto, se transformar no trauma de “T grande”. Marcando e definindo nossa forma de ser, de se comportar e de enfrentar o mundo.

Já há outras vivências, que nos machucam com menos intensidade, são as conhecidas como traumas de “t” (pequeno), por serem frutos de situações desconfortáveis que provocam dor, tristeza, como, por exemplo: algumas fofocas ou calúnias sem grandes dimensões, que embora nos deixem triste são possíveis de conviver. Por exemplo: críticas contínuas, indiferenças e falta de respeito em tom de brincadeira. Estas, contudo, permanecendo ao longo do tempo, também poderão criar força interior, pela constância da repetição, destruindo a autoestima, fragilizando a autoconfiança, findando em sentimentos de menos valia.

Qualquer uma das situações acima citadas, geralmente, é fruto da relação estabelecida com pessoas importantes em nossa vida. E, por isso, são responsáveis pelo

transtorno que causam emoções e comportamentos negativos. Por não serem facilmente assimilados por nós, mantendo-se desadaptado em nosso sistema natural de processamento de informação, impedindo de fazer parte saudável e natural do processo de assimilação, acomodação e retenção na memória. E, quando algo, como um estímulo, nos faz lembrar o ocorrido, revivemos as mesmas emoções, sofremos e ficamos tristes.



Como um quebra-cabeça, precisamos entender que, ao mesmo tempo que as pessoas que mais amamos vão ajudando na construção da nossa história, formando nossa teia de memória, através de cada olhar, toque, palavra, a partir do vínculo vivido que estabelecemos com eles, nas diversas experiências que estabelecemos com eles, resultam no que somos, seres sociais.

Sendo assim, se tivermos a sorte de crescer em um meio social saudável, estruturado com relacionamentos positivos e estimuladores, as chances de sermos melhores é bem maior. Ao contrário, se nascermos em um ambiente inseguro, vulnerável, despreparado, com pessoas que servem de referências ambíguas e perversas; em lares disfuncionais, o resultado com certeza não será dos melhores.

Quanto à classificação dos traumas, temos os considerados de “T”, pelo impacto que geram causando grande dor, decepção, agressão (seja física, verbal, que abalam quem somos, agredindo nossa moral) e resultam em uma desarmonização em nosso cérebro, tirando-o do estado natural, chamado de homeostase. Causando uma ativação em nosso sistema simpático, que se manterá alerta por muito tempo, provocando sobressaltos de medo e insegurança. Podendo provocar um desligamento parcial ou total da nossa “chave” interna, que nos faz conectar com o mundo, de maneira tranquila. E, em muitos casos, pode nos levar ao estado dissociativo.

E quando isto acontece, tendemos a perder o sentido da vida passando a acreditar que

tudo acabou.



Levando-nos a pensamentos tristes e sem esperanças. Pelo sentimento de que algo se quebrou interiormente. Como consequência, aos poucos, surge o retraimento, o aprisionamento em um mundo predominado por pensamentos negativos, norteado por crenças negativas. Passamos a acreditar que não temos mais forças, levando-nos a perder a esperança, a deixar de construir novos sonhos e a acreditar no futuro.

São estas experiências difíceis, consideradas traumáticas, que precisamos eliminar. E quase sempre vamos precisar da ajuda de um profissional da saúde, do psicólogo ou do psicoterapeuta, o qual será se tiver formação em terapias que tratem de forma eficaz do trauma, porque estes diferem de conteúdo e de intensidade, levando a cada pessoa agir de uma forma diferente das outras.

Temos de um lado os que são considerados vilões, os responsáveis pela dor e sofrimento vividos nas vítimas. Mais que também podem ter sido vítimas de outras pessoas, ou possuem trações desorganizadas em sua personalidade. Independente do que precisamos considerar, os resultados destas relações são as marcas deixadas. Algo precisa ser feito, não podemos perder a esperança, precisamos lutar.

Pesquisas feitas por Carrion, Wong e Kleter (2013), demonstram que o trauma produz mudanças neurobiológicas para a vida. Mesmo sendo o correto a ser feito, queremos sair desta “prisão”, mas não sabemos como fazer. Enquanto que, estudos de neuroimagem sugerem que a sintomatologia de trauma grave está associada à desregulação da amígdala, como defende Weber (2013), em seus estudos.

E o pior, às vivências negativas, com o tempo, provocam mudanças na nossa maneira de nos analisar, gerando um comportamento de autoagressão à nossa autoestima, por que distorcemos nossa maneira de autoavaliação. As crenças negativas são imperiosas e

contínuas, que aparecem após o trauma ser instalado e para eliminá-las se faz necessário um trabalho psicoterápico. Quando não nos submetemos à psicoterapia, passamos a incluir em nossa rotina o hábito da autocrítica; perdemos a autoconfiança, baixamos a cabeça, assumindo a vestimenta de perdedores, sofredores e fracassados.

E, assim, a vida passa a não ser mais colorida, levando-nos o dom natural do encantamento; comprometem nossa capacidade de sonhar, reduzem as forças vitais que nos motivavam a continuar buscando o que almejávamos. A tristeza se instala, algo nos paralisa e, com o tempo, sem encontrar uma solução adequada nem a chave para abrir as possibilidades para um recomeço, os sintomas começam a tomar conta de nossas vidas nos presenteando com uma doença. O que antes não existia, pode se apresentar como uma depressão, acompanhada de pensamentos sombrios, de que não adianta mais seguir em frente. É o fim. Os sinais do sofrimento aparecem no corpo, as emoções assumem um tom nefasto e cada pensamento negativo, passa a ser transformado em verdade absoluta.

Ou então, podemos ter outras reações, como desenvolver uma reação intensa e contínua de desconfiar de tudo e de todos, mantendo-nos alerta a qualquer detalhe que nos remeta à situação que nos fez sofrer. Como uma tentativa de nos defender, nosso sistema de alerta é ativado. O sentido da nossa existência agora é encontrar, persistentemente, uma maneira de não mais ficar de frente do predador, ou de uma situação inusitada, sem nos dar conta que dessa forma, na realidade, estamos é mantendo-o vivo, ao nosso lado, em nossos pensamentos. E, enquanto assim nos mantermos, viveremos na expectativa contínua de um novo reencontro, sentindo a presença máxima do medo, do desespero e da angústia.

Quando não, assumimos a condição de vingança, obsessivos para consertar o estrago causado em nós, porque deixamos que o sofrimento assumisse um papel destrutivo em relação ao amor. Por conta dos nossos rancores, acreditamos que a solução deverá ser a extinção do outro, ou até mesmo, a nossa.

Independente da reação que tenhamos, iremos reagir de qualquer maneira, porque, mesmo sofrendo, ainda temos algum potencial dentro de nós que nos faz acreditar que merecemos uma nova chance, que precisamos recomeçar e retomar o caminho de onde paramos. Precisamos entender que, de alguma forma e em algum lugar, o sol continua brilhando, iluminando o dia, enquanto que a noite, a lua volta a surgir clareando na escuridão.

E daí surge um especial questionamento: como fazer a escolha certa? Precisamos aceitar e olhar para o lado, buscando uma mão que nos ponha em pé mais uma vez. De preferência, que seja uma pessoa que saiba como nos ajudar, um especialista competente, que possa nos ajudar a reerguer a cabeça, ajudando-nos a retomar a jornada, devolvendo a possibilidade de voltar a acreditar, de que podemos seguir em frente. O reencontro com a famosa e desejada luz no fim do túnel. Precisamos que alguém nos ajude a tirar a venda colocada diante dos nossos olhos.

A Psicologia Clínica é uma área da psicologia, onde os profissionais dedicam-se ao estudo das situações que causam dor e sofrimento emocional, bem como buscam compreender estratégias para ajudar os que sofrem. Devolvendo-lhes a capacidade de analisar a origem das causas transformadas em sintomas. E, mantendo-se viva, vem sempre se aperfeiçoando e criando estratégias e tratamentos eficazes, gerando propostas de intervenções que promovam alterações positivas, que possam contribuir na devolução da saúde psíquica, de forma a possibilitar a reabilitação no momento presente, enquanto se deixa para trás a dor do passado.

O psicoterapeuta é o companheiro das horas difíceis, o acolhedor dos dissabores existenciais, dos maus-tratos e o expectador das novas aquisições. Formado e capacitado de conhecimentos, faz uso de suas habilidades para provocar questionamentos em relação aos atos e às palavras que, por algum motivo, são responsáveis pelos aprisionamentos. E, em companhia da história que discorre em seu consultório, ao lado do que sofre, vai construindo

possibilidades e alternativas eficazes que vão liberando as amarras da própria existência.

Um psicoterapeuta competente e responsável, munido de uma boa ferramenta de trabalho, construída ao longo de sua formação profissional, se coloca sempre na condição de oferecer novas possibilidades, conduzindo o seu paciente a encontrar uma nova chance de se reconstruir, enquanto analisa as experiências vividas. Durante todo o processo o psicoterapeuta manter-se-á, mediando à conquista, oportunizando momentos de reflexões que conduzirão a um olhar diferenciado sobre o sofrimento causado no passado, favorecendo novas formas para se resolver o problema.

E, como vimos, foi assim que Francine Shapiro se posicionou durante os anos que dedicou à criação, à atualização e ao desenvolvimento do EMDR. Como tem sido a vida de cada profissional devotado a cuidar da saúde.

Capítulo 4

Bases Neurobiológicas e EMDR

O Cérebro Emocional - Princípios das Neurociências

Falaremos superficialmente a respeito do cérebro humano, sem a pretensão de adentrar em todas as instâncias que o compõem. Porque, como se trata de um assunto vasto, este não caberia em um único capítulo. São muitos os detalhes, não sendo, pois, nesse momento, o objetivo deste trabalho. Aqui, serão considerados alguns aspectos referentes ao desenvolvimento de diferentes zonas do cérebro, as quais são especializadas nos modos de reação e conhecimento, à medida que foi ocorrendo a evolução humana, frente às demandas advindas do meio em que vive.

No estado atual, todas as formas de conhecimentos se desenvolvem dependendo de algumas partes do cérebro. Essas zonas são: o tronco cerebral, o sistema límbico e os lobos frontais. O primeiro está mais ligado com a regulação da homeostase. Os demais estão encarregados de manter o organismo sempre equilibrado, quando em contato com os estímulos advindo do meio, modulando-o automaticamente (Kandel et al, 2014; Lent, 2010).

Cada neurônio tem dois tipos de ramos: os dendritos, que recebem estímulos/informações de outros neurônios; e os axônios, que ficam responsáveis pelas saídas das informações para outros neurônios. A comunicação acontece por eletricidade e é feita através do corpo celular, que converte a corrente elétrica em um conjunto de impulsos enviados pelo axônio a outros neurônios, esses circuitos locais realizam associações neurais em entradas, para o circuito e enviam os resultados para outros circuitos, como saídas, através de projeções neurais. A maioria dos neurônios são interneurônios de associação, que recebem informações de uns neurônios e repassando-as para outros neurônios (Lent, 2010).

O neocórtex distingue os mamíferos de todos os outros animais, permitindo que a maioria das atividades mentais complexas e muitas decisões aconteçam sobre o que o indivíduo quer fazer; tendo, pois, impacto na inteligência, permitindo um nível de comportamento avançado, como o comportamento social, a linguagem e o alto nível de consciência (Lent, 2010).

As partes chaves do neocórtex são compostas por quatro lóbulos principais (frontal, parietal, temporal e occipital), que são divididos por sulcos (rachaduras) e cumes localizados entre os sulcos e chamados de giros. Os sulcos separam os lobos corticais ou funções, em alguns casos, pois em outras áreas no cérebro, elas interagem umas com as outras (Kandel et al, 2014).

O Lobo frontal do neocórtex age como controlador dos controladores e é mediado pela complexa função de memória operacional, de várias camadas de áreas corticais pré-frontais, que nos permitem fazer planos complexos, compostos por várias etapas.

Este é composto por quatro importantes áreas funcionais. As duas primeiras são: o centro primário anterior e as áreas pré-motoras e motoras suplementares, que estão envolvidas com a iniciação dos movimentos voluntários, ou seja, aqueles que dependem de nossa vontade. A terceira é a área de Broca, geralmente localizada no hemisfério esquerdo, tendo grande importância na produção da escrita e da linguagem falada; e o córtex pré-frontal, que tem como responsabilidade, controlar o nível mais abstrato do planejamento e metas, estando relacionado com a personalidade (Kandel et al, 2014).

Quanto ao lobo parietal, este contém neurônios responsáveis por receber a informação sensorial da pele e da língua e de processar as informações das orelhas e dos olhos, emitidas pelos outros lobos. As principais entradas sensoriais da pele – advindas do toque, temperatura e receptores de dor – são transmitidas pelo tálamo ao giro imediatamente posterior à fissura central, composta no cérebro. Sendo assim, para se realizar uma tarefa

motora, como pegar em uma escova e escovar os dentes, muitas ações internas acontecem, pois se faz necessária uma alta sensibilidade ao toque, que guiará a ação e o controle diferenciado (Kandel et al, 2014; Lent, 2010).

O lobo occipital, por sua vez, é responsável por processar as entradas visuais que são enviadas através da retina por meio do tálamo, ao cérebro. Possuidor de mapas visuais derivados de V1 (V2, V3 e assim por diante) que são responsáveis por processar as informações captadas pela visão. O sentido da visão, por sua vez, será o de processar, através de projeções dessas áreas superiores do lobo occipital, para outras áreas nos lobos parietal e temporal, dependendo do processamento anterior feito pelo lobo occipital (Kandel et al, 2014; Lent, 2010).

O lobo temporal tem como responsabilidade combinar informações auditivas e visuais. Na parte superior e medial do lobo temporal, acontece o recebimento das informações, ou seja, ela serve de entrada auditiva da parte do tálamo, que transmite informações das orelhas, enquanto que a parte inferior faz com que o processamento visual para reconhecimento de objetos e padrões aconteça. Enquanto que as partes medial e anterior estão envolvidas em reconhecimento visual de alta ordem (como reconhecimento de faces, por exemplo), que para acontecer, acessa a memória (Kandel et al, 2014).

O tálamo é o componente responsável pela regulação da consciência, do sono e do estado de alerta. Ele auxilia o cérebro a interagir com as outras partes, controlando, por exemplo, a forma para onde dirigimos o nosso olhar. Enquanto que hipotálamo está ligado às funções vegetativas, responsáveis pelo controle das funções homeostáticas do corpo, desde a temperatura aos ciclos circadianos, que são responsáveis pelo comportamento e estão associados às emoções de prazer e raiva, que são responsáveis pela ansiedade e estados desregulados, como pânico e euforia (Kandel et al, 2014).

O tronco cerebral, através do hipotálamo, tem como principal função buscar a

homeostase, atividade exercida pelo sistema nervoso autônomo, através dos sistemas simpáticos e parassimpáticos que buscam o equilíbrio, modelando automaticamente, enquanto regulam os estímulos externos e internos que se apresentam em nossa rotina. Também importante, encontra-se o giro do cíngulo, pelo fato de cuidar da percepção dos odores e da evocação das memórias agradáveis e às ligadas a dor ou quaisquer emoções. Regulando os comportamentos agressivos. Conectado com estruturas corticais, tem como responsabilidade realizar análise do conteúdo vivencial, participando de forma direta do planejamento das ações e dos movimentos executados pelo indivíduo, enquanto favorece, a partir das emoções afetivas, a interação do ser humano com demais (Kandel et al, 2014).

O cérebro é composto por dois hemisférios: o esquerdo e o direito. O primeiro recebe a maioria das entradas e controla principalmente o lado direito do corpo, é especializado para a linguagem, tendo o raciocínio baseado em regras e habilidades analíticas, em humanos, processa os detalhes (Kandel et al, 2014).

Enquanto que o hemisfério direito lida com o lado esquerdo do corpo e tem maior habilidade em reconhecer padrões visuais e tipos de percepção mais holística, absorvendo o cenário geral. Não há linguagem. Os dois hemisférios estão conectados pelo corpo caloso. E ao executar uma simples tarefa lidam de forma harmônica, usando estratégias de dividir e conquistar a ação a ser executada (Kandel et al, 2014).

Abaixo do neocórtex há várias áreas subcorticais importantes, compostas por núcleos filogeneticamente antigos compostos por várias estruturas importantes dentro do sistema límbico. E, quanto a esse sistema, se faz necessário entender sua localização cerebral e alguns componentes de sua estrutura: localizado na parte mais interna do cérebro, área subcortical, surgiu com o desenvolvimento humano na busca pela sobrevivência. E é composto por partes envolvidas de maneira importante nos registros e processamentos de eventos e respostas emocionais (Lent, 2010).

A amígdala é uma das demais partes, que tem como função primordial regular o sentido do afeto, por exemplo, participando das respostas e processamentos das memórias emocionais. Um estudo de neuroimagem desenvolvido por Weber sugere que a sintomatologia de trauma grave está associada à desregulação da amígdala (Weber, 2013).

Já o hipocampo, reconhecido como a sede das memórias, tem como principal função o processamento das memórias cognitivas. Vale ressaltar que, a amígdala está localizada em frente ao hipocampo, estando envolvida com o processamento emocional. Ela interage com uma área do córtex pré-frontal, chamada orbitofrontal para gerar e processar as principais emoções, como: raiva, felicidade, nojo, surpresa, tristeza e medo. Por exemplo, pessoas que sofreram danos na amígdala têm habilidades reduzidas ao reger e evitar situações que provocam medo (Kandel, Dudai & Mayford, 2014).

Além disso, também interage com a parte mais anterior do córtex cingulado, área responsável pelo monitoramento do progresso em direção a qualquer objetivo que se busque atingir, gerando sinal de aviso para que novas estratégias sejam tomadas frente às situações que parecem não funcionar e que necessitam de mudanças.

Os gânglios basais são outras estruturas límbicas cruciais na organização, planejamento e execução dos movimentos. Interconectado ao tálamo e o neocórtex são responsáveis por controlar o comportamento. Enquanto que o mesencéfalo, a ponte, o bulbo e o cerebelo, fazem a transição entre o cérebro e a medula espinhal. Eles juntos, controlam comportamentos, como: coordenação de locomoção, movimentos dos olhos e a regulação da homeostase corporal, como: respiração, frequência cardíaca e temperatura (Kandel et al, 2014).

Autores como Fuster (2008) e Goldberg (2002), argumentam que o córtex pré-frontal é considerado como a parte mais moderna, filogeneticamente falando. Estando localizado na região do lobo frontal anterior ao córtex motor primário, possui papel essencial

na formação de metas e objetivos. Participando, também, das etapas de planejamento de estratégia de ação, necessárias à consecução destes objetivos; selecionando as habilidades necessárias para a implementação dos planos e da coordenação das mesmas, para que sejam aplicadas de maneira adequada. Sendo responsável, mais diretamente, pela avaliação das ações, destinadas a um determinado objetivo, conceituando-as como ações de sucesso e fracasso.

Goldberg (2002), por sua vez, em seus estudos, fala de uma forma mais ampla, evidenciando que os lobos (frontal, parietal, occipital e temporal), na realidade, possuem funções mais metacognitivas, do que cognitivas isto porque eles não possuem nenhuma habilidade mental específica, por estarem todos envolvidos nas ações realizadas pelo homem, de uma certa maneira.

Quanto às questões referentes à maturação, à organização funcional e ao desenvolvimento do cérebro humano, dois grandes estudiosos merecem destaques, são eles: Lúria (1982) e Vygostky (1987). Suas contribuições estão mais relacionadas ao trauma conceitual intrincado e complexo, tanto na compreensão de conhecimentos, quanto das habilidades, envolvidas no processo de aprendizagem. Se dedicando mais especificamente, ao estudo dos processos mentais, nos quais estão incluídas sensações, percepções, pensamentos, linguagens, memórias, compreendidas como sistemas funcionais complexos.

Para os autores, esse processo ocorre como consequência de movimentos manipulativos que se condensaram, adquirindo, em sua dinâmica, o caráter de ações mentais internas ligadas às imagens do mundo exterior e quando mediatizadas por ajudas externas, sempre de forma dinâmica e contínua, concretizam-se em aprendizagens.

O grande pesquisador, Alexander Lúria (1976) defende e fundamenta que existe um Sistema Funcional, composto por três importantes unidades responsáveis: 1) pelo tom cortical necessário; 2) pela análise e síntese da informação recebida e 3) pelos movimentos de

busca, que dão o caráter ativo à conduta perceptiva.

Quanto à dinâmica do comportamento humano, existe por trás um sistema sensorial que serve de base para que aconteça o desenvolvimento e a aprendizagem, fruto da intercomunicação estabelecida entre variadas redes de informações, dispersa pelo corpo, que ao entrar em contato com o estímulo geram sensações, estimulam e ativam as células nervosas, dando início ao processo neurológico, gerando respostas macro (movimentos longos) , micro (pequenos movimentos), oro (movimentos com a boca, relacionados a fala, ato de comer, morder, etc) e grafomotoras (movimentos com as mãos, pinturas, desenhos e escritas), sendo as três últimas específicas do ser humano (Luria, 1976).

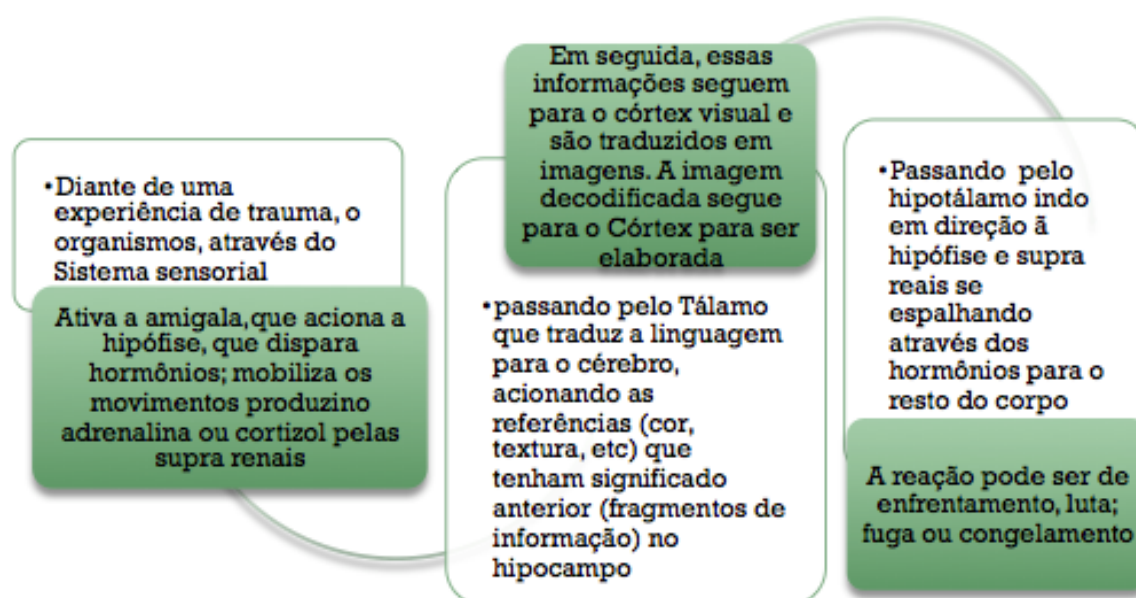
A organização dessas sensações culminará em um desenvolvimento evolutivo humano, de forma adaptativa e integrada, que ao fornecer ao cérebro às condições de captação dos estímulos, a partir do corpo, no universo extra-somático, resulta em uma complexa integração e associação intraneurossensorial, culminando em evolução do processo informativo e resultando em uma motricidade flexível e eficaz (Ribeiro, 2019).

O sistema nervoso autônomo (vegetativo), composto pelo sistema simpático (adrenérgico), tem como neurotransmissor a adrenalina, que participa pondo o corpo em alerta frente um estímulo perigoso, impulsionando e preparando à fuga. E pelo sistema parassimpático, colinérgico (vagal), que se encarrega pelo restabelecimento da energia corporal, promovendo o descanso e o relaxamento. O neurotransmissor a acetilcolina é responsável pelo estabelecimento dos vínculos associativos.

Sperry (1969), falando das funções dos hemisférios cerebrais e do pensamento afirma que: “A questão principal é que parecem existir dois modos de pensar, o verbal e não verbal, representados pelo hemisfério esquerdo e direito, respectivamente. E que nosso sistema educativo, assim como a ciência em geral, tende a depreciar a forma não verbal do intelecto. Resultando numa discriminação contra o hemisfério direito”.

Na figura que será apresentada tentamos de forma simplificada e grotesca explicar como acontece o circuito de uma experiência traumática e o seu percurso no cérebro. Logicamente, temos consciência que há outros detalhes que não foram descritos, devido às pequenas minúcias, que no momento, me foi impossível descrever.

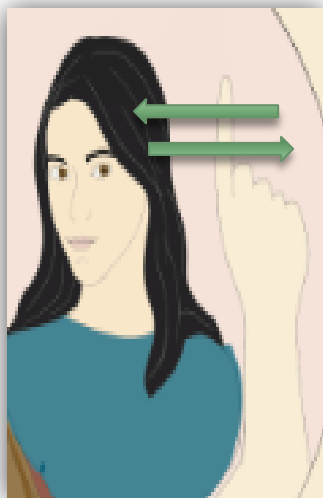
Circuito da Experiência Traumática



O tratamento por EMDR (Reflexões da autora)

Agora, vamos nos ater a explicar um pouco a respeito do tratamento por EMDR. Por ser conceitualizado como uma progressão por redes de memória, quando em uso é solicitado ao paciente que direcione e focalize sua atenção em um alvo, isto é, a uma memória específica que pode ser uma imagem de sonho; uma pessoa; um evento real, fantasiado ou projetado; ou algum aspecto da experiência, tal como uma sensação corporal ou pensamento. Alvos específicos são utilizados para se obter acesso às redes de memórias bloqueadas. Com base na observação clínica, qualquer manifestação da informação armazenada pode ser utilizada como alvo.

A essência do EMDR é propor, como prática de intervenção clínica, uma transmutação da informação armazenada de forma inadequada, gerando um estado emocional desregulado, para um modo de armazenamento adaptativo que promova a saúde psicológica. (Shapiro & Solomon, 2018).



A hipótese é que os movimentos oculares (ou estímulos alternativos), por exemplo, toques alternados com as mãos (*hand taps*) e a repetição de estímulos sonoros, comprovam sua eficácia, uma vez que a hipótese dual pode vir a provar ser a mais útil explicação dos efeitos do EMDR (Shapiro, 2017).

E Shapiro (2017) em estudos que tratavam do tema, pode afirmar que frente a um trauma psíquico, que pode resultar em um Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT), é vista uma maior ativação no sistema límbico, especificamente no hemisfério direito, com uma diminuição da atividade da área de Broca, no hemisfério esquerdo.

Essa contribuição amplia nossos conhecimentos em relação ao que se passa conosco quando somos traumatizados. A comprovação deste estudo se deu a partir dos achados realizados através das imagens feitas por escaneamento pela Tomografia por Emissão de Pósitron (PET scan) (Shapiro & Solomon, 2018).

Mecanismos por meio dos quais se dariam à ativação e facilitação do processamento

1. A Ativação e facilitação do processamento de informações acontecem devido ao foco dual do paciente na atenção. Enquanto ele presta atenção, estímulos no presente se atentam ao evento traumático passado (Van der Kolk et al, 2007; Shapiro & Solomon, 2018).

2. Um efeito diferencial de explosões neurais pelos diversos estímulos que podem servir como equivalente de uma corrente de baixa voltagem e afeta diretamente o potencial sináptico. (Van der Kolk, et al, 2007).
3. Descondicionamento causado pela estimulação bilateral provoca uma redução da emoção, trocando por uma resposta de relaxamento (Van der Kolk, et al, 2007).

O EMDR é um processo semelhante ao que se passa quando sonhamos na chamada fase *Rapid Eyes Movement* (REM) do sono (Stikgold, Hobson, Fosse & Fosse, 2001), durante a qual os movimentos oculares rápidos facilitam o processamento do material inconsciente. Sua premissa é que quando surge uma situação traumática, esta fica bloqueada no sistema nervoso e quando evocada aparece como recordação original, com sons, pensamentos, emoções e sensações físicas do passado.

A intervenção EMDR permite que a pessoa identifique e separe as sensações afetivas do trauma das suas interpretações cognitivas, dessensibilizando as memórias traumáticas, acessando e dessensibilizando o sistema nervoso, permitindo ao cérebro que processe a experiência.

O terapeuta em sua prática de intervenção poderá oferecer algumas formas de ativação, através dos movimentos oculares bilaterais, de toques alternados ou de músicas com sons bilaterais, guiados por protocolos de intervenção (Shapiro & Sherwel, 2004). Ao realizar a estimulação, estará possibilitando que haja uma dessensibilização e reprocessamento dos conteúdos traumáticos. Toda ação mantém, tanto o paciente, quanto o terapeuta conscientes do que se passa. Como por exemplo, o terapeuta sabe que seu papel será de promover um novo acesso a memória que causa dor e sofrimento, que esta desadaptada a rede de memória,

ativando o cérebro a estabelecer uma nova comunicação, entre os dois hemisférios cerebrais, no momento em que solicita que o paciente acesse, simultaneamente às memórias traumáticas armazenadas, através de imagens, palavras chaves, advindas da cognição, dando vazão as emoções e sensações latentes.

Se o bloqueio for removido, o processamento será retomado, levando a informação em direção a um estado de resolução adaptativa e integração funcional. Essa resolução é manifesta por uma modificação nas imagens, afeto e cognições que o paciente associa no evento.



A função da estimulação bilateral é ativar o mecanismo adaptativo de processamentos de informações, fazendo com que haja uma adaptação do conteúdo a rede de memória e sua aplicação em uma variedade de patologias tem tido valor crítico (Shapiro, 2018).

Levando em consideração que o conteúdo a ser trabalhado como alvo advém da memória do evento traumatizante, sendo este composto por imagens, crenças, emoção e, ou, sensações física, a prática do EMDR favorecerá uma oportunidade do paciente olhar de volta ao passado, para assim, a partir do protocolo proposto em sua prática clínica de intervenção, promover a dessensibilização afetiva favorecendo um reprocessamento do conteúdo da experiência que deixou sofrimento. Possibilitando então, que este conteúdo, não provoque mais desorganizações, tensões e reações disfuncionais. Após o processo realizado com sucesso, o paciente poderá voltar a falar sobre o fato traumático do qual foi vítima, sem mais apresentar ativações desorganizadas. Falará sem mais se desorganizar emocionalmente.

Capítulo 5

Sistema de Processamento Acelerado de Informações – EMDR

O tratamento por EMDR é conceitualizado como uma progressão por redes de memória e quando em uso, na terapia, como falado anteriormente, é solicitado ao paciente que direcione e focalize sua atenção em um alvo, isto é, em uma memória específica, que pode ser uma imagem; um sonho; uma pessoa; um evento real, fantasiado ou projetado; ou algum aspecto da experiência, tal como uma sensação corporal ou pensamento.

O alvo escolhido a ser tratado será utilizado para se obter acesso às redes de memórias que foram bloqueadas. Com base na observação clínica, sabe-se que qualquer fragmento que corresponda ao evento serve como mediador, gerando acesso à informação armazenada de forma disfuncional.

A essência do EMDR é propor como prática de intervenção clínica, uma transmutação da informação armazenada de forma inadequada, que tem como consequência um estado emocional desregulado, para um modo de armazenamento adaptativo que promova a saúde psicológica (Shapiro, 2017).



A hipótese é que os movimentos oculares (ou estímulos alternativos), por exemplo, toques alternados com as mãos (*hand taps*) e a repetição de estímulos sonoros têm comprovado a eficácia, uma vez que a hipótese dual pode vir a provar ser a mais útil explicação dos efeitos do EMDR (Shapiro, 1989, 2001).

Tendo como premissa básica, que a maior parte das psicopatologias se baseia em experiências remotas de vida. O EMDR é composto por muitos componentes. A ativação do evento alvo e os estímulos com movimento bilaterais (oculares, táteis e auditivos) são usados na terapia. Mantendo o paciente, o tempo todo, no presente, enquanto evoca conteúdos do

passado, numa atenção dual. Durante o processo é ativado o Sistema de Processamento de Acelerado de Informações (PAI) na busca de se atingir bons resultados com tratamento. (Shapiro & Sherwel, 2004).

O Modelo do PAI é coerente com a compreensão manifestada desde Freud e Pavlov daquilo que hoje em dia chama-se processamento de informações (Freud, 1919; Pavlov, 1927). Especificamente, parece haver um equilíbrio neurológico em um sistema fisiológico distinto, o qual permite que a informação seja processada até chegar a uma “resolução adaptativa” (Shapiro, 2017).

Por resolução adaptativa entende-se como o que acontece quando todas as conexões necessárias, para associações adequadas, são feitas, onde a experiência é usada de forma construtiva pelo indivíduo e integrada em um esquema positivo emocional e cognitivo (Shapiro, 2018).

Segundo o método e em condições naturais, o Sistema de Processamento Adaptativo e Acelerado de Informação (PAI) assimila experiências recentes em redes neurais existentes. Essa noção alude a uma tendência inata do cérebro, que processa as experiências perturbadoras conduzindo-as a uma resolução adaptativa para o sujeito (Shapiro & Solomon, 2011).

O PAI produz respostas homeostáticas ecológicas, modulando a aprendizagem e o alívio de mal estar emocional que se armazenam em seus componentes sensoriais, emocionais cognitivos e nas redes de memória, enquanto vive suas experiências no mundo. Sendo as redes, à base da percepção, atitudes e comportamentos. Quando este sistema funciona de forma adequada, novas experiências são assimiladas, integrando e conectando informações que são armazenadas nessas redes neurais. Esta conexão e as informações anteriores permitem dar sentido à experiência, fazendo o paciente aprender ajudando a se guiar no futuro (Shapiro, 2017).

Capítulo 6

Trauma Psíquico, Memórias Bloqueadas e Processamento Acelerado de Informação - EMDR



O pesquisador Bleichmar (2008) sugere que as representações do sofrimento não se ativam nem se arquivam como um todo, em um determinado lugar no cérebro, eles se organizam como um quebra-cabeça, de forma modular e fragmentada, nas redes de memória, desde o começo da vida do sujeito.

Autores como Peres e Mercadante (2005), citam, em seus trabalhos que a palavra “Trauma”, em sua raiz etimológica grega, significa lesão causada por um agente externo. Conceito que migrou à Psicologia, supondo que um trauma ocorre quando as defesas psicológicas naturais são transgredidas. E, para Freud, o trauma psíquico se caracteriza por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e de elaborar tais excitações.

No século XVIII, Descartes dizia que as funções mentais existiam separadas do corpo, no entanto, com o avanço das pesquisas, sabe-se que o corpo é o acumulador e preservador das experiências físicas e emocionais vividas na existência (Fortes, 2015).

Para Marty, referenciado em Ribeiro (2019), dentro de uma perspectiva ontogenética evolutiva, o desenvolvimento do ser humano é concebido em um contínuo especializar-se e diferenciar-se de órgãos e funções, rumo a uma complexidade crescente. A gênese do psiquismo, dentro desta evolução, tem seu desenvolvimento progressivo a partir do nascimento do bebê, com a mãe fazendo-se de anteparo protetor para os estímulos intrusos que chegam até ele, ajudando-o a representá-los e nomeá-los adequadamente.

Para Kreisler, citado por Volich (2004), é a sintonia entre a mãe com o bebê que, ao acolher as necessidades da criança, adéqua-a com respostas necessárias, ajudando no favorecer da integridade da função mental.

Estes autores tiraram a ênfase do fator externo, colocando o peso do fenômeno, na capacidade ou não, de mentalização do sujeito (defesas mais sofisticadas). Caso essas mentalizações não sejam suficientes, deixariam as pulsões, como sendo uma única via de resolução arcaica, passando a ser expressa pelo corpo. Neste caso, o conflito psíquico neurótico não chegaria realmente a ter palco, uma vez que não há uma interiorização do que pode estar ocorrendo com o indivíduo.

Damásio (1991) sugere que a investigação da forma como os pensamentos desencadeiam as emoções e de como as modificações do corpo, durante as emoções, se transformam nos fenômenos mentais chamados de sentimentos, sustenta algo novo sobre o corpo e sobre a mente, duas manifestações aparentemente separadas de um organismo integrado e singular.



Fatos graves, que tiveram sua inscrição no início da vida, são os que mais se manifestam por serem guardados sem que haja maturidade emocional para serem compreendidos, deixando marcas profundas. Sem informações suficientes que darão sustentação e condições para autodefesa, geram sentimentos confusos expressos pelos pacientes. Originando crenças negativas e limitantes, provocando um sofrimento marcante.

Jaffard (2001), outro estudioso, fala da diversidade da memória e do quanto os indivíduos podem revelar um grau de variedade interindividual no processamento da memória de eventos de vida e das emoções básicas, enfraquecendo o conceito, antes usado, de reação universal ao trauma (Peres, Mercante & Nasello, 2005). Muitas vítimas de trauma

procuram apoio profissional, enquanto outras enfatizam o colapso e/ou a vitimização, podendo permanecer por anos presos no evento, impossibilitando seguir naturalmente na vida.

A memória traumática possui características diferentes da memória comum. Embora a memória comum tenha menor vivacidade perceptiva e esteja ligada ao resto das experiências de vida. A memória traumática é incompleta ou incoerente, tendenciosa para detalhes que são emocionalmente significativos, ameaçadores, novos ou de especial importância para o indivíduo, fazendo com que a vítima esteja sempre em estado de alerta, detectando estímulos que disparam reações emocionais de maneira disfuncional (Shapiro, 2017).

Capítulo 7

Processamento da Memória do Trauma

Estudos revelam um grau de variedade interindividual no processamento da memória de eventos de vida e das emoções básicas, enfraquecendo o conceito antes usado, de reação universal ao trauma. Muitas vítimas de trauma procuram apoio com profissionais, enquanto outras tentam dar conta da situação, enfatizam o colapso e/ou a vitimização, podendo permanecer por anos a fio aprisionadas no evento que trouxe, como consequência, a dificuldade de seguir espontaneamente na vida.

No EMDR esse processamento é feito durante cada série de estímulos/movimentos bilaterais (MBL). Onde cada estágio progressivo de processamento pode ser considerado como um platô. Onde imagens, pensamentos e emoções completam uma mudança em seu progresso em direção a uma resolução terapêutica mais ampla (Shapiro, 2018).

Se o sistema ficar bloqueado ou sofrer desequilíbrio devido ao impacto de uma experiência de trauma, respostas não adaptativas serão observadas. Tais respostas podem ser deflagradas por estímulos atuais ou, talvez, pelo esforço do mecanismo de processamento de informações em resolver o material. Por exemplo, a vítima de estupro pode automaticamente ficar relembando imagens do estupro em uma tentativa de bloquear a imagem, de alcançar a resolução e completar o processamento (Shapiro, 2001).

Quando é solicitado ao paciente que evoque uma memória de experiência emocional traumática, pode-se perceber uma ligação entre a consciência e o sítio onde a informação está armazenada no cérebro. Os MBL ativam o sistema de processamento de informações e reequilibram. A cada série de MBL a emoção perturbadora é movimentada – a uma proporção acelerada – para diante, ao longo das vias neurofisiológicas apropriadas, até

que essa informação seja adaptativamente resolvida (Shapiro, 2013).

Inerente ao modelo PAI há o conceito de autocura psicológica, que valida que existe um constructo baseado na resposta curativa do corpo aos danos físicos. Por exemplo, quando alguém corta a mão, o corpo trabalha no sentido de fechar e curar o sofrimento. Se algo bloquear a cura, como, por exemplo, um objeto estranho, o trauma volta a se repetir. O ferimento irá se inflamar causando dor. Se o bloqueio for removido, a cura será retomada (Shapiro, 2017).

Em sua forma simples, o modelo incorpora noções fisiológicas, tais como: ativação de rede, contra condicionamento e assimilação de informações emocionalmente corretivas e adaptativas. Onde, ao longo do processo a neuro-rede, contendo a informação alvo a ser trabalhada durante o tratamento, é ativada, os efeitos negativos são mitigado e as informações resultantes são positivamente pesadas e funcionalmente armazenadas na memória. Fazendo acelerar a aprendizagem tardia.

Capítulo 8

Protocolo Padrão de Oito Fases do Tratamento por EMDR

(Baseado em Shapiro 2001; 2017)

Francine, nos anos que se seguiram, estabeleceu protocolos de investigação que fizeram surgir um método cientificamente reconhecido no tratamento de estresse pós-traumático, de ansiedade e de fobias, o qual tem favorecido clientes que necessitam reprocessar e reorganizar seu padrão de cognição diante da vida.

O Protocolo Clássico de oito fases, ou passos, será aqui apresentado. Contudo, já existem outros que foram se adaptando ao longo das pesquisas e evolução da prática. Devendo ser aplicado por um especialista que possua a formação completa em EMDR, o qual saberá conduzir o paciente, por meio de conceitualização de caso e preparação do protocolo, à dessensibilização e ao reprocessamento da memória traumática, fecho e *follow-up*, sem trazer perigo ou prejuízos para o paciente. Por isso, sugerimos que antes de se submeter a terapia por EMDR, verifique a formação do terapeuta e a origem de sua formação, acessando o site da Associação Brasileira de EMDR, que é o órgão que rege a categoria no Brasil.

Todo o processo leva em consideração que, em cada pessoa, existe um sistema natural e espontânea de processamento fisiológico de informação, no qual novos *inputs* (informações), captados no mundo e processado pelo cérebro, são metabolizados de forma adaptativa enquanto convivemos. E quando algo intercepta o processamento natural desta informação, é sinal de que aconteceu alguma coisa inadequada, acionando “o sistema de alerta interno (Sistema Simpático)”, exigindo que um estado de atenção seja ampliado e que algo seja feito. Contudo, caso não consiga ser solucionado naturalmente, o sistema manterá a informação ativada até que algo possa ser feito. Em alguns casos necessitará de ajuda. Com o protocolo acessam-se estas experiências que passarão a ser alvos a serem trabalhados

readaptando-os à rede de memória.

Nas primeiras fases ocorrem: a coleta de dados, a preparação do paciente para o processo e a dessensibilização emocional.

- Fase 1: coleta da história do paciente e construção do Plano de Tratamento;
- Fase 2: Preparação e orientação sobre informações essenciais sobre o processo com EMDR; vínculo e aliança terapêutica;
- Fase 3: Avaliação para intervenção através dos componentes (Imagem; memória que represente o evento; cognição negativa, autoavaliativa; cognição positiva que será usada para substituir a cognição negativa durante a fase de instalação; localização da sensação no corpo). Atribuindo um valor expresso em escala *Subjective Units of Disturbance* (SUDS - Unidades Subjetivas de Perturbação), com dez (10) pontos, a quaisquer sentimentos negativos, na qual zero, representa um sentimento neutro ou calmo, e 10 equivale ao máximo de perturbação que ele possa imaginar. O mesmo acontecerá com as crenças positivas (CP). Usando outra escala subjetiva, a escala *Validit cognition* (VOC), Escala de Cognição. Onde um (01), representa crença “completamente falsa” e sete (07) “completamente verdadeira”;
- Fase 4: Dessensibilização da crença negativa, avaliada na escala do SUDS, aplicando o MBL, até que o nível de angústia tenha obtido a avaliação zero (0), na escala;

As fases que se seguem referem-se às mudanças:

- Fase 5: Instalação, o foco está na instalação e no aumento da força da CP. Fortalecendo a (CP) até que a aceite como verdadeira. E o VOC, chegue a 7:
- Fase 6: Sondagem Corporal (*Bory Scan*). Após instalação da CP por completo, faz uma checagem corporal, da cabeça aos pés. Observando se há qualquer

tensão residual na forma de sensação corporal. Se existir deverão ser trabalhados;

- Fase 7: Encerramento, quando o objetivo da sessão de EMDR foi atingido. O paciente se sente melhor após o reprocessamento, modificando assim, seu estado de forma positiva, diferente de como chegou à sessão.
- Fase 8: Reavaliação, sobre o progresso obtido nas sessões anteriores.

Quanto ao número de sessões e o número de fases incluídas em cada sessão, varia de paciente a paciente. O procedimento padrão do EMDR, no entanto, se dá durante cada sessão de reprocessamento, seguindo a orientação do protocolo. Em cada sessão de reprocessamento, deve ser direcionada a um alvo específico, que será selecionado pelo paciente ao se iniciar uma sessão.

De acordo com o EMDR, o reprocessamento de um único trauma simples, é geralmente realizado dentro de até 03 sessões. Quando o tratamento for de um evento mais intenso será mais demorado, devendo-se esperar alguma mudança, algum sinal de melhora de estado emocional e cognitivo.

Reforçamos que este esboço aqui apresentado, metodologicamente não capacita nenhuma pessoa a fazer uso de forma inadequada desta ferramenta, nem tão pouco substitui a necessidade e importância, que existe do profissional trabalhar com o EMDR. E que o uso indevido poderá provocar retraumatizações, devido o uso irresponsável. Este esclarecimento é feito de forma que pessoas leigas em EMDR, venha a fazer uso inadequado destas informações.

Ressaltamos, contudo, que as informações sobre curso de formação, terapeutas associados, supervisores, empresas reconhecidas para oferecer formação de acordo com as orientações de Francine Shapiro pode ser encontradas na Associação Brasileira, através do Site www.emdr.org.br.

Capítulo 9

Tabela com Algumas Pesquisas Comprovando a Eficácia do EMDR em Diversas Patologias

Autores e ano de Publicação	Patologia	População	Resultado
Nijdam et al., 2018	TEPT	Adulta	Tanto a psicoterapia eclética quanto o EMDR obtiveram resultados
De Ross et al., 2017	TEPT	Infanto-Juvenil	EMDR e TCC produziram remissão no TEPT
Ter Heide et al., 2016	TEPT	Adulta	O uso do EMDR em refugiados é seguro
Shapiro et al., 2016	TEPT	Adulta	O Protocolo do EMDR para Eventos traumáticos mostrou-se eficaz
Diehle, et al., 2017	Sintomas de trauma	Infanto-Juvenil	EMDR e TCC mostraram redução significativa dos sintomas
Wanders et al., 2008	Autoestima	Infanto-juvenil	EMDR e TCC se mostraram eficazes
Gerhardt, 2016	Dor Crônica nas costas	Adulta	EMDR foi considerada eficaz
Novo et al., 2014	TAB + Eventos Traumáticos	Adulta	EMDR pode ajudar a tratar o estado de ânimo
Hase et al., 2018	Transtorno depressivo	Adulta	EMDR pode proporcionar benefícios adicionais à depressão
De Bont et al., 2016	Transtorno psicótico + TEPT	Adulta	Terapia de Exposição e EMDR foram eficazes
Pérez-Dandieu & Tapia, 2014	Transtorno por uso de substâncias	Adulta	Tratamento com êxito

Instituições Internacionais que validam o uso do EMDR

A terapia EMDR é reconhecida como eficaz para tratamentos das síndromes pós-traumáticas pelos:

1. INSERM (2004) “Psychothrapie: Trois approches évaluée”, Institut Nacional de Salud y Investigación Médica, París;

2. American Psychiatric Association (2004). *“Practice guideline for the treatment patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder”*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.
3. Departamento de Asuntos de Veteranos y Departamento de Defensa (2004), “ VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress”, Washington DC, [Http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frameset.htm](http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frameset.htm)
4. Instituto Nacional para la Excelencia Clínica. (Reino Unido,2005), *“Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and hildrens in primary and secondary care*
5. Dutch Nacional Steering Committee Guidelines Mental Care (2003) *Multidiciplinary guideline for anxiety disorders*. Quality Institute Health Care CBO/ Trimbos Institute. Utrechet, Netherlands. (INSERM).
6. Foa EB, Keane TM, & Freedman MJ (2000). *Effective treatments for PTSD*, “Practice guidelines of the Internacional Society for traumatic Stress Studies”, Nueva York; Guildford Press.
7. Sjöblom PA, Witch SA, Bejerot S, Mörtberg E., Brinck U., Ruck C., & Körlind D. (2003), “Regional Treament recomedation for anxiety disorder” Medical Program Committe/Stockolm City Council, Suecia.
8. Therapy Advisor (2004) <http://www.teraphyadvisor.com> (página Internet patrocinada pelo NIMH - Instituto Nacional de Salud Mental)
9. Departamento de Salud Del Reino Unido (2001), “Treatment choice in psychological therapies and counselling evidence based clinical practice guideline”Londres, Reino Unido.
10. OMS Divulga orientação sobre cuidados de saúde mental após trauma.

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/en/ Daniel Epstein, Oficial de comunicações. OMS, Genebra. E-mail: epsteind@who.int

11. Logie R, & Jongh A. (2014). The flashforward procedure: confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*,8, 25-32.

Capítulo 10

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.
- Associação Brasileira de EMDR, através do site: www.emdr.org.br
- Associação EMDR Portugal. (2016). Recuperado em 03 dezembro, 2019, de <https://www.emdrportugal.pt/>
- Azize, R. L. (2010). O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia de discursos neurocientíficos. *Trabalho, Educação e Saúde*, 8 (3), 563-574, Recuperado em 03 dezembro, 2019 de: <https://dx.doi.org/10.1590/S198177462010000300014>
- Bleichmar, H. (2008). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Bs. As., Ed. Apidós.
- Brunnet, A. E., Silva, T. L., Soares, T., Guimarães, E. R., & Pizzinato, A. (2014). Dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR) para transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática. Minas Gerais: *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 7 (1), 119-131.
- Carrion, V. G., Wong, S. S., & Kletter, H. (2013). Update in neuroimaging and cognitive functioning in maltreatment-related pediatric PTSD: Treatment implications. *Journal of Family Violence*, 28, 53-61.
- Castro, M. G., Andrade, T. M. ., & Muller, M. C. (2006). Conceito mente e corpo através da História. *Psicologia em Estudo*, 11 (1), 3943. Recuperado em 03 dezembro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S141373722006000100005>
- Damásio, A. (1991). *The Feeling of What Happens*. San Diego: Harcourt (INC. Trad. Francesa, Le Sentiment même de Soi, Odile Jacob).
- Departamento de Asuntos de Veteranos y Departamento de Defensa (2004). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress*. Washington DC. Recuperado em 03 dezembro, 2019, de Http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frameset.htm
- Departamento de Salud Del Reino Unido (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counselling evidence based clinical practice guideline*. Londres, Reino Unido.
- Dutch Nacional Steering Committee Guidelines Mental Care (2003). *Multidiciplinary guideline for anxiety disorders*. Quality Institute Health Care CBO/ Trimbos Institute. Utrechet, Netherlands. (INSERM).

- Foa E. B., Keane T. M., & Freedman M. J. (2000). *Effective treatments for PTSD, Practice guidelines of the International Society for traumatic Stress Studies*, Nueva York: Guildford Press.
- Fortes, R. C. (2015) *Humano, demasiado orgânico: problematizações acerca do imperativo do sujeito cerebral*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado em 03 dezembro, 2019, de Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/132898>
- Freud, S. (1955). Introduction to psychoanalysis and the war neuroses. In: Strachey, J. (Ed. & Trad.). *The standard edition of complete psychological Works of Sigmund Freud*, v. 17. Londres: Hogarth Press. (Originalmente publicado em 1919).
- Fuster, J. M. (2008). *The prefrontal cortex* (4th ed.). London: Academic Press.
- Goldberg, E. (2002). *O cérebro executivo: lobos frontais e a mente civilizada*. Rio de Janeiro: Imago.
- INSERM (2004). *Psychothrapie: Trois approches évaluée*. Paris: Institut Nacional de Salud y Investigación Médica.
- Izquierdo, I. (2011). *Memória*. (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Jaffard, R. (2001, Avril/Juillet). La diversité de la Mémoire (Préface da la Revue Dossier pour la Science.) Paris: Édition Française de Scientific American (Série La Mémoire –Le Jardin de la Pensée, p. 4).
- Jaffard, R. (2001, Avril/Juillet). *La diversité de la Mémoire* (Préface da la Revue Dossier pour la Science). Paris: Édition Française de Scientific American (Série La Mémoire –Le Jardin de la Pensée, p. 4).
- Jarero, I., & Artigas, L. (2016). EMDR Integrative Group Treatment Protocol Adapted for Adolescents and Adults Living with Ongoing Traumatic Stress. In. Luber, M. (Ed.). *EMDR Therapy Treating Trauma and Stress Related Conditions: scripted protocols, and summary sheets* (pp. 169-180). New York, NY: Springer.
- Jarero, I., & Uribe, S. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Brief report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5 (4), 156–165.
- Jarero, I., Roque-Lopez, S., & Gómez, J. (2013). The Provision of an EMDR - Based Multicomponent Trauma Treatment with Child Victims of Severe Interpersonal Trauma. *Journal of EMDR Practice & Research*, 7 (1), 17-28.
- Jarero, I., Uribe, S., Artigas, L., & Givaudan, M. (2015). EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: A Randomized Controlled Trial in a Technological Disaster Context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9 (4), 166-173.
- Kandel, E. R., Dudai, Y., & Mayford, M. R. (2014, março). The molecular and systems biology of memory. *Cell*, 157 (1), 163-186.

- Kandel, E., Schwartz, J. H., Jessell, T. M., Siegelbaum, S. A., & Hudspeth, A. J. (2014). *Princípios de Neurociências*. (Trad. A. L.S. Rodrigues e revisão técnica de C. Dalmaz e J. A. Quillfeldt) (5. ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Lent, R. (2010). *Cem bilhões de Neurônios? Conceitos Fundamentais de Neurociências*. (2. ed.). São Paulo: Atheneu.
- Luria, A. (1976). *El Cérebro em Acción*. Barcelona: Fontanella.
- Luria, A. (1982). *The Working Brain: An Introduction to Neuropsychology*. Londres: Peguin.
- McGaugh, J. L. (2000). Memory - a Century of Consolidation. *Science*, 287(5451), 248-251.
- Mendes, L. S. T., & Rocha, N. S. (2016, dezembro). Teoria do apego: conceitos básicos e implicações para a psicoterapia de orientação analítica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, Porto Alegre, 18 (3), 1-15.
- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., & Caballo, V. E. (2001). Psicologia da Saúde: Intervenções em hospitais públicos. In: Rangé, B. (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. (pp.463-474). Porto Alegre: Artmed.
- Morrin, E. (2001). *A cabeça bem feita: repensar a reforma e repensar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013). *OMS Divulga orientação sobre cuidados de saúde mental após trauma*. Genebra: OMS. Recuperado em 03 dezembro, 2019, de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/en/
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. Nova York: Liveright.
- Peres, J. F. P., Mercante, J. P. P., & Nasello, A. G. (2005, maio/agosto). Resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande Sul, 27 (2), 131-138.
- Ribeiro, S. (2013) Tempo de cérebro. *Estudos Avançados*, 27 (77), 07-22. Recuperado em 03 dezembro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000100002>
- Roques, J. (2009). *Curar con El EMDR Teoría e Práctica*. Barcelona, Espanha: Kairós.
- Shapiro, F. & Sherwel, C. (2004). *EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing): desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México: Pax México.
- Shapiro, F. (1989). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. A new treatment for post traumatic memories. *Jornal of traumatic Stress Studies*, (2), 199-223.
- Shapiro, F. (1991a). Eye Movement desensitization and reprocessing procedure: EMD to EMDR - A new treatment model for anxiety and related traumata. *Behavior Therapist*, (14), 133- 135.

- Shapiro, F. (1991b). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: a Cautionary note. *Behavior Therapist*, (14), 188.
- Shapiro, F. (1994). Alternative stimuli in the use of EMD(R). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, (25), 89.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols and procedure*. (2th ed), Nueva York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2017). *Eye movements desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures*. (Third edition). Mentor Books.
- Shapiro, F. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (Third ed.). New York: Guilford Press
- Shapiro, F., & Solomon, R. (2018). Eye Movement desensitization and reprocessing: Neurocognitive Information processing. In: Everley, G., & Mitchell, J. (Eds.). *Critical incidente stress management*. Elliot City, MD: Chevron.
- Sjöblom, P. A., Witch, S. A., Bejerot, S., Mörtberg, E., Brinck, U., Ruck, C., & Körlind, D. (2003). *Regional Treatment recommendation for anxiety disorder*. Suecia: Medical Program Committee/Stockholm City Council,
- Sperry, R. (1969). Intherhemispheric relationships: the neocortical commissures; syndromes of hemisphere disconnection. In: Vinken, P. J., & Bruyn, G. W. (Eds.). *Handbook Clin. Neurol*, Amsterdam.
- Squire, L., & Kandel, E. R. (2003). *Memória: da mente às moléculas*. [S.l.]: Artmed.
- Stikgold, R, Hobson, J. A., Fosse, R., & Fosse, M. (2001). EMDR, Sleep, learning, and dreams: off line memory reprocessing. *Science*, 294, 1.052-1.057.
- Therapy Advisor (2004). Recuperado em 03 dezembro, 2019, de <http://www.teraphyadvisor.com> (página Internet patrocinada pela NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental))
- Van der Kolk, B., Spinazzola, B., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1-10.
- Volich, R. M. (2004). Psicossoma I: psicanálise e psicossomática. In: Rubens M., Ferraz F. C., & Arantes, M. A. A. C. (Orgs.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vygotsky, L. (1987). *A Formação Social da Mente*. São Paulo: Martins.
- Weber M, Killgore WD, Rosso IM, Britton JC, Schwab ZJ, Weiner, MR, et al. (2013). Voxel-based morphometric gray matter correlates of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 413-419.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resposta ao objetivo inicial proposto nessa pesquisa, que foi o de compreender a vivência da psicoterapia com uso do EMDR de pacientes adultos vítimas de trauma psíquico, percebeu-se que o objetivo foi atingido, podendo ser comprovados nos resultados das coletas e das respostas emitidas pela população entrevistada durante o processo de execução desse estudo. Contudo, percebe-se que, quanto ao grau de compreensão do EMDR, se faz necessário um maior esclarecimento sobre como ocorre o processo com EMDR, para que o paciente possa compreender melhor toda a dinâmica das fases do protocolo de oito fases e de como as mudanças comportamentais, de registro corpóreo, de emoção e da troca das crenças negativas por positiva ocorreram, mudando sua vida.

Uma limitação encontrada nesse estudo remete-se ao fato de que não foi possível descrever o tempo exato de tratamento para cada diagnóstico.

Quanto aos relatos, alguns pacientes, mesmo sendo avisados que se organizassem previamente, disponibilizando um tempo destinado às entrevistas, não forneceram muitos comentários em relação às perguntas, detendo-se apenas a dar respostas diretas e objetivas aos enunciados.

Percebeu-se também que, os pacientes embora soubessem de alguns pontos relacionados aos conceitos referentes à intervenção por EMDR, houve alguns que demonstravam perceber as mudanças físicas, cognitivas e emocionais, contudo, não sabiam explicar ao certo, o como acontecia neurobiologicamente.

Muitos dos pacientes já haviam recebido atendimento por outras práticas de intervenção clínica psicoterápica, seja TCC, Psicanálise, entre outras. No entanto, todos, tanto os que já haviam feito tratamento antes e os que estavam sendo tratados pela primeira vez, relataram o quanto o processo por EMDR ajudaram-nos nas mudanças das crenças negativas,

na liberação das tensões físicas, expandindo seu potencial criativo.

Quanto às mudanças de sentimentos após o acesso à memória traumatizante, os pacientes relataram que, embora o impacto frente à recordação fosse intensa e próxima ao vivenciado no passado, aos poucos, com os movimentos bilaterais, estes, iam minimizando quanto a sua intensidade, provocando em paralelo, uma sensação de bem estar e leveza.

Mesmo assim, o trabalho sugere que novas pesquisas sejam realizadas para ampliar os resultados. Podendo ser investigado em quais transtornos há melhor grau de satisfação e adesão em relação ao uso do EMDR e em quanto tempo as respostas se apresentam.

6 REFERÊNCIAS

1. Miyazaki MCOS, Domingos NAM, Caballo VE. Psicologia da Saúde: intervenções em hospitais públicos. In: Rangé B. (Org.). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 463-474.
2. Ceccim RB. Equipe de saúde: perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS; Uerj; Abrasco; 2006 (p. 259-278).
3. Barros TM. Psicologia e saúde: intervenção em hospital geral. Alethéia [Internet], jan-jun. 2002 [acesso em 2019 Dez 03];(15):115-120. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=404003&indexSearch=ID>.
4. Ribeiro S. Tempo de cérebro. Estudos Avançados [Internet] 2013 [acesso em 2019 Dez 03];27(77):07-22. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000100002>.
5. Azize RL. O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia de discursos neurocientíficos. Trabalho, Educação e Saúde [Internet] 2010 [acesso em 2019 Dez 03];8(3), 563-574. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300014>
6. Martins D G, Rocha Júnior A. Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma? Revista Psicologia - Teoria e Prática e o Novo Paradigma, Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, SP, mai. 2001;3(1) (Trabalho apresentado na Mesa-Redonda Psicologia Clínica e Saúde Pública, no I Congresso de Psicologia Clínica, Universidade Presbiteriana Mackenzie).
7. Ferreira Neto JL, Penna, LMD. Ética, clínica e diretrizes: a formação do psicólogo em tempos de avaliação de cursos. Psicologia em Estudo [Internet], 2006 [acesso em 2019 Dez 03];11(2):381-390. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200017>
8. Morrin, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Cortez: São Paulo; 2011.
9. Damásio A. The Feeling of What Happens, San Diego, Harcourt, INC. Trad. Francesa, Le Sentiment même de Soi, 1991, Odile Jacob.
10. Carrion VG, Wong SS, Kletter H. Update in neuroimaging and cognitive functioning in maltreatment-related pediatric PTSD: Treatment implications. Journal of Family Violence, 2013;28:53-61.
11. Vygotsky, L. Psicologia Pedagógica. São Paulo: Martins Fontes; 1984.
12. Kandel E. Princípios de neurociências. Madri: Mac Graw- Interamericana; 2001.

13. Lent R. Cem bilhões de neurônios? Conceitos fundamentais de neurociências. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2010.
14. Fuster JM. The prefrontal cortex. 4thed. London: Academic Press; 2008.
15. Goldberg E. O cérebro executivo: lobos frontais e a mente civilizada. Rio de Janeiro: Imago; 2002.
16. Luria A. The Working Brain: An Introduction to Neuropsychology. Londres: Perguin; 1982.
17. Fernandez A, Fernandez M. Neuroética, direito e neurociência: conduta humana, liberdade e racionalidade jurídica. Curitiba: Juruá; 2008.
18. Luria A. El Cerebro em Acción. Barcelona: Fontanella; 1976.
19. Vygotsky L. A Formação Social da Mente. São Paulo: Martins; 1987.
20. Izquierdo I. Memória. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
21. Kandel ER, Dudai Y, Mayford MR. The molecular and systems biology of memory. Cell, mar. 2014;157(1):163-186.
22. Squire L, Kandel ER. Memória: da mente às moléculas. [S.l.]: Artmed,2003.
23. McGaugh JL. Memory - a Century of Consolidation. Science, 2000;287(5451): 248-251.
24. Schacter DL. Chronic stress and posttraumatic stress disorder. Journal Consult Clin Psychol, 1999;54:303-308.
25. Giese KP, Mizuno K. The roles of protein kinases in learning and memory. Learn mem, out. 2013;20:540–552.
26. Jaffard R. La diversité de la Mémoire - Préface da la Revue Dossier pour la Science. Paris, Édition Française de Scientific American, Série Avril/Juillet 2001 (La Mémoire –Le Jardin de la Pensée, p. 4).
27. Dutra, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. Estudos de Psicologia, Natal, 2004; 9(2):381-387.
28. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
29. Peres JFP, Mercante JPP, Nasello AG. Resiliência em vítimas de trauma psicológico. Revista de Psiquiatria, Rio Grande Sul, mai.-ago. 2005; 27(2):131-138.
30. Fortes RC. Humano, demasiado orgânico: problematizações acerca do imperativo do

- sujeito cerebral. Dissertação [Mestrado – Saúde Coletiva] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet] Porto Alegre, 2015 [acesso em 2019 Dez 03]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/132898>
31. Volich RM. Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise. (5. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo Ed.; 2005. (Coleção clínica psicanalítica)
 32. Volich RM, Rubens M, Ferraz FC, Arantes MAA.C. (Orgs.). Psicossoma I: psicanálise e psicossomática. (2 ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo Ed.; 2004.
 33. Volich RM, Rubens M, Ferraz FC, Arantes MAA.C. (Orgs.). Psicossoma II: psicanálise e psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo Ed.; 1998.
 34. Medeiros A. A atualidade pedagógica da controvérsia histórica sobre a verdadeira definição da “força de um corpo”. Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências [Internet] Belo Horizonte, 2001 [acesso em 2019 Dez 03]; 3(1): 62-80. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-21172001030105>
 35. Mendes LST, Rocha NS. Teoria do apego: conceitos básicos e implicações para a psicoterapia de orientação analítica. Revista Brasileira de Psicoterapia, Porto Alegre, dez. 2016; 18(3): 1-15
 36. Shapiro F. Eye Movement desensitization and reprocessing procedure: EMDR to EMDR: A new treatment model for anxiety and related traumata. Behavior Therapist, 1991; (14): 133- 135.
 37. Shapiro F, Sherwel C. EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing): desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular. México: Pax México; 2004.
 38. Freud S. Introduction to psychoanalysis and the war neuroses. In: Strachey J. (Ed. & Trad.). The standard edition of complete psychological Works of Sigmund Freud, v. 17. Londres: Hogarth Press; 1955. (Originalmente publicado em 1919).
 39. Pavlov IP. Conditioned reflexes. Nova York: Liveright; 1927.
 40. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. A new treatment for post traumatic memories. Journal of traumatic Stress Studies, 1989; (2): 199-223.
 41. Shapiro F. EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach. Experts of diverse orientation explore the paradigm prism. Whashington DC: American Psychological Association Books; 2000.
 42. Shapiro F. Eye movements desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures (Third edition). Mentor Books; 2017.
 43. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures (Third ed.). New York: Guilford Press; 2018.

44. Weber M, Killgore WD, Rosso IM, Britton JC, Schwab ZJ, Weiner, MR, et al. Voxel-based morphometric gray matter correlates of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2013;27:413-419.
45. Jarero I, Artigas L, Luber M. The EMDR protocol for recent critical incidents: application in a disaster mental health continuum of care context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2011;5(3): 82-94
46. Shapiro F, Solomon R. Eye Movement desensitization and reprocessing: neurocognitive information processing. In: Everley G, Mitchell J. (Eds.). *Critical incident stress management*. Elliot City, MD: Chevron, 2011.
47. Jarero I, Artigas L. *Iberoamerican Journal of Psychotraumatology and Dissociation*. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología - y Disociación* [Internet] 2018 [acesso em 2019 Dez 03];10(1). Disponível em: <http://revibapst.com>
48. Van der Kolk B, Spinazzola B, Blaustein ME, Hopper JW, Hopper EK, Korn DL, et al. A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2007;68:1-10.
49. Stikgold R, Hobson JA, Fosse R, Fosse M.. EMDR, Sleep, learning, and dreams: off line memory reprocessing. *Science*, 2001; 294:1.052- 1.057.
50. Servan-Shreiber D, Schooler J, Dew MA, Carter C. Eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder: a pilotblinded, randomized study of stimulation type, *Psychotherapy and Psychosomatics*, Feb. 2006;75(5):290-297.
51. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:748-766.
52. Schneider J, Hofmann A, Rost C, Shapiro F. EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine*, 2008; 9:76-82.
53. Bae H, Kim D, Park YC. Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression. *Psychiatry Investigation*, 2008;5:60-65.
54. Brunnet AE, Silva TL, Soares T, Guimarães ER, Pizzinato A. Dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR) para transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, Minas Gerais, 2014;7(1):119-131.
55. Schmitt R, Capo T, Boyd E. Cranial electrotherapy stimulation as a treatment for anxiety in chemically dependent persons. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 1986;(10):158-160.
56. De Jongh A, Van den Oord HJ, Ten Broeke, E. Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of specific phobias: four

- single-case studies on dental phobia. *Journal of Clinical Psychology*, 2002;58(12):1489-1503.
57. Brown S, Shapiro F. EMDR in the treatment of borderline personality disorder. *Clinical Case Studies*, 2006;5:403-420.
 58. Gupta M, Gupta A. Use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). The treatment of dermatologic disorders. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 2002;6:416-421.
 59. Schmitt R, Capo T, Boyd E. Cranial electrothray stimulation as a treatment for anxiety in chemically dependent persons. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 1986;(10):158-160.
 60. McFarlane AC, Yehuda R. Resilience, vulnerability and the course of posttraumatic reactions. In: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (Eds.). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. Nova York: Guilford; 1996 (p. 155-181).
 61. Jarero I, Uribe S. The EMDR protocol for recent critical incidents: Brief report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2011;5(4):156-165.
 62. Jarero I, Artigas L. EMDR Integrative Group Treatment Protocol Adapted for Adolescents and Adults Living with Ongoing Traumatic Stress. In: Luber M. (Ed.). *EMDR Therapy Treating Trauma and Stress Related Conditions: scripted protocols, and summary sheets*. New York, NY: Springer; 2016. (p. 169-180).
 63. Jarero I, Uribe S, Artigas L, Givaudan M. EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: a randomized controlled trial in a technological disaster context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2015;9(4):166-173.
 64. Jarero I, Roque-Lopez S, Gómez J. The Provision of an EMDR-Based Multicomponent Trauma Treatment with Child Victims of Severe Interpersonal Trauma. *Journal of EMDR Practice & Research*, 2013; 7(1):17-28.
 65. Jarero I, Artigas L. EMDR Integrative Group Treatment Protocol Adapted for Adolescents and Adults Living with Ongoing Traumatic Stress. In: Luber M. (Ed.). *EMDR Therapy Treating Trauma and Stress Related Conditions: scripted protocols, and summary sheets*. New York, NY: Springer; 2016. (p. 169-180).
 66. Jarero I, Roque-López S, Gómez J, Givaudán M. Segundo Estudio de Investigación de la Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a Niños Víctimas de Violencia Interpersonal Severa. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 2014;6(1): 1-21.
 67. Jarero I, Artigas L. EMDR Integrative Group Treatment Protocol Adapted for Adolescents and Adults Living with Ongoing Traumatic Stress. In M. Luber (Ed.). *EMDR Therapy Treating Trauma and Stress Related Conditions: scripted protocols,*

- and summary sheets. New York, NY: Springer;2016 (p. 169-180).
68. INSERM. Psychothrapie: Trois approches évaluée. Paris: Institut Nacional de Salud y Investigación Médica; 2004.
 69. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines; 2004.
 70. Departamento de Asuntos de Veteranos y Departamento de Defensa. VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress. Washington DC [Internet] 2004 [acesso em 2020 mai 03]. Disponível em: http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frameset.htm
 71. Instituto Nacional para la Excelencia Clínica. Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and hildrens in primary and secondary care. Reino Unido; 2005.
 72. Dutch Nacional Steering Committee Guidlines Mental Care. Multidiciplinary guideline for anxiety disorders. Quality Institute Health Care CBO/ Trimbos Institute. Utrechet, Netherlands; 2003. (INSERM)
 73. Foa EB, Keane TM, Freedman MJ. Effective treatments for PTSD. Practice guidelines of the Internacional Society for traumatic Stress Studies. Nueva York: Guildford Press, 2000.
 74. Sjöblom PA, Witch SA, Bejerot S, Mörtberg E., Brinck U., Ruck C., et. al. Regional Treament recomedation for anxiety disorder. Suecia: Medical Program Committe/ Stockolm City Council; 2003.
 75. Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH). Therapy Advisor. [internet] 2004 [acesso em 2020 mai 03]. Disponível em: <http://www.teraphyadvisor.com>.
 76. Departamento de Salud del Reino Unido. Treatment choice in psychological therapies and counselling evidence based clinical practice guideline.Londres, Reino Unido; 2001.
 77. Organização Mundial de Saúde (OMS). Divulga orientação sobre cuidados de saúde mental após trauma. [Internet] [acesso em 2020 mai 03]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/en/
 78. Logie R, Jongh A. The flashforward procedure: confronting the catastrophe. Journal of EMDR Practice and Research, 2014;8:25-32.
 79. Associação EMDR Portugal. Associação EMDR Portugal. [Internet] 2016 [acesso em 2019 Dez 03]. Disponível em: <https://www.emdrportugal.pt/>
 80. Pagani M, Di Lorenzo G, Monaco L, Niolu C, Siracusano A, Verardo A R, et al. Pretreatment, intratreatment, and posttreatment EEG imaging of EMDR: methodology

- and preliminary results from a single case. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2011;5(2):42-56.
81. Nuttman-Shwartz O, Shoval-Zuckerman Y. Continuous traumatic situations in the face of ongoing political violence: the relationship between CTS and PTSD. *Trauma, Violence and Abuse*, 2015;1-9.
 82. Rosenblum R, Dockstader D, Martin S. EMDR, community psychology and innovative applications of a trauma recovery network as a toll of social change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2017;11(4):206-216.
 83. Jarero I, Amaya C, Givaudan M, Miranda A. EMDR Individual protocol for paraprofessional use: A randomized controlled trial with first responders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2013;7(2):55-64.
 84. Gadamer HG. *Verdade e método*. Tradução de Flávio Paulo Meurer. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
 85. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and conducting mixed methods research*. 2nd. Los Angeles: SAGE Publications, 2011
 86. Minayo MCS, Guerriero ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Cien. Saude Colet* [Internet]. 2014 [acesso em: 2020 jan 22];19(4):1103-1112. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000401103&lng=pt&tlng=pt
 87. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien. Saude Colet* [Internet]. 2012 [acesso em: 2020 jan 22];17(3):621-626. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>
 88. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 [acesso em: 2020 jan 22];24(1):17-27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000100003&lng=pt&tlng=pt
 89. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco;2014.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Faculdade Pernambucana de Saúde

De acordo com as Resoluções 510/2016

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa:

TÍTULO: Uso da Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares (EMDR): vivência de pacientes adultos vítimas traumas emocionais.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Teuman de Marillac Alves Fonseca Maia

JUSTIFICATIVA: Conhecer o grau de satisfação de pacientes adultos com experiências de traumas emocionais, da cidade do Recife ao ser atendido por psicólogos clínicos que usam o EMDR como prática de intervenção.

OBJETIVO: Analisar o grau de satisfação de pacientes adultos vítimas de traumas emocional da cidade do Recife que se submeteram ou estejam submetendo-se ao processo de psicoterapia com uso do EMDR.

PROCEDIMENTOS: Para participar, o senhor(a) precisa apenas concordar livremente em responder a uma entrevista. A entrevista consiste em um questionário com perguntas sobre sua idade, escolaridade e outras, além de perguntas como resposta sim ou não sobre a sua experiência com o tratamento em EMDR. A entrevista será gravada em áudio e posteriormente transcrita.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA

DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar.

Sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a

participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os riscos relacionados à sua participação podem ser cansaço, constrangimento e/ou ansiedade, advindos por relatar conteúdos de vida, que poderá mobilizá-lo emocionalmente. No entanto, caso isso ocorra você receberá suporte emocional com apoio no tempo que for necessário a sua recuperação.

O benefício deste estudo será a identificação do potencial benéfico decorrente da submissão de pacientes vítimas de traumas emocional ao uso do EMDR.

As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais. Garantindo a preservação de seu nome de modo a assegurar o total sigilo de suas informações, com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

QUANTO AOS CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você, nem você receberá retorno financeiro pela participação.

O(A) senhor(a) receberá uma via deste termo onde constam os telefones e endereços dos pesquisadores de modo que possa solicitar o esclarecimento de quaisquer dúvidas que porventura tenham surgido, agora ou a qualquer momento.

1. Prof^o Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

AV. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife, PE. CEP: 51.150-000

Telefones: (081) 3035-7777 / (081) 3312-7777 / Celular: (81) 992451890

Email: Leopoldo@fps.edu.br

2. Teuman de Marillac Alves Fonseca Maia

Av. Rosa e Silva, 1460, Sala 904, Empresarial Trade Center (ETC)

Telefone (81) 992678119

Email: teumanmarillac@hotmail.com

Recife, _____ de _____ de _____.

Teuman de Marillac Alves Fonsêca Maia/ CRP 02/7203
Pesquisador RESPONSÁVEL

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ declaro que fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Ciente de que a pesquisadora me certificou de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, que serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pela pesquisadora responsável: Teuman de Marillac Alves Fonseca Maia, através do telefone (81) 99267811 ou no endereço do seu consultório, cito endereço Avenida Rosa e Silva, 1460, sala 904, Aflitos, na cidade do Recife, CEP 52050-20. Nas sextas-feiras, no horário das 10:00 as 12:00, pelo email teumanmarillac@hotmail.com.

Fui informada que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), que objetiva defender os interesses dos

participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda as condutas éticas. O CPE- FPS está localizado à Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861, Imbiribeira, Recife-PE, CEP: 51150-004. No Bloco Administrativo. Tel: (81) 33127755, que funciona de segunda a sexta-feira no horário de 8:30 às 11:30 e das 14:00 às 16:30, podendo me comunicar através do e-mail: comite.etica@fps.edu.br.

Havendo dúvida / denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP, no endereço acima citado.

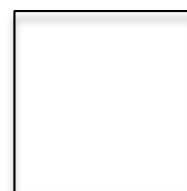
Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Recife, de _____ de 20 ____ .

Nome e Assinatura do Participante Data _____

Nome e Assinatura do Pesquisador Data _____

Nome e Assinatura da Testemunha Data _____



Digital (analfabeto)

APÊNDICE 2

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

(De acordo com a Resolução 466/2012 e 510/2016 do CNS/CONEP)

Em referência a pesquisa intitulada: “Uso da Dessensibilização e Reprocessamento através de Movimentos Oculares (EMDR): vivência de pacientes adultos vítimas traumas emocionais”, eu, Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa e minha equipe composta por Teuman de Marillac Alves Fonseca Maia, comprometemo-nos em manter em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa, usando os dados coletados apenas para divulgação dos dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Comprometemo-nos também com a destruição de fotos, gravações, questionários, formulários e outros.

Recife, data: ____/____/____

Pesquisador responsável

Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa - Carimbo

Teuman de Marillac Alves Fonseca Maia – Carimbo

APÊNDICE 3

ENTREVISTA

Uso da Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares (EMDR): vivência de pacientes adultos vítimas traumas emocionais.

Dados socioeconômicos e demográficos:

1. Qual a sua idade (Anos completos)? (_____)
2. Qual o seu estado civil?
 - a. Solteiro(a) ()
 - b. Casado(a) ou união estável ()
3. Gênero _____
4. Religião _____
5. Outros _____
6. Qual a sua escolaridade? (Anos completos de estudo) (_____)
7. Tem trabalho remunerado?
 - a. Sim ()
 - b. Não ()
8. Qual a cidade onde você reside habitualmente? (_____)

Variáveis clínicas:

9. Durante quanto tempo você se submeteu ou realiza acompanhamento com EMDR (Em meses)? (_____)
10. Qual foi seu diagnóstico inicial? _____
 - a. Transtorno de Estresse Pós-traumático ()
 - b. Ansiedade ()
 - c. Depressão ()
 - d. Outros: Qual: _____
11. Quantas sessões semanais você teve ou tem? _____
12. Já fez acompanhamento psicológico antes?
 - a. Sim ()
 - b. Não ()

13. Em qual abordagem? _____

14. Você fez atendimento psiquiátrico associado ao EMDR?

- a. Sim ()
- b. Não ()

15. Você usou medicação nesse período?

- a. Sim ()
- b. Não ()

Comentários

Perguntas disparadoras da pesquisa

1. Como você compreende a psicoterapia EMDR?
2. Como foi ou esta sendo sua experiência, em tratar sua vivência emocional com EMDR?
3. Fale um pouco sobre sua experiência com EMDR, no que tange a percepção de mudanças comportamentais e ou emocionais
4. A partir de sua experiência com esta psicoterapia, quais as potencialidades e fragilidades que você poderia citar em relação ao EMDR?

ANEXOS

ANEXO 1

PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3343820.pdf

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIVÊNCIA DE PACIENTES ADULTOS COM TRAUMAS EMOCIONAIS, A PARTIR DO USO DA DESSENSIBILIZAÇÃO E REPROCESSAMENTO ATRAVÉS DE MOVIMENTOS OCULARES- EMDR

Pesquisador: LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12336919.7.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - **AECISA**

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.343.820

Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado com o título: Vivência de pacientes adultos com traumas emocionais, a partir do uso da dessensibilização e reprocessamento através de movimentos oculares - EMDR. Pesquisa qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

- Compreender a vivência de pacientes adultos, vítimas de trauma psíquico, que se submeteram ao processo de psicoterapia com uso do EMDR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão bem descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa interessante e factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: OK

Cronograma: OK

Currículos: OK

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@ps.edu.br

Continuação do Parecer: 3.546.820

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-FPS solicita que o pesquisador envie relatórios parciais a cada semestre e ao final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1334346.pdf	15/05/2019 07:10:17		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartarespostaCEP.docx	15/05/2019 07:10:01	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoemdrok.docx	22/04/2019 08:23:51	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Orçamento	orcamentoemdrok.docx	22/04/2019 08:22:32	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Cronograma	cronogramaemdrok.docx	22/04/2019 08:21:55	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleemdrok.docx	22/04/2019 08:21:46	LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA	Aceito
Outros	LattesTeuman.pdf	11/04/2019 11:49:15	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	LattesLeopoldo.pdf	11/04/2019 11:48:56	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	confidencialidadeemdr.pdf	11/04/2019 11:46:33	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	anuenciaemdr.pdf	11/04/2019 11:46:07	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoemdr.pdf	11/04/2019 11:45:27	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	entrevistaemdr.docx	11/04/2019	LEOPOLDO	Aceito

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861
 Bairro: IMBIRIBEIRA CEP: 51.150-000
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)3312-7755 E-mail: comite.etica@fpa.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 3.948.820

Outros	entrevistaemdr.docx	07:56:31	FERNANDES BARBOSA	Aceito
--------	---------------------	----------	----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 23 de Maio de 2019

Assinado por:
Luciana Marques Andreto
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861
Bairro: IMBIRIBEIRA CEP: 51.150-000
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (51)3312-7755 E-mail: comite.etica@fpa.edu.br

ANEXO 2

REVISTA PSICOLOGIA & SAÚDE

DIRETRIZES PARA AUTORES

A Revista Psicologia e Saúde não cobra nenhuma taxa relativa ao processo editorial.

Condições preliminares para Submissão de Manuscrito

- O artigo submetido a este periódico não foi publicado e não foi simultaneamente submetido em outro meio de publicação.

- O autor efetuou cadastro em nosso site e respondeu completamente os dados solicitados.

- Pelo menos um dos autores do manuscrito deve ter o título de Mestre (ou equivalente).

O processo editorial só terá início se o encaminhamento do artigo obedecer às condições preliminares explicitadas acima. Caso contrário será devolvido para adequação às normas e/ou inclusão de documentos. Não será aceita a inclusão de autores após a submissão do artigo. Por isso é importante que os autores confirmem e preencham corretamente os metadados da submissão no momento do envio do artigo

Configuração e organização dos artigos

- Os textos poderão ser redigidos em português-brasileiro, português-Portugal, espanhol, francês e inglês. Todos os tipos de contribuição, à exceção de Resenhas, devem conter título, palavras-chave e resumo em três idiomas. Um necessariamente no idioma original, outro em português-brasileiro e o terceiro em inglês. Se o idioma de submissão for o português-brasileiro, o segundo resumo será em inglês e o terceiro, espanhol ou francês.

- Os manuscritos submetidos à Revista Psicologia e Saúde devem estar de acordo com as normas de publicação da Sexta Edição do Manual de Publicação da American Psychological Association (APA). A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA. Para um guia rápido em português, consulte Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA.

Deverão ser submetidos como Documento Original:

O documento original deve ser submetido apenas em um arquivo, contendo os seguintes itens:

A. Folha de rosto sem identificação dos autores: Título original (máximo 10 palavras) e título compatível em inglês e espanhol.

B. Resumos em português, espanhol e inglês. Resumo estruturado indicando Introdução, Métodos, Resultados, Discussões e Conclusões, em parágrafo único com no máximo 150 palavras, com o título. Resumo escrito centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Os resumos em inglês e espanhol devem ser fiéis ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, as traduções devem preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical das línguas. Ao fim do resumo, listar no mínimo três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula). Recomenda-se a utilização da Terminologia em Psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde para a definição das palavras-chave, (clique aqui). A Revista Psicologia e Saúde tem como procedimento padrão, fazer a revisão final dos resumos, reservando-se o direito de corrigi-los, se necessário.

C. Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo,

Resultados, Método e Discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: Participantes, ou Conclusões).

D. Anexos: Evite. Somente devem ser incluídos se contiverem informações consideradas indispensáveis. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página. Os Anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

E. Notas de fim: Evite sempre que possível. Todavia, se não houver outra possibilidade, as notas de fim devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e apresentadas após os Anexos. O título (Notas) aparece centralizado. Recue a primeira linha de cada nota de fim em 1,25cm e numere-as conforme as respectivas indicações no texto.

F. Tabelas: Devem ser elaboradas em Word (.doc) ou Excel. No caso de apresentações gráficas de tabelas, use preferencialmente colunas, evitando outras formas de apresentação como pizza, etc. Nestas apresentações evite usar cores. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela. Dê um espaço duplo e digite o título da tabela à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo. Apenas a primeira letra da primeira palavra e de nomes próprios deve estar em maiúsculo.

G. Figuras: Devem ser do tipo de arquivo JPG e apresentadas em uma folha em separado. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à figura. Dê um espaço duplo e digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo. Apenas a primeira letra da primeira palavra e de nomes próprios deve estar em maiúsculo.

Deverão ser submetidos como Documento Suplementar:

Os três documentos deverão ser submetidos em arquivos separados.

A. Folha de rosto identificada: Título original (máximo 10 palavras); Título compatível em inglês e espanhol; Nome e afiliação institucional; breve descrição sobre as atividades atuais dos autores e sua formação; Endereço completo de um dos Autores para correspondência com os Editores (incluir CEP, fone, fax e e-mail); Agradecimentos e Informações complementares, quando for o caso, como, por exemplo, fomento de pesquisa ou bolsa de estudo.(MODELO DE FOLHA DE ROSTO)

B. Declaração de Direitos Autorais e Responsabilidade (CLIQUE AQUI).

C. Cópia da Autorização do Comitê de Ética para realização de pesquisas com Seres Humanos e/ou Animais; cópia de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se for o caso);

Avaliação

A primeira avaliação é feita pelo Conselho Editorial da Revista Psicologia e Saúde verificando se o trabalho seguiu os itens elencados nas Diretrizes para Autores e Tipos de Contribuição. Se aprovado nesta etapa, o manuscrito será encaminhado a, pelo menos, dois consultores ad hoc.

Os Consultores ad hoc são escolhidos pelo Conselho Editorial, embora os autores possam sugerir possíveis consultores (pesquisadores qualificados afiliados a instituições, que não são dos autores) na carta de encaminhamento.

O tempo médio de um retorno sobre as avaliações dos artigos é entre 3 e 6 meses a contar da submissão. Em caso de aceite, o prazo de publicação é de até 12 meses desde o aceite final do manuscrito.

Caso o texto seja rejeitado, os autores são encorajados a nova submissão, depois de cuidadosa revisão, considerando os pareceres recebidos. Os manuscritos recomendados para publicação com restrições só serão publicados mediante alterações de acordo com as sugestões dos pareceristas. As sugestões de modificação do trabalho visam melhorar a clareza ou precisão do texto. Uma versão reformulada do texto deve ser apresentada para apreciação com as parcelas modificadas em destaque (em azul). Além disso, solicita-se aos autores uma carta ao Conselho Editorial, por meio eletrônico, descrevendo as alterações atendidas e justificando as não realizadas. A decisão final sobre a publicação de um artigo submetido à Revista Psicologia e Saúde cabe ao Conselho Editorial.

Pequenas modificações no manuscrito poderão ser feitas pelo Conselho Editorial da Revista Psicologia e Saúde. Quando tal Conselho considerar necessárias modificações substanciais, o autor será notificado e encarregado de fazê-las, devolvendo o trabalho reformulado no prazo estipulado.

Todo original será submetido ao processo de opinião por pares (especialistas), preferencialmente duplo cego (peer review double blind). Em todo processo de avaliação será garantido o anonimato. Os casos omissos serão resolvidos pela Equipe Editorial.

Ética e consentimento

A publicação de pesquisa envolvendo seres humanos só se dará mediante o cumprimento das exigências da Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000) e da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente à ética na pesquisa com seres humanos. Os autores deverão ainda, encaminhar cópia do parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa ao qual foi submetido.

Diretrizes para organização do artigo

I. Configuração: Tamanho A4 (21 x 29,7cm).

II. Fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo referências, notas de rodapé, tabelas, etc.

III. Margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

IV. Espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o manuscrito, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, Anexos, etc.

V. Alinhamento: esquerda

VI. Recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm

VII. Numeração das páginas: no canto direito na altura da primeira linha de cada página.

VIII. Endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos.

IX. Ordem dos elementos do arquivo: Folha de rosto sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Referências, Anexos, Notas de Rodapé, Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

As palavras Figura, Tabela, Anexo que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

O uso de expressões como "a Tabela acima" ou "a Figura abaixo" deve ser evitado porque no processo de editoração a localização das mesmas pode ser alterada. As normas não incluem a denominação de Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras.

Sobre o uso de Sublinhados, Itálicos e Negritos: Use itálico para palavras ou expressões que constituam "estrangeirismos", como self, locus, etc. e sublinhado para outras palavras que

deseje grifar. Reserve negritos para os títulos.

Indique sempre os autores e as datas de publicação de todos os estudos mencionados no corpo do texto. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Na seção de Referências só descreva o os autores citados no corpo do texto.

Exemplos de citações no corpo do manuscrito:

Os exemplos descritos a seguir servem como base de apoio para a organização de seu artigo, todavia os exemplos não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Desta feita, utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2010, 6ª edição) para verificar as normas para outras referências e tirar suas dúvidas.

- Citação de artigo de autoria múltipla

- Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido.
- Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira referência; da segunda referência em diante utilize sobrenome do primeiro autor seguido de "e cols." e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo.
- Artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "e cols." e da data. Porém, na seção de Referências todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

- Citações de obras antigas e reeditadas

Utilize o seguinte formato: Autor (data de publicação original / data de publicação consultada).

- Citação secundária

Trata-se da citação de um artigo discutido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Por exemplo: "Piaget (1932, citado por Flavell, 1996) ...". Na seção de referências citar apenas a obra consultada (no caso, Flavell, 1996).

NOTA: Citações com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citações com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, com cada linha recuada 5 espaços da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhado e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material tais como comentários ou observações, deve ser feita entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

Atenção: Não use os termos apud, op. cit, id. ibidem, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA.

Abreviações em Latim: Use as seguintes abreviações de Latim apenas em texto entre parêntesis; em texto sem parêntesis, use a tradução em português destes termos: cf. = compare; i.e. = isto é ; e.g. = por exemplo; viz. = ou seja; etc. = e assim por diante; vs. = versus, contra.

Referências:

Inicie uma nova página para a seção de Referências, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. Continue utilizando espaço duplo e não deixe um espaço extra entre as citações.

As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA.

Em casos de referência a múltiplos estudos do mesmo autor, utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente desse autor. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Exemplos para organização das Referências

Autor Entidade

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th. ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Branco Central do Brasil. (2003). Anuário de crédito rural. Recuperado em 10 novembro, 2003, de <http://www.bcb.gov.br/htms/CreditoRural/2001/re153211.pdf>

Artigo com DOI

Porto, L. A., Carvalho, F. M., Oliveira, N. F. de., & Neto, A. M. S. (2006). Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. *Rev. Saúde Pública*, 40(5), 818-826. doi: 10.1590/S0034-89102006005000001

Roth M., Gurney, C., Garside, R., & Kerr, T. (1972). Studies in the classification of affective disorders. *Brit. J. Psychiatry*, 121(561), 147-61. doi: 10.1192/bjp.121.2.147

Artigos sem DOI

Tavares, J. P., Beck, C. L. C., Magnano, T. S. B. de S., Greco, P. B. T., Prestes, F. C., & Silva, R. M. da. (2011). Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do Self Report Questionnaire. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 1(1), 113-123. Disponível em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2091>

Thornicroft, G., Maingay, S. (2002). The global response to mental illness: An enormous health burden is increasingly being recognised. *BMJ: British Medical Journal*, 325(7365), 608. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124145/>

Dissertação ou Tese

Santos, M.E.S.B. (2002). Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem tratamento com anti-retrovirais no Estado de São Paulo. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000102&pid=S0100-5502200800010000300017&lng=en

Alves, L. B. (2010). Análise da sustentabilidade ambiental em estabelecimentos agrícolas em Goiás (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Goiás). Disponível em http://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/330/1/Tese_Doutorado_Luiz_Batista_Alves.pdf

Nogueira, E. E. S. (2000). Identidade organizacional - um estudo de caso do sistema aduaneiro brasileiro. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Livros

Goldberg, D., Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock.

- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kendell, R. E., & Zealley, A. K. (1983). *Companion to Psychiatry Studies*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Toffler, A. (1994). *O choque do futuro* (5a ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Freud, S. (1977). Histeria. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 1, pp. 77-102). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1888)

Capítulo de livro

- Tófoli, L.F.F. (2006). Transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas físicos sem explicação. In: Lopes, A.C.(Org.). *Tratado de clínica médica*. São Paulo: Roca.
- Vianna, C. P. (2013). A feminização do magistério na educação básica e os desafios para a prática e a identidade coletiva docente. In: Yannoulas, S. C. (coord.). *Trabalhadoras: análise da feminização das profissões e ocupações* (pp. 159-180). Brasília: Editorial Abaré.
- Wastson, M. W. (1994). Vector autoregressions and cointegration. In R.F. Engle, & D. L. McFadden (Ed.). *Handbook of Econometrics* (Vol. 4, Chap. 47, pp. 2843-2915). Amsterdam: Elsevier.

Diretrizes para submissão

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
- Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word (doc).
- Todos os endereços "URL" no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) estão ativos.
- O texto está em espaço duplo, em fonte tipo Times New Roman, tamanho 12, com parágrafos alinhados à esquerda, com anexos, tabelas e figuras no final do corpo do manuscrito, após as referências bibliográficas, com sinalização no corpo do texto indicando onde devem ser inseridos. O manuscrito, sendo um artigo, não deve exceder 25 páginas (no caso de resenhas o número máximo de páginas é 15, e relatos de experiência, 25). A página deve ser do tamanho A4 (21 x 29,7cm), com todas as margens iguais a 2,5 cm. Caso haja subdivisões no texto, recomenda-se no máximo três níveis de intertítulos. Veja Diretrizes para o Autor.
- O texto segue os requisitos de formatação da revista segundo as Diretrizes para o Autor, encontradas na seção "Sobre" a revista. O manuscrito está de acordo com as normas técnicas da American Psychological Association: *Publication Manual of the American Psychological Association* (2010, 6ª edição).
- O nome do autor foi removido em "Propriedades do documento", opção do menu "Arquivo" do MS Word, e em qualquer outra parte do manuscrito enviado à revista, a não ser na carta de apresentação e folha de rosto identificada (que devem ser submetidas como Documento Suplementar).

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar na seção "Comentários ao Editor".
2. O manuscrito se encaixa em um dos Tipos de Contribuição publicados pela Revista Psicologia e Saúde;
3. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word (doc).

4. Todos os endereços "URL" no texto (ex.:<http://pkp.sfu.ca>) estão ativos.
5. O texto está em espaço duplo, em fonte tipo Times New Roman, tamanho 12, com parágrafos alinhados à esquerda, com anexos, tabelas e figuras no final do corpo do manuscrito, após as referências bibliográficas, com sinalização no corpo do texto indicando onde devem ser inseridos. O manuscrito, sendo um artigo, não excede 25 páginas. A página está em tamanho A4 (21 x 29,7cm), com todas as margens igual a 2,5 cm. Caso haja subdivisões no texto, elas estão com o máximo de três níveis de intertítulos. Veja Diretrizes para o Autor.
6. O texto segue os requisitos de formatação da revista segundo as Diretrizes para o Autor, encontradas na seção "Sobre" a revista. O manuscrito está de acordo com as normas técnicas da American Psychological Association: Publication Manual of the American Psychological Association (6ª edição).
7. O nome do autor foi removido em "Propriedades do documento", opção do menu "Arquivo" do MS Word, e em qualquer outra parte do manuscrito enviado à revista, a não ser na carta de apresentação e folha de rosto identificada (que deve ser submetida como Documento Suplementar).
8. O cadastro do autor está respondido com clareza e de forma completa.
9. O autor encaminhou, juntamente com o manuscrito, a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, para estudos de experimentação humana e animal.
10. Foi informado o ORCID (<https://orcid.org/register>) de todos os autores, no momento da submissão do artigo. PARA INCLUIR O ORCID IN NOS METADADOS DA SUBMISSÃO, RETIRAR O "S" DO HTTPS.
11. O autor informou o eixo temático ao qual o manuscrito será submetido. (**Informação deverá ser inserida no campo "Comentários para o editor", abaixo**)
Eixos temáticos:
 1. Avaliação e assistência em saúde
 2. Políticas públicas, cultura e produções sociais

Declaração de Direito Autoral

Os artigos publicados na **Revista Psicologia e Saúde** têm acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A Revista Psicologia e Saúde proporciona acesso público a todo seu conteúdo, seguindo o princípio que tornar gratuito o acesso a pesquisas gera um maior intercâmbio global de conhecimento. Tal acesso está associado a um crescimento da leitura e citação do trabalho de um autor. Para mais informações sobre esta abordagem, visite Public Knowledge Project e IBICT, projeto que desenvolveu este sistema para melhorar a qualidade acadêmica e pública da pesquisa, distribuindo o OJS/SEER assim como outros softwares de apoio ao sistema de publicação de acesso público a fontes acadêmicas.