

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Processos Psicológicos Básicos

Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento

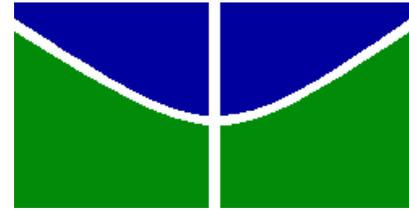
**EFEITOS DO EMDR ON-LINE NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA APNEIA
COM CPAP**

Kátia Estevão Rodrigues da Silva

Brasília/DF

2021

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento



Efeitos do EMDR on-line na adesão ao tratamento da Apneia com CPAP

Kátia Estevão Rodrigues da Silva

Orientadora: Dr.^a Wânia Cristina de Souza

Coorientadora: Dr.^a Maria Aparecida Junqueira Zampieri

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento do Departamento de Processos Psicológicos Básicos do Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora em Ciências do Comportamento – Área de Concentração: Cognição e Neurociências do Comportamento.

Brasília, outubro de 2021.

(Ficha catalográfica)

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia - Departamento de Processos Psicológicos Básicos
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof.^a Dr.^a Wânia Cristina de Souza
Departamento de Processos Psicológicos Básicos - Instituto de Psicologia
Universidade de Brasília

Membro Externo: Prof. Dr.^a Claudete A. Rodrigues Milaré
Escola Paulista de Enfermagem – Saúde Coletiva
Universidade Federal de São Paulo

Membro Externo: Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior
Departamento de Psicologia Clínica
Universidade de Brasília

Membro interno: Prof. Dr. Luciano Grüdner Buratto
Departamento de Processos Psicológicos Básicos - Instituto de Psicologia
Universidade de Brasília

Membro suplente: Prof.^a Dr.^a Goiara Mendonça de Castilho
Departamento de Processos Psicológicos Básicos - Instituto de Psicologia
Universidade de Brasília

*Dedico ao meu saudoso pai **Hélio**, que na caminhada deste trabalho nos deixou, mas deixou uma riqueza incalculável com seus valores e exemplo de vida e é responsável por boa parte do que sou hoje. Assim também como ao meu saudoso padrinho **Valdir**, que fez sua páscoa neste mesmo período, grande incentivador dos meus sonhos.*

Agradecimentos

Neste tempo de batalhas acirradas com a vida e com a morte, com perdas significativas seguidas das minhas figuras paternas e representantes das minhas raízes, desde o primeiro ano do doutorado, totalizando cinco tios, um deles meu amado padrinho, um primo e meu amado pai; desafios com a minha saúde, incluindo uma cirurgia renal; e para finalizar, o enfrentamento de todos os desafios impostos pela pandemia da COVID-19, ao conseguir concluir este doutorado, não há como não reconhecer que foi pela Graça de Deus ter sido possível. Minha eterna gratidão e reconhecimento a Deus, que é meu sustento, minha força e minha razão de viver. E por Ele minha gratidão a todas as providências a cada momento desafiador que me beneficiou através de tantas pessoas especiais.

Gratidão à minha família biológica que sempre me apoiou, esteve ao meu lado e deu todo o suporte necessário para lidar com cada desafio, e à minha família espiritual Shalom, meu esteio. À minha orientadora, professora Wânia Cristina, que sempre acreditou e confiou em mim, abriu os caminhos, teve paciência nos momentos em que eu não dei conta e me trouxe até o final, e à minha coorientadora, professora Tina Zampieri, que de coração aberto e disponível me acolheu e socorreu em momentos fundamentais, o meu muito obrigada.

Para caminhar, não andei só, profissionais incríveis estiveram ao meu lado e deram grandes contribuições. Obrigada, Dr. Nonato, que me incentivou a mergulhar nos transtornos do sono, esteve disponível para diversas reflexões dando apoio e riquíssimas contribuições para a construção deste trabalho. Obrigada Tânia querida, que desde o início do projeto também esteve presente com contribuições, investimento na equipe, acreditou e apostou no trabalho e se dedicou com todas as suas forças. Esta pesquisa trouxe a oportunidade de conhecer e trabalhar com pessoas encantadoras, que investiram tempo e dedicação, apostaram, torceram, sofreram e se alegraram comigo até o fim. Agradeço de coração ao Alexandre, à Carla, à

Jennifer, ao Léo, à Morgana, à Nadir, à Raquel e à Tânia, que também faz parte desta equipe. Obrigada também à Selma, à Rita, Renata e à Ludmila. Obrigada ao Stevam e ao Júlio, que, nesta empreitada da pós-graduação, me apoiaram e com quem pude fazer trocas significativas.

E por fim, mas não menos importantes, obrigada às pessoas queridas que me acompanharam e seguraram as pontas, muitas vezes, neste processo: Regina, Aline, Rosa, Judi, Vivi, Pe. Eduardo, Anderson e Eugênia.

Obrigada a todos de coração!

Resumo

A terapia EMDR é uma abordagem psicológica que usa o movimento ocular para dessensibilização e reprocessamento de traumas, tendo como base teórica o modelo de Processamento Adaptativo da Informação. Utiliza técnicas, protocolos e vem apresentando eficácia comprovada em diversas pesquisas com diferentes psicopatologias psicológicas. A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é um dos transtornos respiratórios do sono mais comuns, e o tratamento mais indicado é o uso do Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), mas seu obstáculo é a baixa adesão dos pacientes ao CPAP, quando superado, a resposta ao tratamento é satisfatória. Visto a eficácia do EMDR, este trabalho teve como objetivo investigar o efeito do EMDR on-line para aumento da adesão destes pacientes ao CPAP. Inicialmente a meta era da amostra de 80 participantes divididos em grupos controle e experimental. Devido à pandemia da COVID-19, a amostra alcançada foi de dois participantes com grau de SAOS moderado a grave que foram submetidos a sete sessões de EMDR on-line, sendo comparados os dados do relatório do CPAP antes e depois da intervenção para avaliação do aumento da adesão. O resultado dos dois participantes foi positivo, com aumento da adesão ao tratamento com CPAP. Um participante alcançou as referências indicativas de adesão ao tratamento (uso do CPAP ≥ 4 h por noite em 70% ou mais dos dias). O segundo alcançou o tempo de uso ≥ 4 h por noite e o usou em 53,7% dos dias. Conclui-se, então, que a terapia EMDR pode ser eficaz para o aumento da adesão ao CPAP.

Palavras-chave: EMDR, on-line, telepsicologia, apneia, CPAP.

Abstract

EMDR therapy is a recent psychological approach that uses eye movement for desensitization and reprocessing of traumas. EMDR is theoretically grounded on the Adaptive Information Processing model and its clinical application follows standard protocols. Several studies indicate that EMDR may be affective treatment for different psychological conditions, Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) is one of the most common sleep breathing disorders and the most indicated treatment is the use of Continuous Positive Airway Pressure (CPAP). The biggest obstacle of this treatment is the low patient's adherence to the use of CPAP; however, when this is overcome, the response to treatment is very satisfactory. In view of the efficacy of EMDR therapy in various psychological conditions, this study aimed to investigate the effect of online EMDR to increase the adhering of OSAS patients to the use of CPAP. For this purpose, two participants with moderate to severe OSAS underwent seven sessions of ONLINE EMDR and the statistical data of the CPAP's own report before and after the intervention were compared to assess the increase treatment adhering. Initially, the goal was to sample 80 participants divided into control and experimental groups. Due to the COVID-19 pandemic, the sample reached was of two participants. Data these participants showed an increase in CPAP treatment adherence. One participant reached the indication references of treatment adherence (use of CPAP ≥ 4 hr per night on 70% or more of the days). The second reached the time of use >4 hr per night and used 53.7% of the days. It is then concluded that EMDR therapy may be effective for increase CPAP adherence.

Keywords: EMDR, online, telepsychology, apnea, CPAP.

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 Número de publicações anuais sobre EMDR registradas na base de dados Web of Science e PubMed atualizado em agosto de 2021 | 20 |
| Figura 2 Delineamento experimental planejado inicialmente | 43 |
| Figura 3 Linha do tempo do procedimento..... | 50 |
| Figura 4 Protocolo de 8 fases da terapia EMDR..... | 53 |
| Figura 5 Horas de uso diário do CPAP do Participante 1 antes, durante e após intervenção.. | 56 |
| Figura 6 Dados indicativos de aumento ao uso do CPAP do Participante 1 | 59 |
| Figura 7 Horas de uso diário do CPAP 1 do Participante 1 antes e durante a intervenção ... | 60 |
| Figura 8 Horas de uso diário do CPAP 2 do Participante 1 durante e após a intervenção | 61 |
| Figura 9 Horas de uso diário do CPAP do Participante 2 antes, durante e após intervenção.. | 63 |
| Figura 10 Dados indicativos de aumento ao uso do CPAP do Participante 2 | 65 |
| Figura 11 Dados coletados dos participantes que atendiam aos critérios de inclusão..... | 67 |

Lista de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 Adesão ao tratamento com CPAP do Participante 1 | 58 |
| Tabela 2 Resultados dos instrumentos antes e depois do EMDR do Participante 1 | 62 |
| Tabela 3 Adesão ao tratamento com CPAP do Participante 2..... | 64 |
| Tabela 4 Resultados dos instrumentos antes e depois do EMDR do Participante 2..... | 66 |
| Tabela 5 Participação dos participantes desistentes..... | 68 |

Lista de Abreviaturas

COVID-19: Coronavirus disease-19

CPAP: Continuous Positive Airway Pressure

EB: Estímulos Bilaterais

EMDR: Eye Movement Desensitisation and Reprocessing

MET: Terapia de Aprimoramento Motivacional

OMS: Organização Mundial da Saúde

QLSAD: Questionário de Levantamento de Sintomas de Ansiedade e Depressão

REM: Rapid Eye Movement

SAOS: Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

SUDS: Unidades Subjetivas de Perturbação

TCC: Terapia Cognitivo Comportamental

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT: Transtorno do Estresse Pós-Traumático

VD: Variável Dependente

VI: Variável Independente

VOC: Validade da Crença Positiva

Sumário

| | |
|---|-------------|
| Resumo..... | viii |
| Abstract..... | ix |
| Lista de Figuras..... | x |
| Lista de Tabelas..... | xi |
| Lista de Abreviaturas | xi |
| Apresentação | 13 |
| Capítulo 1 Sobre a terapia EMDR | 15 |
| 1.1 Histórico de pesquisas sobre o EMDR..... | 19 |
| 1.2 Linhas de pesquisa sobre tratamentos com o EMDR..... | 22 |
| 1.3 Treinamento para pesquisa em EMDR | 24 |
| 1.4 EMDR e transtornos do sono | 25 |
| Capítulo 2 Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono | 27 |
| 2.1 Tratamentos para Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)..... | 28 |
| 2.2 Continuous positive airway pressure (CPAP) e adesão | 29 |
| 2.3 Estratégias investigadas para aumento da adesão ao uso do CPAP | 31 |
| Capítulo 3 EMDR e Medicina..... | 33 |
| Capítulo 4 Contexto socio-histórico da Pandemia da COVID-19 | 34 |
| 4.1 Pesquisa no tempo de pandemia..... | 35 |
| 4.2 Impactos da pandemia nos cuidados com a saúde em casos crônicos | 36 |
| Capítulo 5 Telessaúde..... | 38 |
| 5.1 EMDR on-line..... | 38 |
| Justificativa..... | 40 |
| Hipóteses | 41 |

| | |
|--|-------------|
| Objetivos | 41 |
| Objetivo Geral | 41 |
| Objetivos Específicos | 41 |
| Delineamento do estudo..... | 42 |
| Método | 45 |
| Participantes..... | 45 |
| Instrumentos..... | 47 |
| Ambiente de intervenção..... | 49 |
| Treinamento da equipe de terapeutas..... | 49 |
| Procedimento..... | 50 |
| Resultados..... | 55 |
| Discussão..... | 70 |
| Conclusão..... | 79 |
| Referências..... | 81 |
| ANEXOS..... | 955 |
| ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).. | 955 |
| ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE..... | 977 |
| ANEXO 3 - ORIENTAÇÕES PARA SESSÕES ON-LINE..... | 100 |
| ANEXO 4 - PROTOCOLO-PADRÃO DA TERAPIA EMDR | 1011 |
| ANEXO 5 - ESCALA DE SONOLÊNCIA EPWORTH (ESE)..... | 1099 |
| ANEXO 6 - ESCALA MODIFICADA DO IMPACTO DA FADIGA (MFIS) | 111 |
| ANEXO 7 - QUESTIONÁRIO DE LEVANTAMENTO DE SINTOMAS DE | |
| ANSIEDADE E DEPRESSÃO – QLSAD | 113 |
| ANEXO 8 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... | 113 |

Apresentação

Após a inserção e a prática clínica da autora desta pesquisa com a nova abordagem EMDR, despertou-se a necessidade de contribuir com a pesquisa e o aprofundamento dessa abordagem com participantes brasileiros. A experiência positiva do tratamento de pessoas com transtornos do sono abriu um novo caminho que ainda necessita ser desbravado e, dentre eles, a apneia obstrutiva do sono é um dos mais comuns. Mas, embora já tenha sido desenvolvido um tratamento eficaz para essa condição, a baixa adesão a esse tratamento é um grande obstáculo, sendo o aspecto comportamental o principal fator limitante. Duas características interessantes para a pesquisa experimental foram levantadas no tema deste estudo sobre EMDR e adesão ao CPAP: investigar se essa abordagem pode ser um instrumento eficaz para auxiliar tratamentos no campo da medicina, onde há resistência por parte dos pacientes; e o favorecimento ao método de pesquisa experimental tendo como principais dados a serem comparados (das variáveis dependentes) aqueles que são fornecidos pelo relatório elaborado pelo próprio aparelho CPAP (dados controlados e objetivos). Foi avaliado, assim, que esta seria uma boa estratégia de estudo sobre a eficácia desta abordagem.

Este estudo foi conduzido durante um período atípico e desafiador para a pesquisa e para toda a humanidade. O projeto foi elaborado e preparado anteriormente à incidência da Pandemia da COVID-19 no Brasil e precisou ser alterado e adaptado nos primeiros meses de implantação das estratégias sanitárias públicas, com um novo contexto social. Sem previsibilidade das possibilidades e limitações decorrentes da pandemia, a adaptação do projeto foi feita viabilizando a realização pelos meios que o isolamento social e protocolos sanitários permitiam à época. No período de coleta de dados, o isolamento social estava severo, principalmente para o público desta pesquisa, que tem no perfil comorbidades importantes para a COVID-19, não sendo viável intervenção presencial para grupo comparativo ao grupo sob

intervenção on-line. Foram muitos os obstáculos encontrados durante a execução da pesquisa nesse período, sendo possível apenas a realização de parte do projeto inicial nesse momento.

A expectativa para a realização desta pesquisa era de alcançar uma amostra de 80 participantes e realizar um estudo randomizado controlado, com comparação entre grupos controle e experimentais, on-line e presenciais, segundo a análise prévia realizada sobre esta população e seu acesso em condições sanitárias normais, junto a profissionais do sono. Oito meses após a conclusão da coleta de dados e em diferentes condições sanitárias, com redução de casos e mortes causadas pela COVID-19, ficou nítida a percepção de que esta pesquisa foi realizada no pior momento possível.

Apesar da grande frustração com o resultado que pôde ser alcançado com a pequena amostra de dois participantes, permanece a relevância e importância desse estudo original e a apresentação de um método de pesquisa muito válido para estudo da abordagem EMDR, validando-o como um estudo de doutorado.

Capítulo 1 Sobre a terapia EMDR

Há mais de 30 anos a terapia *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) vem sendo aplicada e estudada, e a partir de questionamentos e observações controversas já foram realizados mais de 30 estudos randomizados que comprovam seus efeitos, além de centenas de artigos publicados, com resultados positivos na aplicação para tratamento em um público muito diversificado, sendo o tratamento para Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) o mais ratificado (Carlyle, 2020 in Shapiro, 2020).

A terapia EMDR, desenvolvida pela psicóloga Francine Shapiro, a partir do ano de 1987, passou a ser reconhecida internacionalmente por dezenas de países, inclusive por organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde então, o desenvolvimento dessa terapia e sua base teórica passaram por grande evolução, com o refinamento e a padronização dos procedimentos, dos protocolos e da teoria do processamento da informação que norteia o exercício clínico. Segundo Shapiro, se fosse voltar ao início, ela mudaria o nome dessa abordagem para “terapia de reprocessamento”, visto que os movimentos oculares, de fato, não são o seu centro, mas apenas uma forma de estimulação, que é composta por uma complexidade que vai além (Shapiro, 2020).

Antes de seu falecimento, ocorrido em junho de 2019, Shapiro deixou registrados, na última versão publicada e revisada do seu livro (Shapiro, 2020), os princípios básicos, protocolos, procedimentos da terapia EMDR, classificando-a como abordagem, e seus aspectos principais, com o olhar amadurecido pela prática clínica e de pesquisa pessoal e de diversos terapeutas:

1. A estimulação bilateral da atenção dual é meramente um componente integrado a elementos procedimentais exclusivos da terapia EMDR, assim como os demais aspectos sintetizados de outras das principais orientações psicoterapêuticas existentes.

2. Na condição de uma abordagem abrangente e com o objetivo de alcançar efeitos positivos na terapia EMDR, uma atenção criteriosa é dada às imagens, crenças, emoções, sensações físicas, aumento de consciência, estabilidade interna, resiliência e sistemas interpessoais do cliente.
3. Os terapeutas devem fazer uso de diferentes protocolos de EMDR, a depender do tipo de patologia, e seguir procedimentos terapêuticos adaptados à necessidade do cliente.
4. O propósito da terapia EMDR, em oito fases, é liberar o cliente de seu passado para um presente saudável e produtivo.

O modelo teórico dessa abordagem parte do princípio de que muitas das psicopatologias são decorrentes de situações que geram respostas mal-adaptativas, ou do processamento incompleto de um trauma, ou de consequências de uma experiência de infortúnio da vida da pessoa. Esse quadro disfuncional, que não consegue ser integrado, necessita ser reprocessado, para assim integrá-lo e reorganizar a pessoa para alcançar um funcionamento saudável. O procedimento do EMDR facilita o reprocessamento dessas experiências, associando pensamentos, crenças e respostas adaptativas (Lee & Cuijpers, 2013).

As experiências ou situações vividas por uma pessoa são registradas em uma rede de memórias organizadas, conforme o seu processamento adaptativo. Um novo evento é associado a outras lembranças anteriormente armazenadas, resultando em aprendizagem, alívio ou distresse emocional, e fica disponível para uso futuro. Essa informação é armazenada na rede de memória, que é formada por pensamentos, imagens, emoções e sensações que podem estar associados entre eles. As redes de memória são construídas se sobrepondo às experiências prévias, ou seja, um novo incidente pode conter elementos de uma situação anterior. Caso isso aconteça, o modelo de Processamento Adaptativo da Informação (PAI) sugere que, se a informação fornecida pelo distresse ou experiência traumática não for processada totalmente,

a percepção da nova situação traz consigo pensamentos distorcidos ou outra informação (imagem, emoção e/ou sensação) que foi armazenada na primeira experiência, causando reações não adaptativas. Por isso, no procedimento do EMDR, busca-se o reprocessamento das memórias mais antigas, associadas à perturbação atual (Shapiro & Maxfield, 2002).

O método da terapia EMDR, segundo Shapiro (2020), baseado nesse aparato teórico, segue protocolos que são estudados em ambientes clínicos e experimentais, partindo de um protocolo-padrão que contém 8 passos: (1) Levantamento da história do cliente: coletar informações da história de vida, identificar se há riscos para a pessoa com o tratamento de EMDR (ex.: epilepsia, quadros dissociativos e/ou psicóticos graves), identificar alvos de eventos positivos e negativos – em que serão identificados os alvos, por meio de questionários e, se for preciso, instrumentos para diagnóstico, e estabelecimento de metas para trabalhar situações passadas, situações presentes e necessidades futuras; (2) Preparação para o EMDR: demonstrar e testar as estimulações bilaterais e aplicação de metáforas e técnicas que visam à estabilização e ao autocontrole do cliente; (3) Avaliação: acesso ao alvo a ser trabalhado, acionando aspectos que compõem a memória, fazendo levantamento da imagem, crenças negativas e positivas, emoções, sensações físicas e medida de uma linha de base através de uma escala – *Subjective Units of Discomfort Scale* (SUDS); (4) Dessensibilização: processamento de experiências, com estimulação bilateral, do passado, presente e futuro, que desencadeia resoluções adaptativas; (5) Instalação de recursos: aumento de conexões de processos cognitivos positivos, com efeitos de generalização, incluindo associações de memórias; (6) Escaneamento corporal: completar o processamento, processando qualquer resíduo de sensações físicas, associado ao alvo trabalhado; (7) Fechamento: garantir a estabilidade do cliente no encerramento da sessão e entre as sessões; (8) Reavaliação: mensuração dos efeitos do tratamento acessando novamente as memórias trabalhadas, verificar a emergência de outros conteúdos que podem surgir entre uma sessão e outra e verificar a integração da evolução

dentro do sistema social amplo. Cada sessão completada com as 7 fases deve ser feita a reavaliação (fase 8) e depois de completar todos os alvos do plano de tratamento fazer uma reavaliação dos disparadores verificando se ainda estão ativos e se há necessidade de reprocessamento de alguma memória

De forma descritiva, o aspecto mais característico do processo da terapia EMDR, que corresponde ao quarto passo do protocolo-padrão, a dessensibilização, acontece na seguinte sequência: o cliente é demandado a trazer à mente a memória dolorosa, enquanto o terapeuta estimula o movimento dos olhos horizontalmente ou em diagonal, podendo ser através da estimulação pelo seguimento do movimento dos dedos do terapeuta, ou acompanhar o movimento das luzes de uma barra de luz, ou outra simulação, fazendo com que a pessoa realize os movimentos bilaterais oculares conforme o ritmo conduzido pelo terapeuta. Após uma série de movimentos, o cliente é solicitado a relatar emoções, cognições e/ou sensações que ocorreram. Esse procedimento é repetido diversas vezes, até a redução mínima do estresse provocado pela memória (Shapiro, 2020).

A estimulação bilateral cerebral inicialmente foi realizada através do movimento dos olhos, posteriormente foi utilizada também a alternância bilateral dos estímulos no sistema tátil e no sistema auditivo (Lee & Cuijpers, 2013).

A respeito dos efeitos da estimulação bilateral, segundo Campagne (2016), estudos e evidências clínicas indicam que os movimentos dos olhos têm papel positivo e direto no processamento neural, especialmente nas emoções e traumas, além de sua própria hipótese ter sido testada e confirmada, de que o movimento dos olhos pudesse apagar o estado emocional da memória negativa, transformando o efeito de uma experiência de “perigo ativo” para “sem perigo”.

Levin et al. (1999) também identificaram mudanças significativas neurofisiológicas e sintomatológicas como redução das reações negativas às memórias traumáticas, da ansiedade

e da depressão, que acontecem após a terapia de EMDR. Kapoula et al. (2010) observaram que mudanças fisiológicas importantes acontecem a partir dos movimentos dos olhos, no processo de dessensibilização durante o EMDR, como batimentos cardíacos e coloração da pele, além de que a semiologia do movimento dos olhos é conhecida por ser uma grande ferramenta para explorar o funcionamento do cérebro e sua plasticidade, associando também à neurociência e à psicoterapia. Mas, mesmo assim, as bases neurobiológicas e neuropsicológicas ainda são pouco conhecidas nesse procedimento (Pagani et al., 2012).

Gunter e Bonder (2008) afirmam que as tarefas duais, que exigem uma sobrecarga sobre o sistema executivo central, responsável por administrar a memória de trabalho, interferem sobre o processo de solidificação das memórias recuperadas, confirmando que uma tarefa secundária, no caso a estimulação bilateral, no momento da recordação de uma memória, pode reduzir a nitidez e a intensidade emocional, confirmado também por Van de Hout et al. (2011), em relação às memórias autobiográficas. Esse fato também já foi bem registrado em diversas outras pesquisas posteriores, referidas nesse trabalho.

Nieuwenhuis et al. (2013) constataram, através de estudo controlado, que a estimulação cerebral bilateral através dos movimentos dos olhos horizontalmente e através da estimulação tátil alternada produz redução de emoções negativas provocadas por memórias traumáticas devido à ativação alternada dos dois hemisférios do sistema visuomotor e somatossensorial. Já com a estimulação bilateral auditiva, o efeito foi menor, devido ao sistema auditivo ser menos organizado lateralmente.

1.1 Histórico de pesquisas sobre o EMDR

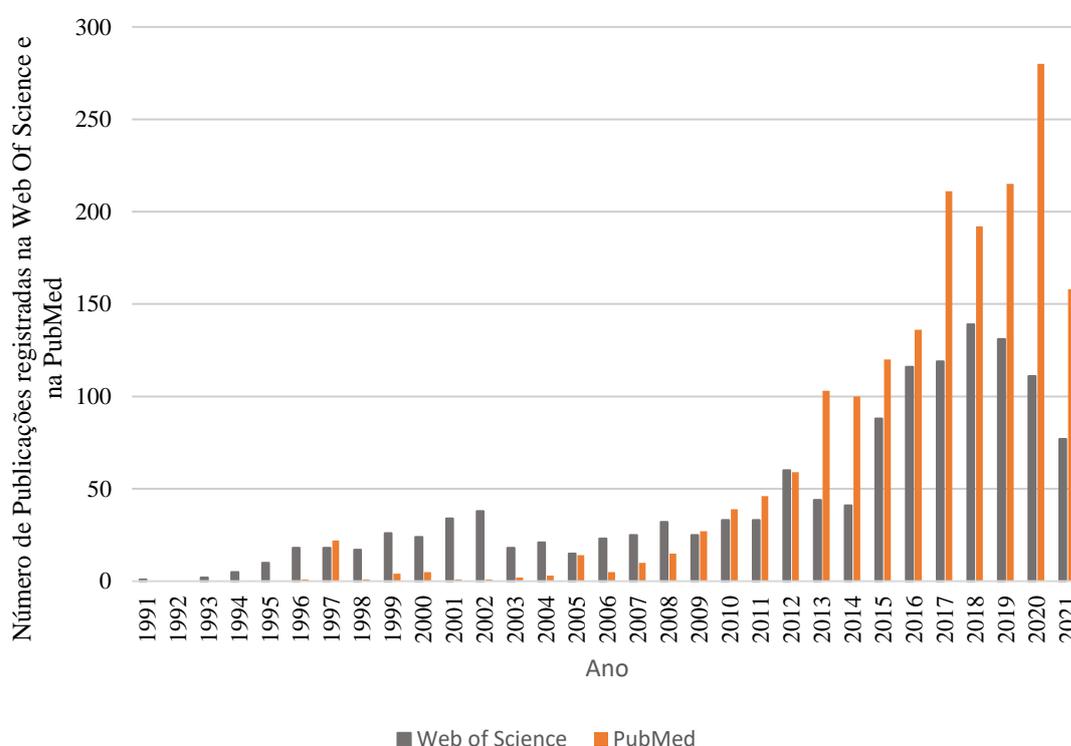
O primeiro estudo controlado sobre EMDR, que foi realizado pela própria Francine Shapiro, teve início em 1987, foi concluído em 1988 e publicado em 1989 no *Journal of Traumatic Stress* (Shapiro, 1989a), com pessoas diagnosticadas com TEPT decorrente de traumas relacionados à violência sexual, física, e veteranos da guerra do Vietnã. Em seguida,

uma versão revisada e mais detalhada, junto ao relato de um estudo de caso, também em 1989, foi publicada no *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* (Shapiro, 1989b), pela mesma autora (Shapiro, 2020).

Segundo o levantamento de dados realizado sobre publicações com o tema EMDR, nas bases de dados Web of Science e PubMed, conforme apresentado na *Figura 1*, até agosto de 2021, os primeiros registros de publicação surgiram entre os anos de 1991 e 1994, sendo registradas 8 publicações na Web of Science e 6 na PubMed. Dentre as duas bases de dados, a Web of Science apresentou 1.362 publicações no total, e a PubMed apresentou 1.770 publicações.

Figura 1

Número de publicações anuais sobre EMDR registradas na base de dados Web of Science e PubMed atualizado em agosto de 2021



Quanto à evolução do número de publicações, baseada na base de dados Web of Science, de 8 publicações nos primeiros 4 anos, só em 1995, houve um aumento para 10

publicações. Em um segundo período, houve aumento para a média de 25 publicações por ano, entre 1996 e 2011, totalizando 400 publicações em 16 anos. Em 2012, houve um salto atípico e isolado para 60 publicações no ano. A partir de 2012 os registros na base PubMed se aqueceram, superando os da base Web of Science. Quanto à evolução das publicações representadas nas duas bases de dados, a partir de 2015, houve um crescimento significativo, com 88 publicações na Web of Science e 120 na PubMed, apenas nesse ano, com aumento contínuo nos anos seguintes. Dado importante é perceber uma “explosão” de publicações no primeiro ano da pandemia da COVID-19 (2020), com um salto para 280 publicações apenas nesse ano, na PubMed. E neste segundo ano manteve-se o ritmo com 158 publicações nos 8 primeiros meses.

As 1.362 publicações registradas na *Web of Science* estão distribuídas principalmente em 4 países (com 2 publicações ou mais, sendo que 384 (28,19%) foram realizadas nos EUA, 216 (15,85%) na Holanda, 188 (13,80%) na Inglaterra e apenas 7 (0,51%) no Brasil. Isso significa que os estudos sobre o EMDR ainda estão iniciando, com uma história muito recente, no âmbito científico, mas que vêm crescendo nos últimos anos e buscando consolidação científica, já podendo apontar resultados significativos que vêm sendo confirmados, principalmente através de estudos de revisão de literatura e meta-análises, conforme apresentado nas linhas de pesquisa sobre EMDR, a seguir. A pesquisa acadêmica no Brasil sobre EMDR ainda está nos primeiros passos e necessita de maior investimento para solidificação dessa abordagem com a população brasileira.

Shapiro (2012) publicou um artigo em que fazia análise das pesquisas atuais e futuras sobre a terapia EMDR. Nessa época, essa abordagem já estava reconhecida como um tratamento para trauma de ponta, consolidada através de estudos sobre os efeitos do movimento dos olhos, seus mecanismos de ação e a comparação com outras abordagens terapêuticas, apresentando eficácia em diversos ensaios clínicos randomizados. E quanto à diferença entre a

terapia EMDR e a Terapia Cognitivo Comportamental, que também apresenta boa eficácia, elas são baseadas em mecanismos de ação diferentes, sendo que no EMDR não há necessidade de dever de casa diário, exposição a estímulo físico externo ou descrição detalhada do evento traumático e, aparentemente, menos sessões são necessárias. A terapia EMDR também, assim como já descrito anteriormente, é guiada pelo modelo de processamento adaptativo da informação, abordando uma ampla rede de experiências adversas que são base para a patologia.

1.2 Linhas de pesquisa sobre tratamentos com o EMDR

Conforme relatam revisões sistemáticas e meta-análises, muitas pesquisas indicam resultados significativos nos efeitos do EMDR, principalmente no tratamento de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e, também, em outros contextos. Mas ainda existem resultados controversos devido à fragilidade das metodologias aplicadas, gerando inconsistências nas análises comparativas (Cuijpers et al, 2020; Yunitri et al., 2020).

As primeiras publicações (além de Shapiro,1989a e Shapiro, 1989b) relatam estudos que apresentam o foco em investigação dos efeitos do EMDR em TEPT (Forbes et al., 1994), fobias (Muris & Merckelbach, 1995) e transtornos de ansiedade (Goldstein, 1994). Na revisão sistemática de ensaios randomizados que examinaram os efeitos do EMDR para os diversos problemas de saúde mental, de Cuijpers et al. (2020), 62% dos estudos referiam-se ao quadro de TEPT, apresentando grande tamanho de efeito da terapia EMDR, se comparados a grupos-controle, em curto prazo, e se comparados com outras terapias também. Porém, foram identificadas limitações nos efeitos comparativos com as outras terapias desses estudos. E quanto aos outros transtornos de ansiedade, o número mais significativo de pesquisas foi em relação a fobias e ansiedade, com resultados eficazes para essas condições, e foram utilizados também instrumentos psicométricos (testes de ansiedade) para avaliação do efeito, além de comparar a outras terapias. Nenhuma outra categoria de transtornos de ansiedade apresentou número suficiente de estudos para se calcular o tamanho do efeito.

Em seguida, diversas pesquisas vêm buscando investigar os efeitos da terapia EMDR para tratamento de diversas condições clínicas e enfrentamentos de situações difíceis. Alguns exemplos de pesquisa são para o tratamento de zumbido (Phillips et al., 2019); tratamento de psicose (Adams et al., 2020); tratamento de ansiedade e depressão em pacientes de hemodiálise (Rahimi et al., 2019); adicções (Gomez et al. 2019; Pilz et al., 2017; Tapia, 2019) e alcoolismo (Markus et al., 2020); doenças psicossomáticas (Schubbe, 2019); dor crônica (Brennstuhl et al., 2019); transtorno obsessivo compulsivo (Boehm, 2019; Marsden, Lovell et al., 2018; Marsden, Teahan et al., 2018) ; transtorno bipolar (Ludovica, 2018); trauma materno pós-parto (Hendrix et al., 2021) dentre outros.

Mas, segundo a meta-análise de Cuijpers et al. (2020), não foi encontrado número suficiente de estudos para análise dos efeitos do EMDR sobre os seguintes problemas de saúde mental: depressão, transtorno alimentar, alcoolismo, dor, esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno bipolar e transtorno de conduta. Isso indica a necessidade da continuidade de investimento em pesquisas para maior compreensão dos efeitos do EMDR e solidificação dessa abordagem psicoterápica para a população além das que apresentam o quadro de TEPT.

Em 1999, Francine Shapiro fez uma análise das implicações da clínica e pesquisa no tratamento de transtornos de ansiedade com o EMDR. Quatro estudos controlados registraram que 84 a 100% de vítimas que passaram por traumas recentes não apresentaram mais os sintomas do diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático após se submeterem a três sessões de EMDR de 90 minutos, condição essa que favorece o desenvolvimento de estudos. Mas, em contrapartida, resultados de algumas pesquisas são questionáveis, devido ao não seguimento da metodologia estabelecida da terapia, fragilizando os dados e os resultados clínicos. Para isso, é reforçada a importância do seguimento dos procedimentos e protocolos da terapia EMDR na realização das pesquisas.

As diversas pesquisas com ensaios clínicos randomizados sobre a terapia EMDR utilizam o protocolo-padrão que contém 8 passos, no qual a intervenção experimental com o EMDR é realizada de 3 a 10 sessões, de 30 a 90 minutos, semanais, na sua grande maioria. Os experimentos com menor número de sessões são voltados para tratamento de eventos e/ou traumas focais. Para comparação, são utilizados grupos-controle, sem nenhuma intervenção, ou grupos que se submetem a intervenções conhecidas para o tratamento do público em questão (Behnammoghadam et al., 2019; Jahanfar et al. 2020; Markus et al., 2020; Marsden, Lovell et al. 2018; Rahimi et al., 2019; Valedi et al., 2019).

1.3 Treinamento para pesquisa em EMDR

Shapiro (2020) destaca a importância do preparo dos pesquisadores da terapia EMDR para a validação da metodologia dessa abordagem. Para ser um pesquisador em EMDR é preciso ser terapeuta com formação reconhecida (em institutos reconhecidos pela *EMDRIA* – Associação Internacional de EMDR), com experiência e treinamento amplo na abordagem, visto que a não fidelidade aos aspectos teóricos e práticos na pesquisa comprometem gravemente os resultados e a verificação da sua eficácia.

Desde o início do desenvolvimento do EMDR (Maxfield, 2009), Shapiro teve grande dedicação ao treinamento nos primeiros anos de todos os terapeutas que tiveram interesse na aplicação e estudo dessa nova terapia. A partir de então, o treinamento nessa abordagem tem ficado cada vez mais consolidado e com a metodologia padronizada. Isso tem por objetivo a garantia da sua eficácia, aumentando a probabilidade de evidências empíricas que suportem os efeitos clínicos.

Foa e Meadows (1997), em uma revisão crítica sobre tratamentos para transtorno de estresse pós-traumático, postularam a grande relevância da fidelidade no procedimento de pesquisas para a validação de qualquer abordagem psicoterápica.

Shapiro (2020) ainda completa que o erro metodológico ou a incompetência dos pesquisadores não contribuem para o conhecimento dessas terapias e podem prejudicar o reconhecimento científicos com a apresentação de resultados equivocados. Para que isso não aconteça, antes da realização de estudo e pesquisa, é necessário o devido treinamento de todo o procedimento com práticas supervisionadas. E, mesmo os pesquisadores sendo submetidos a esse treinamento, é de grande importância a experiência em prática clínica.

1.4 EMDR e transtornos do sono

Atualmente, na literatura, os estudos que relacionam o EMDR e os transtornos do sono ainda são bem escassos. Em sua maioria, o transtorno do sono está contextualizado como sintoma de outros quadros, principalmente o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Os transtornos do sono são considerados sintomas secundários do TEPT e se manifestam através de características como aumento da reação a estímulos sonoros, redução da média de tempo do sono REM, insônia, sonhos vívidos e perturbadores e pesadelos recorrentes, geralmente associados ao trauma (Friedman, 1989; Hefez et al., 1987; Pagel, 2000).

Foram encontrados estudos com pessoas com quadro de TEPT que passaram por situação de assalto ou sequestro (Raboni et al., 2014), outro com crianças com sintomas de TEPT após internação hospitalar (Meentken et al., 2020) e outro com soldados na ativa também com quadro de TEPT (Rousseau et al., 2021). Todos esses estudos investigaram se a terapia EMDR reduziria os sintomas de transtorno de sono decorrente ao quadro de TEPT com melhoria da qualidade de sono e apresentaram resultados favoráveis, com remissão significativa dos sintomas. No estudo com os soldados, chegou-se à conclusão de que a redução dos sintomas de problemas do sono pode ser utilizada como parâmetro de sucesso do tratamento para o quadro de TEPT. Raboni et al. (2006) também fizeram a análise dos efeitos da terapia EMDR nos problemas de sono, além de outros sintomas como depressão, ansiedade e qualidade de vida em pessoas com quadro de TEPT, encontrando resultados positivos.

Nia et al. (2019) investigaram se a terapia EMDR poderia reduzir o quadro de insônia de pessoas com artrite reumatoide. Deste público, 45% a 70% apresentam problemas de sono. O resultado revelou redução significativa da insônia após a intervenção com EMDR nesse público.

Em 2010 foi publicado um guia para tratamento de pesadelos que apresentou 8 estratégias de tratamento farmacológicas e não farmacológicas e, dentre elas, a terapia EMDR foi abordada com resultado de duas pesquisas que fizeram comparação com terapia de relaxamento e *Biofeedback*. Os resultados com maior redução dos pesadelos e melhor qualidade do sono foram com os grupos que se submeteram ao EMDR (Aurora et al., 2010).

A literatura traz, atualmente, estudos que relacionam a terapia EMDR e transtornos do sono, porém não foi encontrada publicação referente a estudo do EMDR e Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, ou adesão ao uso do CPAP.

Capítulo 2 Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

São diversos os distúrbios do sono e suas causas. Muitas delas são causas secundárias, como a insônia provocada por dor, depressão, ansiedade, mudança de fuso horário, e outras são primárias, que podem ser provocadas por alterações neurológicas dos mecanismos do sono. Cerca de 15% da população sofre de insônia. A insônia é um sintoma, caracterizado pela insuficiência de sono, que prejudica o indivíduo. A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é a causa primária da insônia persistente mais conhecida (Lent, 2010).

A SAOS é um dos problemas respiratórios do sono mais comuns. Foi registrada pela primeira vez em 1976 (Guilleminault et al., 1976). Ela é caracterizada pelo estreitamento das vias aéreas superiores e obstrução total ou parcial da via aérea superior durante o sono, causando hipoxemia intermitente, hipercapnia (presença de doses excessivas de dióxido de carbono no sangue) transitória, frequente excitação cortical e despertares associados a sintomas e/ou sinais clínicos como ronco, sonolência excessiva e pausas respiratórias durante o sono (Bittencourt et al., 2009).

Essa síndrome está associada a fatores predisponentes como obesidade, anormalidades craniofaciais como hipoplasia maxilomandibular, obstrução nasal, aumento do tecido mole e do tecido linfóide da faringe, anormalidades endócrinas como hipotireoidismo e acromegalia e história familiar. A prevalência referida no sexo masculino é preponderante (Bittencourt et al., 2009).

Tem aumentado o número de pessoas diagnosticadas com SAOS devido ao aumento do índice de obesidade e à evolução da sensibilidade dos instrumentos utilizados para a realização do diagnóstico. A polissonografia em laboratório ainda é considerada a via ideal para o diagnóstico, mas a opção da modalidade domiciliar tem aumentado o acesso e o facilitado para muitos pacientes (Lee & Sundar, 2021).

Um estudo norte-americano de 2008 concluiu que mais de 25% da população adulta apresentou a SAOS (Punjabi, 2008), enquanto Peppard et al. (2013) apresentaram dados de que 14% a 55% dos adultos apresentam essa síndrome, dependendo da idade e do sexo, sendo mais comum a incidência em homens. Kendzerska et al. (2014) constataram que 2% das mulheres adultas e 4% dos homens adultos do mundo todo sofrem de SAOS. As consequências da SAOS são diversas e podem ser em curto e longo prazos. As alterações na rotina da pessoa frequentemente são: diminuição do desempenho escolar e/ou do trabalho, sonolência excessiva durante o dia, fadiga, problemas cognitivos como redução da capacidade de atenção e problemas de memória, e podem ser responsáveis por acidentes automobilísticos ou em operações de máquinas.

Em longo prazo, a pessoa pode desenvolver doenças como aumento da pressão arterial, acidente vascular cerebral, doenças cardíacas como infarto, arritmia e angina. Algumas comorbidades podem favorecer o agravamento do quadro como obesidade, diabetes, problemas lipídicos, insuficiência cardíaca (Mouchaty & Buxeraud, 2015). A SAOS é considerada quadro de risco quando associada à COVID-19, aumentando significativamente o risco de hospitalização desses pacientes (Strausz et al., 2021).

2.1 Tratamentos para Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)

São alguns os tratamentos e as estratégias desenvolvidos, utilizados e pesquisados para o tratamento da SAOS em seus diversos níveis (leve, moderado ou grave). Para os casos mais leves, são mais indicados os aparelhos intraorais. As cirurgias são indicadas nos casos de alterações anatômicas evidentes, ou no auxílio aos demais tratamentos. E para os casos de moderados a mais graves, o mais indicado dentre todos é o uso do *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP). Outros tratamentos que também podem ser associados são: higiene do sono; emagrecimento; retirada de algumas drogas como benzodiazepínicos, barbitúricos e narcóticos; medicamentos, no caso de reposição hormonal (menopausa e hipotireoidismo) ou tratamento

farmacológico (Bittencourt et al., 2009); dispositivo de avanço mandibular; estimulador do nervo hipoglosso; terapias posicionais e cirúrgicas (Lee & Sundar, 2021).

São diversos os efeitos positivos documentados no tratamento com o CPAP, e eles podem ser classificados em quatro categorias: transtorno do sono, com redução dos sintomas de sonolência diurna e melhoria na qualidade de vida e nos aspectos cognitivos; redução da interferência na qualidade de sono dos parceiros; redução dos riscos de doenças cardiovasculares e processos neurológicos degenerativos; e redução dos riscos de acidentes com veículos automotores (Kakkar & Berry, 2007).

2.2 Continuous positive airway pressure (CPAP) e adesão

O CPAP é um aparelho que gera e direciona um fluxo contínuo de ar (40-60 l/min) para uma máscara nasal, através de uma mangueira flexível que deve ser fixada com firme aderência na face do usuário. Esse aparelho gera uma pressão de ar positiva nas narinas, dilatando todo o trajeto da via aérea superior, impedindo o seu bloqueio, eliminando as apneias, aumentando a saturação de oxigênio e diminuindo os despertares durante o sono (Bittencourt et al., 2009).

O CPAP, quando ajustado à pressão adequada, é quase sempre eficaz para o tratamento da SAOS. O grande fator limitador do sucesso desse tratamento é a não aceitação e a baixa adesão por parte do indivíduo (Broström et al, 2010; Kushida et al, 2006; Ulibarri et al., 2020; Weaver & Grunstein, 2008).

Conforme as informações descritas no Manual de Relatórios de uma empresa que segue o padrão dos fabricantes de CPAP, esses aparelhos registram no cartão de memória ou em softwares por conexão sem fio, como telefones ou outros dispositivos, dados que são utilizados nos relatórios de aderência terapêutica que devem ser encaminhados ao profissional do sono para condução do tratamento. Dentre esses dados, os que serão utilizados nesta pesquisa são horas de uso, padrões de uso e relatório estatístico de aderência à terapêutica: intervalo de datas; dias com uso do aparelho; dias sem uso do aparelho; porcentagem de dias com uso do aparelho;

uso acumulado; uso máximo – 1 dia; média de uso – de todos os dias; média de uso – dias de uso; uso mínimo – 1 dia; porcentagem de dias com uso ≥ 4 horas; porcentagem de dias com uso < 4 horas; e tempo com soprador (Respironics Deutschland, 2009).

É comum definir a não adesão ao tratamento com CPAP quando a pessoa usa o aparelho menos de 4h por noite, sendo essa a dose mínima para alcançar uma resposta positiva ao tratamento, com redução da gravidade dos sintomas (Broström et al., 2010; Kribbs et al., 1993). Sawyer et al. (2011) publicaram uma revisão sistemática sobre adesão ao CPAP e notificaram que, após a discussão de vários autores, ficou estabelecido clinicamente e empiricamente que a adesão ao CPAP é considerada quando há o uso de 4h por noite em 70% das noites. Diversos estudos têm relatado baixo nível de adesão ao uso do CPAP, variando em uma frequência de 65% a 80% das pessoas que são indicadas ao uso não aderem (Engleman & Wild, 2003).

Segundo Ulibarri et al., (2020), é muito comum que as pessoas que consigam aderir ao uso do CPAP na primeira semana de introdução ao seu uso relatem sentir desconforto com a máscara, apresentem intolerância da pressão expiratória (de forma objetiva ou subjetiva) e outros fatores de incômodo generalizado, mas após esse período conseguem superá-lo.

Em contrapartida, essas barreiras, associadas a comorbidades de doenças psiquiátricas e traços de personalidade tipo D, os quais apresentam uma combinação da afetividade negativa (tendência a enfatizar as experiências emocionais negativas) e inibição social, se tornam mais complexas e difíceis de serem superadas (Broström et al., 2007; Ulibarri et al., 2020). As reações emocionalmente estressantes mais relatadas pelas pessoas com baixa adesão ao uso do CPAP são queixa do tamanho da máscara, estilo da máscara e a dificuldade de se ajustar à pressão do ar. Pacientes com quadro de transtorno de estresse pós-traumático e/ou de ansiedade, com frequência, percebem o processo de introdução ao CPAP como traumático (Ulibarri et al., 2020).

A pessoa que apresenta SAOS é avaliada como grupo de risco para a COVID-19, e Demirovick et al. (2021) investigaram se houve maior aderência ao uso do CPAP no período de *lockdown* na pandemia. Verificou-se que as pessoas que já tinham adesão ao CPAP passaram a utilizá-lo mais, além do aumento da adesão também entre mulheres e jovens. Quanto aos homens e pacientes mais velhos, não houve melhora na adesão.

2.3 Estratégias investigadas para aumento da adesão ao uso do CPAP

Em 2011, foi publicada uma revisão sistemática sobre estratégias já realizadas para o aumento da adesão ao uso do CPAP. A partir desse estudo, foram categorizados os tipos de estratégias aplicadas em pesquisa, como: educacional, tecnológica, psicossocial, farmacológica e multidimensional (junção de duas ou mais dessas estratégias). Embora algumas das intervenções tenham sido efetivas no aumento do uso do CPAP, o custo-benefício e a aplicabilidade precisam ser examinados (Sawyer et al., 2011).

Bandura (2004) sugere que apenas a educação não é capaz, de forma independente, de influenciar o comportamento saudável, identificando que as estratégias educacionais, como aulas, exposições e vídeos não produziram aumento significativo na adesão ao uso do CPAP. As estratégias tecnológicas, através das intervenções de captação de informações fornecidas pelo CPAP e telemedicina, em alguns estudos, apresentaram resultados negativos, sem significância estatística. As estratégias psicossociais encontradas foram por intervenção da TCC, as quais demonstraram, através de estudos, efetividade no aumento da adesão ao CPAP. Foram encontrados estudos apenas com essa abordagem psicoterápica. As estratégias farmacológicas mais utilizadas nas pesquisas foram com eszopiclona e sedativos-hipnóticos, necessitando de mais estudos para a consistência dos resultados. Quanto às estratégias multidimensionais, foram realizadas combinações incluindo educação, relaxamento e habituação ao CPAP, exigindo uma intervenção mais em longo prazo para algum nível de efetividade (Sawyer et al., 2011).

Weaver (2019) fez uma análise das seguintes estratégias de intervenção para aumento da adesão ao CPAP: intervenção educacional para melhora da percepção do paciente quanto ao risco da SAOS, benefícios do tratamento e autoeficácia no engajamento ao tratamento; intervenções comportamentais – Teoria Cognitiva Social, Terapia Cognitiva Comportamental individual e em grupo e Terapia de Aprimoramento Motivacional (MET); e intervenções tecnológicas com telemonitoramento e telessaúde. As estratégias para mudança da percepção do paciente e as comportamentais foram as mais eficazes para promover a adesão. O telemonitoramento e a telessaúde (através de aplicativos e assistência médica remota, por exemplo) auxiliam no processo inicial para a adesão, mas apresentam fragilidade na continuidade. Foi sugerida melhor exploração na combinação das estratégias para verificar a potencialização na adesão ao CPAP.

Capítulo 3 EMDR e Medicina

O EMDR tem sido comprovado como uma terapia eficaz e que contribui com o tratamento de patologias psicológicas e físicas, auxiliando nos processos de pacientes e profissionais do campo da medicina. Francine Shapiro (2014) realizou um estudo de revisão sistemática, avaliando o papel da terapia EMDR na medicina, fazendo levantamento de estudos randomizados e relatos clínicos significativos que investigam os efeitos da terapia EMDR, com base experimental, tanto para transtornos psicológicos quanto somáticos. Foram encontrados 24 ensaios clínicos randomizados com resultados positivos para tratamento emocional do trauma e um para experiência adversa de vida, relevante para a prática clínica, e 7 de 10 estudos de casos clínicos foram mais eficazes com o EMDR que com a TCC.

Outra pesquisa foi realizada para estudar o efeito do EMDR em pessoas que trabalham em centros de saúde e hospitais, principalmente em setores de emergência, que se expõem a situações de estresse intensas, verificando que essa terapia reduziu significativamente a intensidade do estresse nesses profissionais, avaliada por testes e inventários de sintomas (Behnammoghadam et al., 2019). Pessoas que passam por situações médicas traumáticas como um enfarto no miocárdio ou um diagnóstico de câncer podem, igualmente, desenvolver quadro de TEPT. Haerizadeha et al. (2020) realizaram uma revisão sistemática sobre intervenções terapêuticas eficazes para o tratamento de TEPT induzido por eventos médicos, concluindo que tanto o EMDR quanto a TCC são abordagens promissoras para redução dos sintomas do TEPT relacionados a situações médicas.

Visto que as estratégias psicoterápicas pesquisadas para o aumento da adesão ao uso do CPAP estão concentradas na abordagem da TCC, ainda não havendo estudo de outras estratégias terapêuticas que possam ser eficazes para essa situação-problema, somado aos bons resultados da terapia EMDR, inclusive nas abordagens médicas, esta investigação pode abrir portas a uma nova via para maior eficácia ao tratamento da SAOS com o CPAP.

Capítulo 4 Contexto socio-histórico da Pandemia da COVID-19

Este trabalho foi conduzido no momento histórico da pandemia da COVID-19. Em dezembro de 2019, na China, na cidade de Wuhan, província de Hubei, um surto de pneumonia de causa desconhecida foi apontado (Heymann et al., 2020). Em janeiro de 2020, os pesquisadores chineses identificaram um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, como agente da doença do coronavírus, a COVID-19. Ainda em janeiro, pessoas de países da Ásia, Europa e América do Norte foram diagnosticadas com essa nova doença e assim foi declarado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (Cavalcante et al., 2020). Em 11 de março de 2020, foi então decretada a pandemia pela OMS, período esse em que o projeto desta pesquisa estava sendo concluído para sua qualificação e submissão ao Comitê de Ética.

As estratégias mais eficazes utilizadas pela China que poderiam conter a pandemia foram intervenções não farmacológicas como o distanciamento social, com isolamento dos casos e contatos, o uso de máscaras e até o bloqueio total (*lockdown*). Assim, os outros países também começaram a adotar as mesmas estratégias.

Em 26 de fevereiro de 2020 foi confirmado o primeiro caso detectado no Brasil, e em 4 de março foi decretada a transmissão comunitária no país (Cavalcante et al., 2020). Em 12 de março, um Decreto do Governo do Distrito Federal, local de realização desta pesquisa (embora ter alcançado participantes de diversas regiões pelo ambiente digital), suspende as aulas nas redes pública e privada do DF por cinco dias. Depois, tal suspensão foi estendida por tempo indeterminado. Em 19 de março, outro decreto suspende, também por tempo indeterminado, o funcionamento de bares, restaurantes, casas noturnas, parques recreativos, zoológico, cinemas, teatros, feiras, clubes, museus, shoppings, academias, lojas de conveniência e serviços, missas e cultos de qualquer religião, instituindo uma situação de

lockdown . A partir de então, ficaram indefinidas as datas de retorno das atividades presenciais em todos os setores de serviços públicos e privados.

Devido a esse contexto de incertezas, buscaram-se novas estratégias adaptativas às condições sociais para dar seguimento à pesquisa, com mudanças em todo o projeto inicial, sem garantias para a execução diante de um futuro próximo tão incerto.

4.1 Pesquisa no tempo de pandemia

Como apresentado no item 1.1. do capítulo 1, no período da pandemia, houve uma eclosão de publicações em EMDR. Mas isso não significa que seja resultado de pesquisas realizadas durante esse período. Em sua maioria, são de revisões, meta-análises ou estudos realizados anteriormente, conforme observado no levantamento nas bases de dados Web of Science e PubMed.

Os impactos que a pandemia trouxe às pessoas foram diversos, afetando as rotinas, as atividades profissionais e educacionais, a saúde mental e financeira, gerando grande instabilidade, e assim também a atividade de pesquisa foi amplamente afetada. Por um lado, foram se multiplicando em todo o mundo as pesquisas em torno da COVID-19, já outras pesquisas em andamento, principalmente as que envolviam participantes humanos, foram impactadas na execução e nos projetos, necessitando de adaptações drásticas (Silva et al., no prelo).

Os efeitos colaterais da pandemia afetaram intensamente a academia, gerando uma mudança radical, provocando uma reformulação nas universidades, alterando o seu funcionamento e mudando a forma de funcionários e estudantes conduzirem seus estudos. No mundo todo as instituições de ensino superior têm refeito o modelo de ensino e aprendizagem, mergulhando apressadamente no universo on-line. As novas práticas de trabalho trouxeram novas pressões para todo o seu corpo de docentes, discentes e de prestadores de serviços (Green et al., 2020). Em resposta a essa crise, os acadêmicos de diversos países responderam

rapidamente, com discussões, propostas e perspectivas sobre um novo contexto operacional e conceitual para novas regras e metodologias, pois as antigas já não eram mais viáveis no contexto de pandemia (Jayasuriya, 2021).

Xu e Thi (2021) identificaram, em uma pesquisa com estudantes chineses de doutorado, que a pandemia restringiu muitas funções formais e informais de rede que dá suporte às comunidades de pesquisa e socialização acadêmica dos alunos e houve uma mudança brusca de rede para o espaço virtual, que se mostrou menos motivadora. Embora as interações continuassem sendo possíveis, as relações virtuais foram avaliadas como menos eficazes por não oferecerem a experiência vivida de cooperatividade e coconstruída em uma realidade social compartilhada que acontece quando os colegas têm uma convivência. Apesar dessa perda, o contexto da pandemia estimulou novos vínculos e recursos de rede no ambiente virtual e novas oportunidades surgiram como Webinars gratuitos e grupos de aprendizagem WeChat e conferências virtuais gratuitas aos alunos de doutorado. A conexão virtual contrabalançou as restrições físicas e financeiras em redes do mundo real. E essa experiência foi concretamente vivida neste trabalho.

4.2 Impactos da pandemia nos cuidados com a saúde em casos crônicos

A pandemia de COVID-19 impactou todo o mundo trazendo novos e grandes desafios nos cuidados com a saúde que vão além da gravidade da doença e a alta taxa de mortalidade, mas também pelas mudanças das estratégias de cuidado e assistência junto aos pacientes com doenças crônicas (Tiotiu et al., 2021). Na Índia, onde os cuidados primários com a saúde ainda são deficitários, com escassez de recursos humanos, com a instalação da pandemia da COVID-19, os poucos recursos foram desviados para as necessidades emergentes na tentativa de interromper a transmissão dessa doença, gerando grande impacto no bloqueio dos serviços de saúde primários (Vyas, et al., 2021). Os tratamentos de doenças crônicas de maior gravidade, como o câncer, foram diretamente afetados em todo o mundo. A alta frequência de atrasos e

interrupções nos cuidados de saúde, involuntariamente, representou um forte agravamento para o tratamento do câncer (Riera et al., 2021). As doenças respiratórias não infecciosas crônicas, incluindo apneia obstrutiva do sono, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquiectasia intersticial e doenças vasculares pulmonares e câncer de pulmão estão associadas a quadro da COVID-19 mais grave e desfechos ruins, mas os mecanismos envolvidos ainda não foram identificados. O manejo durante o tratamento da COVID-19 é o mesmo de pacientes com doenças respiratórias crônicas, como a asma e a fibrose cística, por exemplo, mas o curso pós-recuperação pode ser pior nessa população. As consequências de longo prazo dos impactos da pandemia sobre as atividades médicas habituais, ao restringir o acesso a diversos procedimentos de diagnósticos, monitoramento da doença e ajustes terapêuticos, ainda são desconhecidas (Tiotiu et al., 2021).

Bastier et al. (2020) publicaram um documento sumarizando o que a Associação Francesa de Otorrinolaringologia e Distúrbios do Sono (AFSORL) e a Sociedade Francesa de Otorrinolaringologia (SFORL) propuseram como medidas para continuidade ao tratamento da SAOS no período pós-pandemia. Segundo Bastier et al. (2020), o tratamento dos distúrbios do sono foi fortemente impactado pela pandemia da COVID-19. A instalação de *lockdown* e o aumento de contaminados pela COVID-19 exigiu uma reorganização dos cuidados com a saúde em muitos países, com foco nos tratamentos de emergência e no adiamento de tratamentos não prioritários. A apneia obstrutiva do sono não é considerada como um quadro de risco de vida, mas dependendo das comorbidades, o quadro pode se tornar grave, com uma previsão de sobrecarga futura para atendimento a esses pacientes. As Agências Regionais de Saúde (ARS) francesas defenderam uma retomada progressiva do rastreamento e diagnóstico, além dos cuidados no retorno aos atendimentos junto aos pacientes para prevenção do risco de contaminações.

Capítulo 5 Telessaúde

Diante do novo cenário da pandemia da COVID-19, ascenderam com urgência as estratégias de telessaúde que já vinham sendo desenvolvidas gradativamente, na saúde como um todo, inclusive na psicologia, tornando-se necessárias para a garantia da continuidade dos cuidados junto aos pacientes, exigindo a transformação dos cuidados com a saúde por meio do suporte digital e acessando aqueles que apresentavam necessidade durante essa crise (Massaad & Cherfan, 2020).

Segundo Miller-Keane (2003), define-se telehealth ou telessaúde como a realização a distância de atendimento clínico de profissionais da saúde por meio do uso de tecnologias de informação como telefone, dispositivos móveis, e-mail, *chats*, plataformas, mensagem de texto, internet, computadores e outros e suas inter-relações com educação, saúde pública e promoção de saúde. Na literatura, o encontro da psicologia e a informática, no Brasil, se deu a partir dos anos 2000 (Siqueira et al., 2014).

Neste contexto pandêmico, os cuidados com a saúde mental sofreram uma grande transformação como jamais vista antes na história moderna. Nos Estados Unidos, através de um estudo transversal com 2.619 psicólogos licenciados no país, foi identificado que, antes da pandemia, 7,07% dos atendimentos psicológicos eram realizados por telepsicologia; durante a pandemia essa prática aumentou 12 vezes, passando a configurar 85,53% do trabalho clínico. Esses mesmos psicólogos referiram uma perspectiva de manter 34,96% do trabalho por meio da telepsicologia, após a pandemia (Pierce et al., 2021).

5.1 EMDR on-line

A Associação Internacional de EMDR (EMDRIA) publicou, em 2020 (Rollins et al., 2020), as diretrizes para a terapia EMDR virtual, nas quais foram afirmados os benefícios da junção do conhecimento das habilidades profissionais e da tecnologia, sendo essa uma via que

amplia a acessibilidade à terapia virtual e à telessaúde. Contudo, as pesquisas já apresentadas não trazem resultados claros que confirmem ou refutem a eficácia da terapia EMDR por meio das vias digitais (Mischler et al., 2021). É urgente a realização de pesquisas para avaliação da eficácia da terapia EMDR em ambiente on-line, haja vista que a emersão da sua prática e as perspectivas para o futuro tendem a se ampliar cada vez mais entre os psicoterapeutas (Lenferink et al. 2020).

Embora ainda sejam poucos os estudos com EMDR on-line, alguns dados já podem ser acessados. Perri et al. (2021) avaliaram a eficácia das terapias EMDR e TCC on-line para o tratamento de estresse agudo, com abordagem de psicoterapia breve (sete sessões). Os resultados indicaram que ambos os tratamentos reduziram a ansiedade em 30% dos pacientes, e os sintomas traumáticos e depressivos em 55% dos pacientes. Esses resultados indicam que o EMDR e a TCC em ambiente on-line, como tratamentos breves, são igualmente eficazes, sugerindo também que os efeitos se mantêm posteriormente, como indicado na avaliação de acompanhamento.

Com esta fundamentação teórica, chega-se à conclusão dos principais aspectos desse estudo que o justificam como relevante e inédito configurando como tese de doutorado.

Justificativa

A terapia EMDR vem apresentando resultados positivos no processo de dessensibilização e reprocessamento de situações traumáticas e difíceis. Muitos tratamentos nas diversas áreas da saúde apresentam grandes benefícios e até a resolutividade (total ou parcial) de quadros que necessitam de intervenções invasivas ou não invasivas, traumáticas ou de baixa adesão que sofrem restrições ou dificuldades para que os pacientes se submetam a tais procedimentos. A terapia EMDR pode ser um instrumento potencialmente eficaz para colaborar no processo de diversos tratamentos, dando suporte à medicina.

Em particular, a terapia EMDR pode ser uma intervenção eficaz para aumento da adesão ao CPAP em pacientes com SAOS. Ao apresentar resultados favoráveis, essa estratégia de intervenção pode vir a ajudar um público considerável que experimenta dessa condição de saúde e tem dificuldades de adesão ao tratamento.

Além da problemática da baixa adesão ao uso do CPAP para pessoas portadoras da SAOS, devido ao contexto socio-histórico da pandemia da COVID-19, urge a necessidade de maior consistência científica da aplicabilidade dessa abordagem através do ambiente digital. A terapia EMDR já era utilizada de forma on-line, anteriormente à pandemia da COVID-19 mas, neste contexto, houve um aumento considerável de terapeutas que passaram a atender nessa abordagem on-line, necessitando assim de aporte científico que comprove a eficácia para a continuidade e o aperfeiçoamento para esse tipo de modalidade de tratamento.

Dentre as diversas frentes de pesquisa da terapia EMDR, há escassez de estudos sobre os seus efeitos sobre os transtornos do sono e ainda não foi encontrada, na revisão realizada para esse estudo, nenhuma pesquisa específica sobre o benefício da adesão ao tratamento da SAOS com o CPAP. Foi encontrada apenas a TCC como abordagem a ser aplicada para esse fim. Esse fator inédito pode trazer novas perspectivas para futuras pesquisas com a terapia

EMDR como intervenção facilitadora para outros tratamentos médicos. Outro aspecto inovador é a análise dos efeitos dessa terapia via on-line.

Hipóteses

Considerando-se tantos resultados positivos no tratamento de diversos quadros com a terapia EMDR, relatados por estudos empíricos e controlados, é esperado que ela seja uma estratégia eficaz para o aumento da adesão das pessoas portadoras da SAOS ao tratamento com uso do CPAP, mesmo em intervenção on-line, podendo melhorar assim a sua qualidade de vida e aumentar a prevenção de quadros clínicos mais graves.

Há a hipótese de que aspectos psicológicos afetam diretamente o tratamento com uso de CPAP, com a possibilidade de também estarem relacionados a experiências traumáticas vividas pela pessoa além de sintomas e/ou quadros de transtornos de ansiedade e depressão.

Objetivos

Objetivo Geral

Esta pesquisa tem por objetivo principal estudar os efeitos da terapia EMDR em pessoas com a SAOS que necessitam do tratamento com CPAP e apresentam baixa adesão ao uso deste, com uso abaixo de 4 horas por noite.

Objetivos Específicos

1. verificar a eficácia da terapia EMDR em ambiente on-line;
2. desenvolver um programa de treinamento de terapeutas em EMDR para realizar pesquisa em ambiente on-line;
3. fazer levantamento de quais experiências, registradas na história de vida de pessoas que apresentam baixo nível de adesão ao uso do CPAP, podem ser comuns entre elas;

4. verificar se há relação entre quadros de ansiedade e adesão ao uso do CPAP;
5. verificar se há relação entre estado de humor e adesão ao uso do CPAP.

Delineamento do estudo

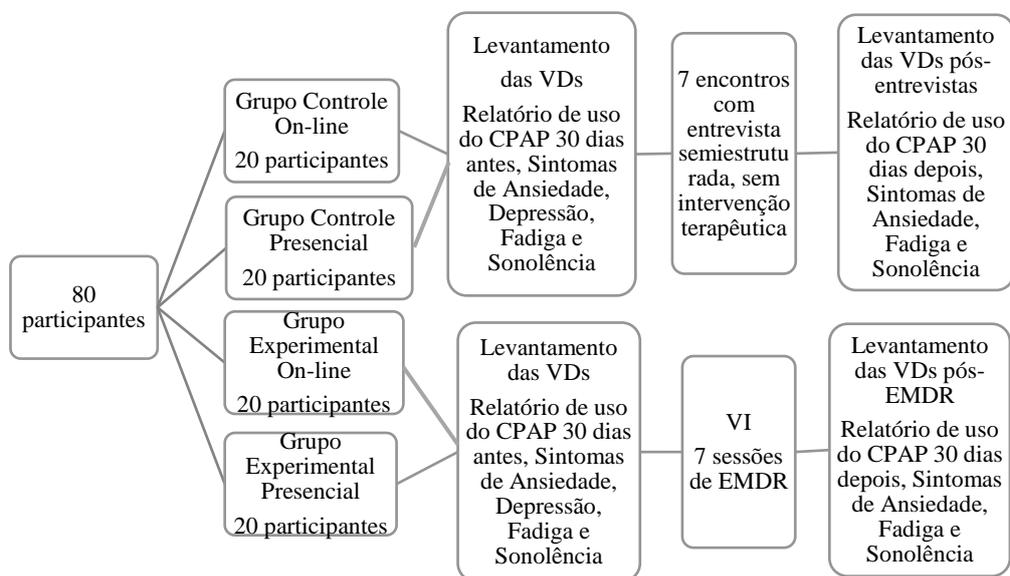
O projeto deste estudo foi construído primeiramente sob perspectivas pré-pandemia, com intervenções presenciais junto a um público que veio a ser configurado como grupo de risco para a COVID-19 posteriormente. Após ser decretada a pandemia da COVID-19, o projeto de pesquisa passou por adaptações, com estratégias que a princípio seriam possíveis, conforme os protocolos de segurança decretados pelo governo local, mas também com possibilidade de ampliação das intervenções em uma perspectiva de superação das condições sanitárias em alguns meses, o que não aconteceu. Logo, o delineamento deste estudo foi elaborado com uma estrutura, mas com os desafios e obstáculos do contexto socio-histórico não foi possível colocar o projeto em prática integralmente. Por isso, serão descritos, a seguir, o delineamento do estudo planejado e o delineamento do estudo executado.

a) Delineamento do estudo - planejado

O estudo foi planejado para ser realizado por meio do método experimental, quanti-quali, descrito na figura 2. A meta esperada para a amostra recrutada era de 80 participantes, diagnosticados com SAOS moderado a grave, sem adesão ao uso do CPAP (uso inferior a 4h por noite em 70% dos dias) para compor 4 grupos, dois grupos-controle e dois grupos experimentais, distribuídos de forma randômica. Todos os participantes se submeteriam a questionários de anamnese inicialmente e questionário de levantamento de sintomas e escalas antes e depois das intervenções, para levantamento de dados clínicos e qualitativos.

Figura 2

Delineamento experimental planejado inicialmente



Um grupo controle e um grupo experimental seriam conduzidos em ambiente on-line e os outros dois grupos em ambiente presencial. Os grupos experimentais seriam submetidos à terapia EMDR como variável independente (VI) e seria analisado o tempo de uso do CPAP por noite e dias de uso do CPAP no mês, registrados pelo próprio aparelho, como variáveis dependentes (VDs). Quanto aos grupos-controle, seriam feitas entrevistas semiestruturadas pelos pesquisadores, sem intervenção terapêutica, na mesma quantidade de encontros do grupo experimental, com levantamento das mesmas variáveis dependentes. Outras VDs secundárias seriam os dados clínicos de sintomas de ansiedade e depressão, sonolência e fadiga colhidos pelos instrumentos aplicados.

b) Delineamento do estudo executado

O estudo foi conduzido por meio do método experimental, em ambiente on-line, com amostra N=2. Devido ao recrutamento muito restrito e desafiador e à baixa adesão à pesquisa nesse tempo, ficou inviável a formação de grupo-controle e grupo experimental. Até o período

de coleta final dos dados, ainda estava inviável a estratégia de intervenção presencial com esse grupo de participantes, impossibilitando a análise comparativa de mais de uma condição. A variável independente utilizada foi a terapia EMDR em ambiente on-line e as variáveis independentes foram o tempo de uso do CPAP por noite e dias de uso do CPAP no mês, registrados pelo próprio aparelho e os sintomas de ansiedade, depressão, sonolência e fadiga colhidos pelos instrumentos aplicados.

Método

Esta pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CEP/CHS), com o parecer consubstanciado nº 4.402.325 aprovado no dia 16 de novembro de 2020 (anexo 8).

Para viabilizar a coleta de dados, com expectativa de amostra com 80 participantes, em um período aproximado de 6 meses, uma equipe foi formada por colaboradores voluntários recrutados através da divulgação em grupos de redes sociais fechados e específicos de terapeutas em EMDR para duas reuniões on-line de apresentação do projeto. Após a apresentação da proposta de trabalho voluntário em pesquisa, foram abertas as inscrições para a seleção da equipe e posterior treinamento. Os critérios de seleção foram: psicólogos terapeutas em EMDR, com mais de 2 anos de formação e prática na abordagem, com perfil e interesse para pesquisa e disponibilidade para trabalho voluntário. Todo o treinamento e a execução aconteceram em ambiente on-line e contaram com a participação de psicólogos residentes no Distrito Federal, nos estados de Minas Gerais, Goiás, São Paulo e no Canadá.

Participantes

Para a inclusão dos participantes na pesquisa, foram definidos os seguintes critérios:

- a) Critérios de inclusão: adultos acima de 25 anos, de ambos os sexos, com SAOS moderado a grave, com indicação terapêutica de uso do CPAP e dificuldade de adesão ao mesmo, com média de uso diário abaixo de 4h diárias.
- b) Critérios de exclusão: tentativa de uso do CPAP menor que um mês; falta de acesso ao aparelho durante a pesquisa; submissão a outra estratégia de intervenção para adesão ao CPAP, concomitante ao período da pesquisa (tecnológica, educacional e/ou psicossocial); e a não conclusão das etapas do experimento.

Foram realizadas 29 inscrições no período entre novembro de 2020 a março de 2021. Doze participantes que se inscreveram foram excluídos por já conseguirem usar o CPAP por mais de 4h por noite. Dois participantes, que não haviam se adaptado ainda, após o primeiro contato, relataram que conseguiram começar a usá-lo por mais de 4h por noite. Destes participantes que conseguiram aderir ao tratamento com o CPAP, oito assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam ao Questionário de Anamnese para levantamento de aspectos clínicos e de história de vida para comparação com o perfil dos participantes que apresentaram dificuldade na adesão ao tratamento com o CPAP.

Um participante que se inscreveu não respondeu ao primeiro contato (telefone, mensagem nem e-mail) e 12 participantes não concluíram o procedimento da pesquisa, sendo que quatro só fizeram o contato inicial, quatro responderam apenas a entrevista inicial, três participaram até responder a todos os instrumentos iniciais, um foi até a segunda sessão de intervenção e dois foram até a terceira sessão de intervenção e abandonaram a pesquisa. Por fim, dois participantes concluíram 100% das etapas da pesquisa, constando assim uma amostra de N=2.

O participante 1 é do sexo masculino, 34 anos, diagnosticado com SAOS moderado em 2018, com os primeiros sintomas em 2014, iniciou a tentativa de tratamento com CPAP em junho de 2020. A participante 2 é do sexo feminino, 54 anos, diagnosticada com SAOS grave em 2019, não soube precisar o início dos sintomas, mas referiu já durarem anos, e iniciou a tentativa de tratamento com o CPAP em 2019. Ambos os participantes relataram não conseguir usar o CPAP “de jeito nenhum” na inscrição para esta pesquisa.

Dos participantes que se inscreveram no recrutamento, mas desistiram da participação e não concluíram todas as etapas, foram levantados os motivos da desistência, que puderam ser classificados em cinco. O motivo mais comum, identificado em 6 de 15, foram questões socioeconômicas como dificuldade de adquirir novamente o aparelho ou acessório ou de alugá-

lo para o período das intervenções com alternativa. Três participantes apresentaram muita dificuldade/resistência para lidar com o ambiente on-line (um deles também teve dificuldade socioeconômica). Outros três deixaram bem clara a falta de prioridade para cuidar da saúde nos seus diversos aspectos. Dois foram orientados por profissionais para fazerem a cirurgia em vez de usarem o CPAP e decidiram por essa estratégia. Por fim, dois participantes que apresentavam grande dificuldade em usar o CPAP, após os primeiros contatos com os pesquisadores, antes de iniciar a intervenção com EMDR, relataram estar conseguindo utilizar o CPAP por mais de 4h por noite.

Instrumentos

Todos os instrumentos utilizados nesta pesquisa encontram-se em anexo.

- a) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - (Anexo 1).
- b) Questionário de Anamnese para levantamento de dados clínicos e histórico de experiências que podem estar associadas à relação com o uso do CPAP, elaborado nesta pesquisa - (Anexo 2).

O Questionário de Anamnese teve como objetivo fazer levantamento do quadro clínico da SAOS e comorbidades possivelmente associadas; dados pessoais; quadro de saúde física (incluindo COVID-19) e mental; aspectos psicossociais; dados relevantes da história de vida; levantamento de histórico de situações traumáticas; experiências negativas com intervenções médicas; experiência com o CPAP. Estas informações tiveram como objetivo auxiliar e facilitar a preparação para as sessões de EMDR e o levantamento mais aprofundado do perfil dos participantes.

- c) Escala de Sonolência de Epworth (Johns, 1991) – (Anexo 5).

Escala validada por Bertolazi et al. (2009), utilizada como referência para avaliação da sonolência nos casos de apneia do sono no Brasil.

- d) Escala Modificada do Impacto da Fadiga (MFIS) - Adaptada pela Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNESP (Pavan et al., 2007) – (Anexo 6).

As escalas de Sonolência de Epworth e do Impacto da Fadiga, bastante utilizadas na clínica e em pesquisas com transtornos do sono, tiveram como objetivo mensurar dois dos principais sintomas relacionados à SAOS que são amenizados significativamente com o uso contínuo do CPAP. Esses instrumentos forneceram dados dessas duas variáveis dependentes, sendo coletados antes e após para avaliação da resposta das intervenções.

- e) Questionário de Levantamento de Sintomas de Ansiedade e Depressão segundo o DSM V – QLSAD, instrumento construído nesta pesquisa – (Anexo 7).

Esse questionário foi formulado nessa pesquisa, pela autora desse estudo, para aplicação on-line e baseado nos critérios diagnósticos do DSM V (American Psychiatric Association, 2014), quanto aos transtornos de ansiedade e transtornos de depressão, para levantamento dos sintomas antes e após intervenção, como análise qualitativa dos efeitos da variável independente (sessões de EMDR).

- f) Orientações para sessões on-line - (Anexo 3).

As orientações elaboradas tiveram como objetivo auxiliar os participantes a se prepararem para os encontros on-line, proporcionando condições terapêuticas (sigilo, conforto e segurança) e fornecer instruções técnicas para condições de realização de videochamada adequada para o contexto.

- g) Protocolo-padrão do EMDR, em 8 passos (Shapiro, 2020) - (Anexo 4).

- h) Relatório de uso do CPAP – fornecido pelo aparelho do participante, conforme o fabricante e seu software.

Os questionários e as escalas foram formatados em formulários on-line e enviados aos participantes.

Ambiente de intervenção

A pesquisa foi realizada em ambiente on-line, utilizando plataformas de reunião como Zoom Meeting e Google Meet criptografadas para garantia do sigilo, sendo acessadas por meio de computador ou dispositivo móvel dos envolvidos nas intervenções.

O ambiente físico que o terapeuta utilizou para as intervenções virtuais garantiu o sigilo audiovisual terapêutico, condição de luminosidade adequada para promoção de conforto visual, mínimo de ruído ambiente com uso de fone de ouvido, mantendo equivalência ao ambiente de consultório clínico, com redução de estímulo visual no fundo da tela.

Quanto ao ambiente físico dos participantes, foi encaminhada orientação por escrito (Anexo 3) para facilitar um ambiente terapêutico confortável e com o máximo de sigilo.

Treinamento da equipe de terapeutas

Após o recrutamento e a seleção de 12 psicólogos, terapeutas em EMDR voluntários, foi realizado um treinamento com carga horária de 52 h distribuídas em 27 encontros, por meio de aulas expositivas, palestras, discussões com estudo dirigido, *roling plays* e exercícios. Para esse treinamento, além do material didático de cada aula disponibilizado, também foi construído um “manual do colaborador da pesquisa”, no qual constavam todas as orientações por escrito do passo a passo de cada etapa da pesquisa, apresentação e orientação para aplicação, correção e interpretação dos instrumentos utilizados, assim como os documentos legislativos de ética e pesquisa aos quais este trabalho está submetido.

O objetivo da formação dessa equipe era viabilizar a realização de todas as intervenções em um espaço de tempo curto, conforme as condições deste trabalho apresentaram, após a instalação do contexto da pandemia da COVID-19, para alcançar a meta de uma amostra de 80 participantes para esta pesquisa. Uma voluntária saiu do grupo por motivos de saúde antes do recrutamento dos participantes. À medida que os participantes foram se inscrevendo, eles

foram distribuídos de forma aleatória entre os pesquisadores, sendo que todos os voluntários iniciaram as intervenções com pelo menos um participante.

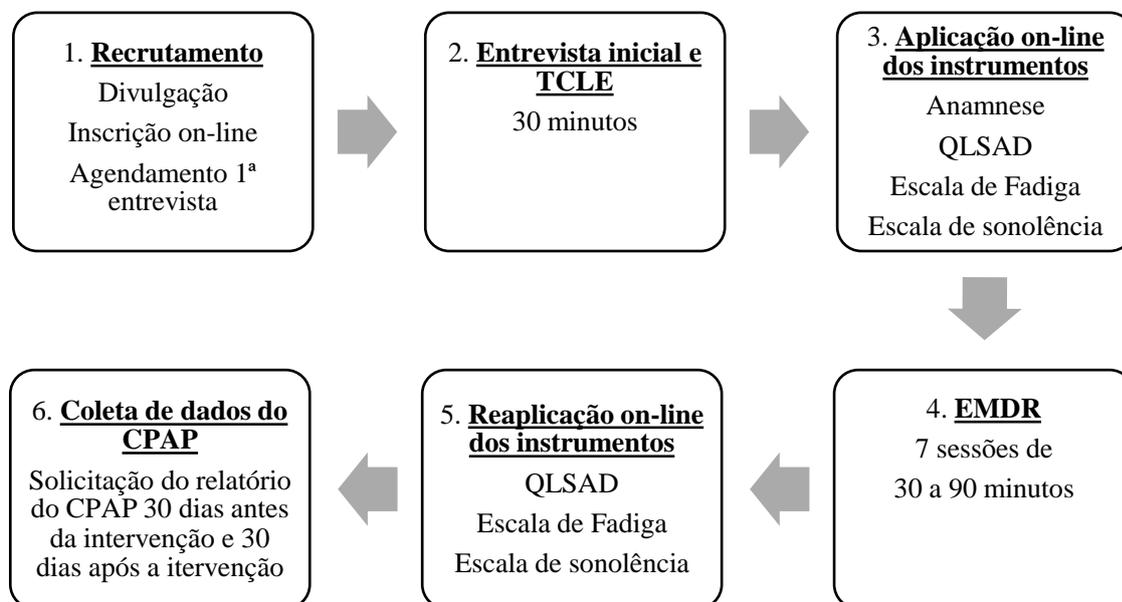
Além dos aspectos práticos para a realização das intervenções com conteúdos específicos desta pesquisa, o treinamento constitui-se em um curso de introdução à pesquisa com o desenvolvimento de conteúdos teóricos que dão base a este trabalho. Os conteúdos teóricos foram: EMDR on-line; Pesquisa em EMDR; transtornos do sono e Apneia Obstrutiva do Sono; EMDR e Neurociência e Elaboração e Publicação de Artigos Científicos.

Procedimento

A coleta de dados aconteceu em 6 etapas, conforme apresentada na Figura 3.

Figura 3

Linha do tempo do procedimento



Etapa 1 – Recrutamento

Os participantes da pesquisa foram recrutados por diversas estratégias. Divulgação de forma pessoal a médicos do sono, cardiologistas, pneumologistas, neurologistas, clínicos gerais e geriatras das cidades dos colaboradores (no Distrito Federal e nos estados de Minas Gerais, Goiás e São Paulo), bem como de diversas clínicas de fisioterapia onde realizam o trabalho de adaptação ao CPAP. Lojas e representantes comerciais de CPAP foram visitados de forma presencial ou contactados por telefone, com apresentação da proposta de pesquisa. Foram enviados e-mails para os médicos da Associação Brasileira de Medicina do Sono, divulgação em grupos de redes sociais de pessoas com apneia do sono e usuários de CPAP (com mais de 3.000 inscritos), além da abordagem direta on-line a pessoas que demonstravam dificuldade de adaptação ao CPAP nesses grupos. Por fim, foi realizada uma “live” sobre apneia do sono com o médico especialista da área e a pesquisadora principal, como forma de educação e divulgação de conhecimento para a população leiga e convite para participação da pesquisa. As inscrições para a participação na pesquisa foram por formulário on-line.

Etapa 2 – Entrevista inicial e preenchimento do TCLE

O primeiro contato com os participantes foi realizado por telefone, com apresentação do colaborador da pesquisa e breve explicação da necessidade de encontros virtuais para agendamento da primeira entrevista, que exigiria uma disponibilidade de 30 a 40 min. Realizado o agendamento, foram enviadas orientações para os encontros on-line, desde a primeira entrevista até os encontros subsequentes. Essas orientações constam no Anexo 3, e tinham o objetivo de preparar o participante para se submeter às intervenções terapêuticas on-line de forma diferenciada das reuniões virtuais comuns ou simples chamada de vídeo.

A entrevista inicial teve como objetivo fazer o “rapport” terapêutico e conhecer de forma breve o(a) participante, confirmando se estava de acordo com os critérios de inclusão e fora dos critérios de exclusão para participação da pesquisa, já levantados através do formulário

de inscrição. Em seguida foi apresentada a pesquisa e qual seria a participação, com a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), com descrição detalhada de todas as condições que estavam implicadas nesta pesquisa, deixando o participante de forma livre para que refletisse e respondesse sobre a adesão à pesquisa no tempo que fosse necessário, assinando e encaminhando esse documento.

Etapa 3 - Levantamento de dados clínicos com aplicação dos instrumentos: Questionário de Anamnese; Escala de Fadiga e Escala de sonolência de Epworth; Questionário de Levantamento de Sintomas de Ansiedade e Depressão (QLSAD)

Devido à facilidade e habilidade desses participantes, os instrumentos foram encaminhados por via eletrônica, para autoaplicação, sendo respondidos e enviados de forma autônoma. Em caso de dificuldade com recursos tecnológicos, os instrumentos seriam respondidos em entrevista on-line, como foi realizado com outros participantes que não concluíram todas as etapas da pesquisa.

Nessa etapa foram aplicados os seguintes instrumentos: Questionário de Anamnese (Anexo 2); Escala de Fadiga 1 (Anexo 6) e Escala de sonolência de Epworth 1 (Anexo 5); Questionário de Levantamento de Sintomas de Ansiedade e Depressão (QLSAD) 1 (Anexo 7). A realização dessa etapa levou de uma a 3h.

A partir das respostas a esses questionários, o terapeuta já possuía diversas informações para o planejamento das sessões de EMDR, podendo aprofundar e esclarecer alguns aspectos na primeira sessão da etapa 4 para planejamento do tratamento.

Etapa 4 – Sete sessões de intervenção com a terapia EMDR

Foram realizadas 7 sessões semanais de 30 a 90 min. As sessões seguiram a sequência, conforme o protocolo-padrão de EMDR descrito de forma esquemática na figura 4 e no Anexo 4.

Figura 4*Protocolo de 8 fases da terapia EMDR*

| | |
|--|---|
| Fase 1 História Clínica | • Complementar os dados já colhidos pela anamnese e levantamento de alvos a serem reprocessados. |
| Fase 2 Preparação | • Testar os movimentos oculares bilaterais, aplicação de metáforas e instalação de recursos internos. |
| Fase 3 Avaliação | • Acessar o alvo: levantamento da imagem, crenças negativas e positivas, emoções, escala de perturbação (SUDS) e sensações físicas. |
| Fase 4 Dessensibilização | • Com a estimulação bilateral (EB), reprocessar os alvos levantados. |
| Fase 5 Instalação da Crença Positiva | • Aumentar as conexões dos processos cognitivos positivos com a crença positiva levantada pelo participante com EB. |
| Fase 6 Checagem corporal | • Reprocessar resíduos de sensações físicas, com EB, associadas à memória negativa. |
| Fase 7 Fechamento | • Garantir a estabilidade do participante ao final da sessão. |
| Fase 8 Reavaliação | • Verificar o efeito sobre o alvo trabalhado e se há emergência de novo conteúdo referente ao objetivo do trabalho. |

Na primeira sessão foram aprofundados aspectos da história clínica (fase 1), verificado se haveria riscos para o participante se submeter ao EMDR (ex.: epilepsia, quadros psicóticos graves), e foi feita a preparação para o EMDR (fase 2) e a instalação de recursos (técnicas para estabilização e autocontrole do participante) como estratégia clínica preventiva em caso de situações de maior instabilidade emocional do participante. Nessa fase foram testados os movimentos oculares, alternando o olhar entre dois focos escolhidos pelo participante em seu ambiente, provocando os movimentos oculares bilaterais, acompanhando o ritmo do estímulo

sonoro (que varia conforme o momento da intervenção, segundo as bases teóricas desta abordagem) produzido pelo terapeuta por um metrônomo digital ou outra batida audível.

A partir dessa primeira sessão, junto aos instrumentos aplicados, foi realizado o planejamento dos alvos a serem processados das sessões seguintes.

As cinco sessões seguintes deram seguimento às fases: fase 3 - avaliação, com levantamento de imagem, crença negativa, crença positiva, validade da crença positiva (VOC), emoções, escala de Unidades Subjetivas de Perturbação (SUDS) e sensações corporais; fase 4 - dessensibilização; fase 5 – instalação da crença positiva; fase 6 – checagem corporal; fase 7 – fechamento; e fase 8 - reavaliação. Essas fases se repetiram e levaram tempos variáveis, conforme o processo de cada participante.

Na sétima sessão foi realizado o fechamento de todo o processo da intervenção.

Etapa 5 -Reaplicação de instrumentos

Para análise comparativa, entre o antes e depois das intervenções dos fatores psicológicos e comportamentais, foram reaplicadas a Escala de fadiga 2 (Anexo 6), a Escala de sonolência de Epworth 2 – (Anexo 5) e o Questionário de Levantamento de Sintomas de Ansiedade e Depressão (QLSAD) 2- (Anexo 7).

Etapa 6 - Coleta do relatório de uso do CPAP

Foi solicitado aos participantes o relatório de uso do CPAP, elaborado pelo software do CPAP, desde a data de 30 dias anteriores ao início da etapa 2, até 30 dias após a conclusão da etapa 4 (verificar as datas dos relatórios). Os relatórios apresentados pelos participantes tiveram alguns dias estendidos, conforme os receberam das empresas.

Resultados

O procedimento e a coleta de dados foram iniciados com 17 participantes, mas apenas dois participantes concluíram todas as etapas, sendo esta a amostra final. São apresentados primeiramente os dados de cada participante quanto à adesão ao CPAP a partir dos relatórios emitidos pelo software de cada CPAP de cada participante, as intercorrências ocorridas durante esse período de cada um deles, os resultados qualitativos e quantitativos da história de vida colhidos através do Questionário de Anamnese e o levantamento dos sintomas de fadiga, sonolência, ansiedade e depressão avaliados pelos instrumentos que foram aplicados antes e depois da intervenção com EMDR. Em seguida, são demonstradas informações sobre os participantes que não concluíram todas as etapas, visto ter sido avaliada relevância no contexto de pandemia em que esta pesquisa foi realizada, para maior compreensão do perfil desse público e indicações para futuras pesquisas.

Segundo a apresentação dos dados dos relatórios dos CPAPs dos dois participantes, houve aumento da adesão ao tratamento da SAOS com o uso do CPAP de ambos, sendo alcançado o objetivo geral desta pesquisa. A demonstração dos dados de cada participante está descrita individualmente.

Participante 1

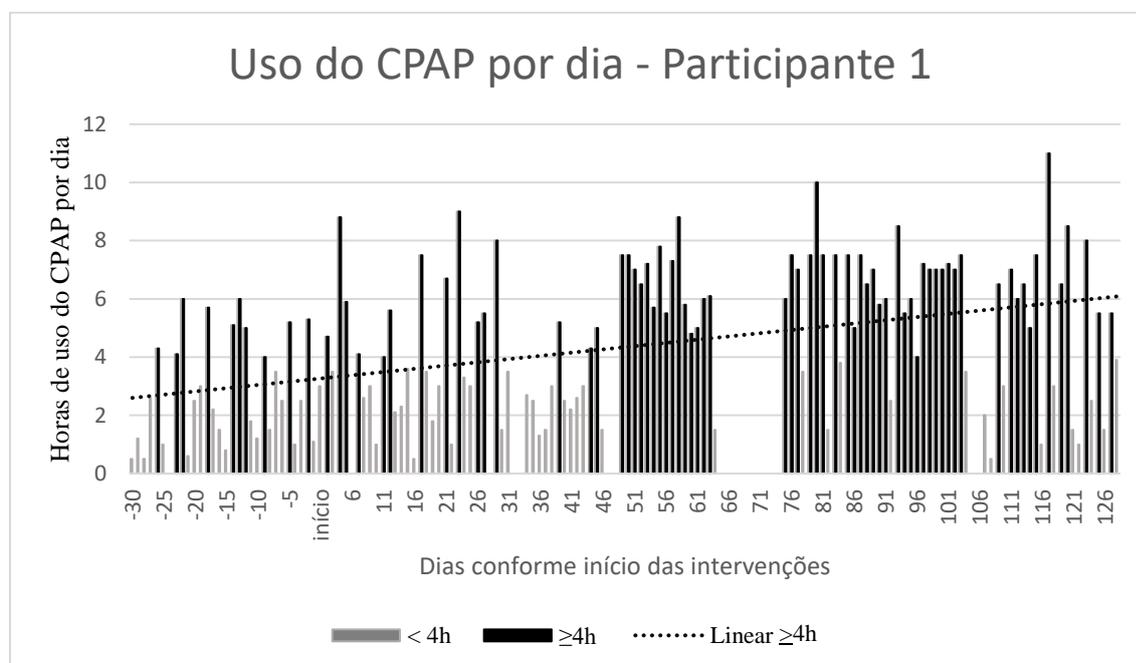
O participante 1 utilizou 2 CPAPs de marcas diferentes durante o procedimento da pesquisa, sendo essa uma variável imprevista, visto que o participante comunicou o fato após a troca. Essa mudança pode ter sido um fator de interferência no processo de adesão ao CPAP, facilitando ou dificultando, conforme novos ajustes de máscara, pressão ou umidificação, por exemplo, que podem apresentar alguma diferença entre os aparelhos. Em um período ele utilizou o CPAP da marca RESmart AutoCPAP, ficou dois dias sem usar nenhum e posteriormente passou a usar o da marca ResMed, a mesma marca da participante 2.

Os dados fornecidos pelo RESmart AutoCPAP e utilizados para análise foram dias de uso e tempo de uso do CPAP por dia. Dos relatórios dos CPAPs de marca ResMed, foram utilizados os dados sobre horas de uso por dia, dias de uso, utilização média do total de dias e utilização média por dia de utilização. A partir desses dados foram realizados os cálculos e análises para avaliação da adesão ao tratamento dos participantes, assim também como foi feita a análise comparativa do uso dos dois aparelhos CPAP.

Foram coletados os dados registrados no período de 182 dias, conforme os relatórios entregues pelo participante. Os primeiros 102 dias foram registrados pelo CPAP de marca RESmart, dois dias ficaram sem registro por CPAP, depois foram registrados 78 dias pelo CPAP de marca ResMed. A intervenção com o EMDR se iniciou após 56 dias e foi concluída em 57 dias, sendo assim, foram coletados os dados de 56 dias antes da intervenção, durante a intervenção (57 dias) e 69 dias após a intervenção.

Figura 5

Horas de uso diário do CPAP do Participante 1 antes, durante e após intervenção



Os dias de uso e horas de CPAP por dia podem ser observados na Figura 5, com a linha de tendência, que deixa explícito o aumento do uso do CPAP ao longo dos dias, iniciando com uma tendência menor que 3h de uso por dia, finalizando em 6h de uso por dia, significando que o participante conseguiu passar à tendência de uso maior que 4h por noite, referência do tempo de uso diário para ser considerada adesão ao tratamento. O início da intervenção com o EMDR nesse gráfico representa o dia um e os dias estão representados a partir de 30 dias que antecedem o início da intervenção. O período em que o participante não utilizou o CPAP, dos dias 65 a 74, coincide com o nascimento de sua primeira filha.

Outros dados importantes para analisar a adesão ao tratamento com o CPAP são os dias de uso, percentagem de dias de uso, média de horas por período, média de horas por dia, números de dias e médias de dias com uso igual ou superior 4h, sendo esse o padrão referencial para significar adesão ou não ao uso do CPAP, pela American Academy of Sleep Medicine (Sawyer et al., 2011). A Tabela 1 apresenta esses dados levantados por meio dos relatórios dos CPAPs.

Tabela 1*Adesão ao tratamento com CPAP do Participante 1*

| | 56 dias antes do EMDR | 30 dias antes do EMDR | 57 dias durante o EMDR | 30 dias após o EMDR | 69 dias após o início do EMDR |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---|--|
| Dias de uso | 55 (98,21% dos dias) | 30 (100% dos dias) | 55 (96,49% dos dias) | 20 (66,66% dos dias) | 56 (81,15% dos dias) |
| Horas de uso | 141h21 | 75h06 | 254h06 | 126h42 | 314h30 |
| Média de horas pelo período | 2h30 | 2h30 | 4h27 | 4h12 | 4h30 |
| Média de horas por dia usado | 2h33 | 2h30 | 4h36 | 6h18 | 5h39 |
| Dias com $\geq 4h$ | 12 (21,42% dos dias usados) | 9 (30% dos dias usados) | 23 (41,81% dos dias usados) | 17 (85% dos dias usados) | 41 (59,42% dos dias usados) |

Houve aumento significativo e progressivo na percentagem dos dias que conseguiu usar o CPAP por 4h ou mais por dia, ao observarmos o período de 30 dias antes (30%), durante (41,81%) até 30 dias após (85%) as intervenções.

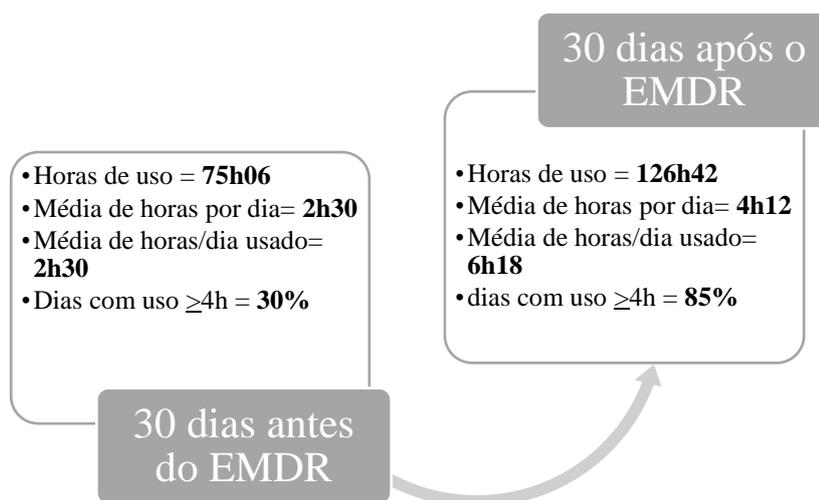
Houve uma queda considerável nos dias de uso do CPAP no período de 30 dias após a intervenção, o que se deu no período do evento do nascimento da filha, sendo esse o período com menor frequência de uso, caindo para 66,66% do uso, baixando também a média de tempo de uso por período (4h12); mesmo assim, foi o período que alcançou maior adesão ao CPAP (uso igual ou maior que 4h por dia) com índice de 85% dos dias usados.

Outro dado importante que indica uma progressão no processo de adesão ao tratamento é o aumento da média de horas usadas por dia, refletindo o aumento da capacidade de permanecer com o aparelho por mais tempo a cada dia. As tentativas de uso anterior às intervenções com EMDR já eram altas, chegando a tentar todos os 30 dias anteriores ao início das intervenções, mas com uso médio de 2h30 por dia, o que demonstra que havia dificuldade na adaptação. Durante o período das intervenções já havia conseguido alcançar a média de uso diário de 4h27, mantendo esta média de uso pelo período após as intervenções mesmo com redução dos dias de uso.

Os principais dados a serem analisados sobre o aumento da adesão ao tratamento com o CPAP estão apresentados na Figura 6. Antes da intervenção com a terapia EMDR, a média de uso diário do CPAP dos 56 dias foi de 2h52. Esta média passou para 4h54 no período de 126 dias após o início das intervenções com o EMDR.

Figura 6

Dados indicativos de aumento ao uso do CPAP do Participante 1



Visto que a troca de aparelho não foi uma variável prevista nem possível de ser controlada, foi realizada análise dos dados (Figuras 7 e 8) comparativos dos dois aparelhos para avaliação da interferência dessa variável no processo de adesão ao tratamento.

As Figuras 7 e 8 apresentam linhas de tendência inversas, significando assim que, durante o uso do CPAP 1 (aparelho mais antigo e o participante estava insatisfeito), a linha de tendência foi positiva, demonstrando aumento do uso do CPAP por dia. A partir da mudança de CPAP, a tendência se torna negativa, anulando um possível efeito positivo que o novo CPAP poderia promover, facilitando a adesão ao tratamento, além da intervenção do EMDR. Mesmo com a inversão dessa tendência na divisão dos períodos, conforme os modelos de CPAP utilizados, a Figura 5, que representa o período completo da análise, indica tendência positiva.

Figura 7

Horas de uso diário do CPAP 1 do Participante 1 antes e durante a intervenção

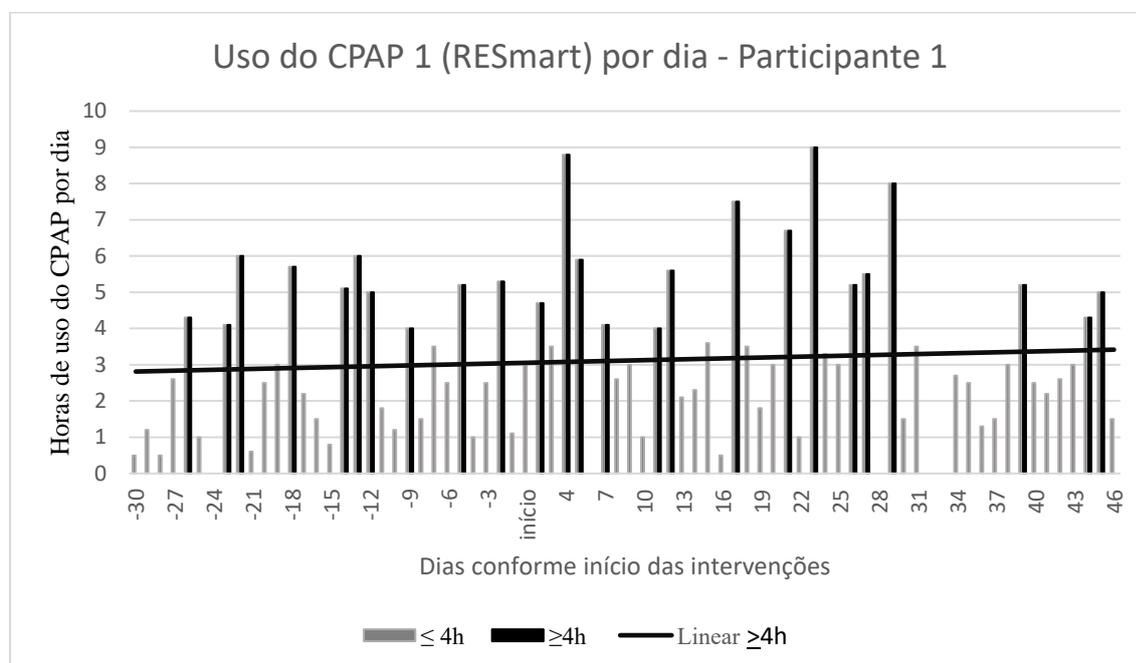
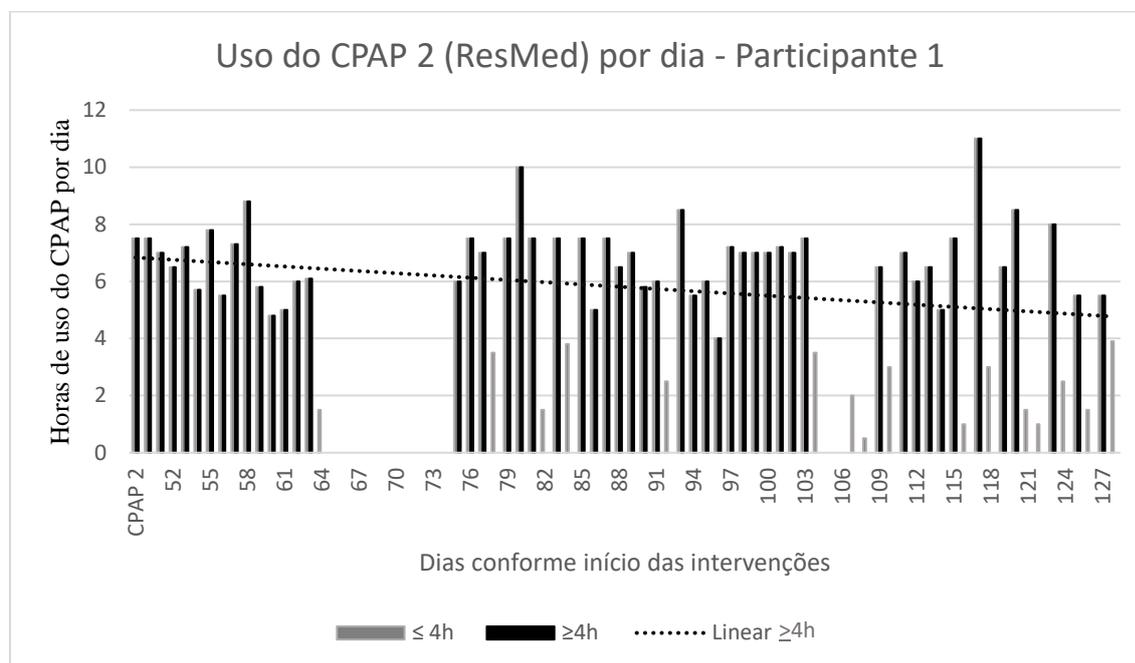


Figura 8

Horas de uso diário do CPAP 2 do Participante 1 durante e após a intervenção



Quanto aos dados relevantes da história de vida coletados pelo Questionário de Anamnese, foi relatado que está com peso acima do ideal; percebe que a SAOS, de 0 a 10, prejudica em um índice 10 a sua vida; teve bronquite na infância; refere cuidar bem da saúde com cuidados médicos; tem como queixa principal em relação ao uso do CPAP o uso da máscara e já teve crise de pânico na sua história de vida. Durante o processo da pesquisa, sua filha primogênita nasceu e houve alteração significativa da rotina de sono.

Apresentou pouca alteração nos resultados dos instrumentos aplicados para levantamento dos sintomas de fadiga, sonolência, ansiedade e depressão, conforme descrito na Tabela 2. O dado de maior significância foi a indicação de ausência de quadro de ansiedade após a intervenção.

Tabela 2*Resultados dos instrumentos antes e depois do EMDR do Participante 1*

| | Escala de Fadiga | Escala de Sonolência | Sintomas de Ansiedade e Depressão (QLSAD) |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| Antes do EMDR | Fadiga considerável 62/84 pontos | Sonolência média 8/24 pontos | Ansiedade leve 2/7 Quadro de depressão (B*+5 sintomas) |
| Após EMDR Após Nascimento da filha | Fadiga considerável 63/84 pontos | Não respondeu | Sem ansiedade 1/7 Quadro de depressão (B*+4 sintomas) |

* Sintoma B – anedonia (dificuldade de sentir prazer)

Participante 2

Foram coletados os dados da participante 2 registrados no período de 118 dias, sendo 47 dias antes da intervenção com o EMDR, durante os 42 dias de intervenção e 29 dias após a intervenção. Os dias de uso e horas de CPAP por dia podem ser observados na Figura 9, com a linha de tendência que deixa explícito o aumento significativo do uso do CPAP ao longo dos dias, sendo que, anteriormente, a participante não conseguia usar o aparelho de forma alguma, tendo sido diagnosticada há dois anos e desde então adquiriu o aparelho, mas não conseguia utilizá-lo, passando para uma tendência acima de 3h de uso por dia, considerando o período de 30 dias antes da intervenção até 28 dias após a intervenção.

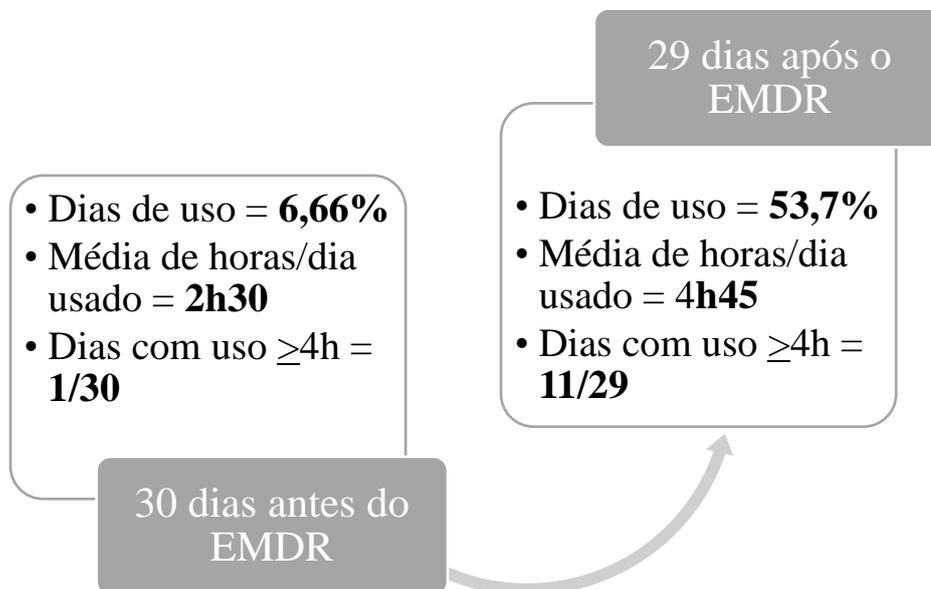
Tabela 3*Adesão ao tratamento com CPAP do Participante 2*

| | 30 dias antes do EMDR | 42 dias durante o EMDR | 29 dias após última sessão de EMDR | 71 dias após início do EMDR |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| Dias de uso | 2 (6,66% dos dias) | 22 (52,38% dos dias) | 15 (53,7% dos dias) | 37 (52,11% dos dias) |
| Horas de uso | 5h | 95h20 | 71h48 | 167h08 |
| Média de horas pelo período | 0h06 | 2h04 | 2h26 | 2h25 |
| Média de horas por dia usado | 2h30 | 4h19 | 4h45 | 4h30 |
| Dias com $\geq 4h$ | 1 (50% dos dias usados) | 12 (54,54% dos dias usados) | 11 (73,33% dos dias usados) | 23 (62,16% dos dias usados) |

Os principais dados a serem analisados do aumento da adesão ao tratamento com o CPAP estão apresentados na figura 10. A participante, que praticamente não fazia uso do CPAP antes da intervenção (6,66% dos dias), passou para a frequência de 53,7% de uso dos dias, alcançando mais de 4h de uso por dia nos dias de uso.

Figura 10

Dados indicativos de aumento ao uso do CPAP do Participante 2



Quanto aos dados relevantes coletados pelo Questionário de Anamnese, a participante 2 relatou que está com peso acima do ideal; percebe que a SAOS, de 0 a 10, prejudica em um índice 8 a sua vida; já operou os ouvidos; só busca cuidados médicos em situações extremas; tem como queixa principal em relação ao uso do CPAP a dificuldade de dormir na posição; passou por intervenção médica desagradável e não gosta de lugares abafados. Durante o procedimento da pesquisa, teve uma perda significativa de parente próximo.

Na Tabela 4 são apresentados os resultados dos instrumentos aplicados para avaliação dos sintomas antes e após intervenção. A participante 2 apresentou grande redução dos sintomas de fadiga e sonolência, sendo que antes do EMDR apresentava fadiga considerável e sonolência moderada, passando para nível de fadiga e sonolência considerados normais, após o EMDR e aumento do uso do CPAP. Passou a não apresentar mais os sintomas de ansiedade e o quadro de depressão que apresentava inicialmente.

Tabela 4

Resultados dos instrumentos antes e depois do EMDR do Participante 2

| | Escala de Fadiga | Escala de Sonolência | Sintomas de Ansiedade e Depressão (QLSAD) |
|----------------------|---|---------------------------------|--|
| Antes do EMDR | Fadiga considerável 53/84 pontos | Sonolência média 7/24 pontos | Sintomas de Ansiedade 3/7 Quadro de depressão (A*+5 sintomas) |
| Após EMDR | Fadiga dentro do normal 29/84 pontos | Sono normal 3/24 pontos | Sem ansiedade 0/7 Não apresentou quadro de depressão (B**+2 sintomas) |

* Sintoma A – rebaixamento de humor

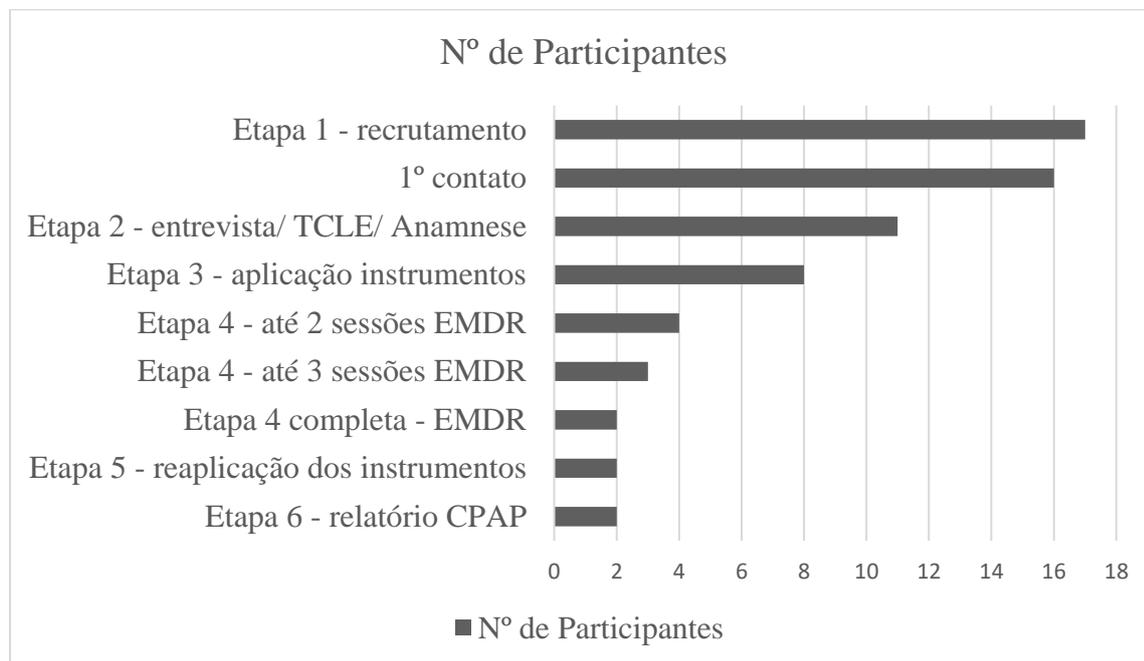
** Sintoma B – anedonia (dificuldade de sentir prazer)

Participantes que não concluíram as etapas da pesquisa

A Figura 11 representa a coleta de dados realizada com todos os participantes que atendiam aos critérios de inclusão. Foram 17 os participantes que atendiam a esses critérios, mas 15 não concluíram todas as etapas da pesquisa.

Figura 11

Dados coletados dos participantes que atendiam aos critérios de inclusão



As variações dos motivos de desistência dos 15 participantes foram pequenas, mas alguns dos motivos encontrados se repetiram. Foram cinco os principais motivos identificados para a desistência dos participantes durante a pesquisa (um participante apresentou mais de um motivo): falta de acesso ao CPAP ou acessórios e não disponibilidade de locar o aparelho por um mês (6 participantes); dificuldade em lidar com o ambiente on-line (3 participantes); optou pela cirurgia (2 participantes); dificuldade de priorizar os cuidados com a saúde (3 participantes); adaptação ao CPAP antes de iniciar as intervenções com o EMDR (2 participantes).

Na Tabela 5 estão descritos o desempenho de cada participante e seus respectivos impedimentos para prosseguimento na pesquisa.

Tabela 5*Participação dos participantes desistentes*

| Participante | Qual(is) etapa(s) realizou | Quantos contatos | Faltas | Motivo desistência |
|---------------------|---|-------------------------|---------------|---|
| 1 | 1ª e 2ª | 2 | Não | Não adquiriu novamente o CPAP ou acessório, motivos de saúde (cirurgia marcada). |
| 2 | 1ª e 2ª | 2 | Não | Conseguiu se adaptar rapidamente ao CPAP logo depois da primeira entrevista. |
| 3 | 1ª | 3 | Não | Além da dificuldade de utilizar tecnologia (idade de 84 anos), está em um processo demencial. |
| 4 | 1ª, 2ª e 3ª | 6 | Não | Outros. Participante muito solícito e prontamente respondia aos questionários. Não houve dificuldade. Disse ter conseguido se adaptar ao CPAP após as férias. |
| 5 | 1ª | 01 | Não | Ele teve indicação para cirurgia e optou por não fazer uso do CPAP. |
| 6 | 1ª, 2ª e 3ª | 13 | 1 | Não teve interesse. Outra pessoa que fez sua inscrição. |
| 7 | Apenas se inscreveu | 5 | Não | Não adquiriu novamente o CPAP ou acessório. |
| 8 | 1ª, 2ª e 3ª | 2 | 2 | Resistência à internet e dificuldade em se expor on-line. |
| 9 | 1ª e 2ª | 2 | Não | O dentista sugeriu ao participante uma cirurgia de bucomaxilar como alternativa ao uso do CPAP. |
| 10 | 1ª, 2ª e metade da 3ª | 2 | 2 | Não adquiriu novamente o CPAP ou acessório. |
| 11 | 1ª | 5 | Não | Não adquiriu novamente o CPAP ou acessório. |
| 12 | 1ª | 1 | Não | Resistência à internet, não adquiriu novamente o CPAP ou acessório e motivo de saúde. |
| 13 | 1ª, 2ª, 3ª e 4ª até a 2ª sessão de EMDR | 12 | 2 | Não tinha disponibilidade de tempo nem prioridade para cuidar desse aspecto da saúde. |
| 14 | 1ª, 2ª, 3ª e 4ª até a 3ª sessão de EMDR | 41 | 8 | Não tinha disponibilidade de tempo nem prioridade para cuidar desse aspecto da saúde. |
| 15 | 1ª etapa | 2 | Não | Não adquiriu novamente o CPAP ou acessório. |

Também foram aplicados questionários de anamnese em sete participantes que foram excluídos da pesquisa por já utilizarem o CPAP por mais de 4h por dia, para comparação de dados clínicos. Dos sete, seis já passaram por situações traumáticas, cinco já tiveram (ou têm)

quadro de ansiedade, e os sete já passaram por procedimento cirúrgico, sendo que dois relataram experiência traumática. Apenas dois destes relataram alguma dificuldade para se adaptar ao uso do CPAP.

Ao analisarmos os dados de 10 participantes, sem adesão ao CPAP, que responderam à anamnese, oito já passaram por situação traumática, cinco já tiveram ou têm quadro de ansiedade e oito se submeteram a algum procedimento cirúrgico. Ou seja, não houve diferença desses dados na comparação entre esses dois grupos, dos sete participantes excluídos por já terem conseguido aderir ao CPAP e dos 10 participantes sem adesão. Há de se considerar o baixo número da amostra para uma melhor análise desses dados.

Discussão

Esta pesquisa teve como objetivo principal verificar se a terapia EMDR pode ser eficaz para aumentar a adesão ao tratamento da SAOS com o uso do CPAP. As outras metas secundárias foram avaliar a eficácia da terapia EMDR em ambiente on-line, a execução do treinamento de terapeutas de EMDR para a pesquisa e avaliar três aspectos clínicos e a relação de cada um com a adesão ao CPAP: eventos da história de vida como traumas, sintomas de ansiedade e sintomas de depressão. Agora são analisados os resultados dos dados coletados com o objetivo de buscar responder às questões levantadas.

O resultado com os dois participantes que realizaram o procedimento completo da pesquisa demonstrou ser favorável à hipótese levantada, indicando que a terapia EMDR pode ser eficaz para aumentar a adesão ao tratamento da Apneia com o CPAP, apesar de diversos obstáculos e restrição do número da amostra.

A amostra alcançada atendeu a critérios interessantes para a realização deste estudo, mesmo sendo tão pequena, com representação de ambos os sexos, dificuldades semelhantes para adesão ao tratamento, com tentativas persistentes fracassadas anteriormente às intervenções e uso do aparelho da mesma marca com relatórios-padrão para análise dos dados. Durante o procedimento, ambos passaram por intercorrências pessoais que foram consideradas na análise de dados, mas que não foram prejudiciais para o resultado na adesão ao uso do CPAP.

O participante 1 fez a tentativa de uso do CPAP diariamente por 55 dias, conforme dados apresentados no relatório do seu aparelho. Nesse período, nos dias em que fez uso do CPAP, ele alcançou uma média de 2h33 de uso e 21,42% dos dias usados com uso \geq 4h por dia (tempo de referência para indicar adesão ao CPAP). Esse padrão de uso é considerado como baixa adesão ao tratamento.

No período de 30 dias após a conclusão das sessões de EMDR, o participante 1 passou para a média de 6h18 de uso diário e 85% dos dias usados com uso ≥ 4 h por dia, e, considerando os 69 dias após o início da intervenção com EMDR, ele alcançou a média de 4h30 de uso por dia em 81,5% dos dias desse período, aumentando o tempo de uso, alcançando padrão de adesão ao tratamento, conforme descrito pela American Academy of Sleep Medicine (Sawyer et al., 2011), com uso de 4 horas por noite em 70% das noites.

Quando é analisado o período mais estendido de 69 dias após a conclusão das sessões de EMDR, há uma queda para média de 5h39 de uso diário e 59,42% dos dias usados com uso ≥ 4 h por dia. Os dados objetivos podem indicar que há perda de efeito ao longo do tempo, mas há um fator de grande relevância que interferiu diretamente nesses dados, que é a ocorrência familiar de adaptação com recém-nascido. Segundo o relato do participante, houve grande mudança de rotina, principalmente do sono (horário, tempo e local), o que dificultou o uso do CPAP, reduzindo os dias de uso. Portanto, considerando essa variável, ainda alcançou a média de 5h39 de uso diário nesse período, considerada como adesão ao tratamento, permanecendo a relevância desse resultado apresentando aumento significativo do uso do CPAP.

O evento ocorrido com o participante 1 durante a pesquisa afeta diretamente o aspecto principal da pessoa, que é o sono. A alteração do sono é um dos maiores desafios do processo de adaptação parental, principalmente do primeiro filho (Hunter et al., 2009). Geralmente os pais têm consciência de que cuidar de um recém-nascido que apresenta padrões de sono e alimentação aleatórios gera privação de sono e fadiga, mas nem sempre estão preparados para as demandas físicas e emocionais dessa nova experiência. Muitos conseguem se adaptar ao estresse e a perda de sono, mas em outros, a interrupção do sono pode causar rebaixamento do humor, redução do bem-estar e exaustão (Dorheim et al., 2009; Goyal et al., 2009).

Outra variável que não foi possível controlar foi a troca de CPAP pelo participante durante o procedimento da pesquisa. Esse fator gerou uma nova condição que pode ter

interferido diretamente no resultado. O novo aparelho teria melhorado as condições de uso do participante aumentando, assim, a adaptação ao mesmo? Para responder a esse questionamento foram analisados os dois períodos separadamente, através de gráficos que representam o tempo de uso com cada CPAP (Figuras 2 e 3). A Figura 2, que representa o período de uso do primeiro CPAP da marca RESmart, demonstra um aumento gradativo do tempo de uso do aparelho ao longo dos dias, sendo representado pela linha de tendência positiva. A Figura 3, que representa o período de uso do novo CPAP da marca ResMED, demonstra uma leve redução do tempo de uso do aparelho, sendo representado pela linha de tendência negativa. Ou seja, se o novo CPAP fosse um fator significativo para o aumento da adesão, a linha de tendência da Figura 3 deveria ser positiva e com maior grau de ascendência que na Figura 2. Mesmo com esta análise comparativa, não pode ser excluída totalmente a possibilidade da troca do CPAP ter sido uma variável que favoreceu a adesão ao CPAP.

Há probabilidade de que a descendência da linha de tendência da Figura 3, que representa o período de uso do segundo CPAP, tenha sofrido mais efeito do evento familiar do nascimento da filha do que a troca de aparelho propriamente dita.

Por outro lado, a troca de aparelho parece não ter regredido o processo de adesão ao tratamento com CPAP, por intervenção do EMDR, visto que na Figura 1, representando o período integral de 182 dias dos relatórios dos aparelhos, a linha de tendência de tempo de uso do CPAP é positiva, alcançando o tempo maior a 4h de uso por dia e retratando o aumento da adesão ao uso do CPAP.

Quanto à análise dos resultados dos instrumentos aplicados, também ficou nítida a interferência do fator paternidade recente nas escalas de fadiga e sonolência. É provável que os resultados não correspondam ao uso do CPAP, mas à nova condição familiar que provoca estresse e alteração do sono naturalmente. O participante não respondeu à reaplicação da escala de sonolência, mesmo sendo cobrado algumas vezes, pois coincidiu com o período do

nascimento da criança. Seu resultado provavelmente não seria válido para o objetivo desse teste. Já nos resultados comparativos do Questionário de Levantamento de Sintomas de Ansiedade e Depressão (QLSAD), houve uma pequena redução no estado de ansiedade.

A participante 2 apresentou aumento da adesão ao uso do CPAP após as sessões de EMDR. Há 2 anos ela fazia tentativas de uso, mas não conseguia dormir com o CPAP, chegando a desistir. “Só de pensar já ficava ansiosa”, segundo seu relato. O relatório do seu CPAP apresentou registro de uso em apenas 2 dias antes das sessões de EMDR, em um período de 42 dias. O primeiro dia em que foi registrado uso antes da intervenção foi o dia da primeira entrevista desta pesquisa, demonstrando uma predisposição a usar o CPAP com ajuda terapêutica.

No período anterior às sessões de EMDR, com dois dias de uso, alcançou uma média diária de 2h30 dos dias usados. Esta média passou para 4h45 após as sessões de EMDR, ou seja, nos dias em que tentou usar o CPAP, conseguiu usar mais de 4h por dia, alcançando o referencial de tempo de uso por dia para adesão ao tratamento.

As tentativas de uso, no período de 30 dias antes das sessões de EMDR, alcançaram 6,66% dos dias. Após as sessões de EMDR, esse índice passou para 53,7%. Ou seja, nesse período de 29 dias fez uso do CPAP mais da metade dos dias e, dos dias usados, alcançou $\geq 4h$ de uso em 73,33%. Com estes dados podemos afirmar que quando fez a tentativa de uso do aparelho, houve adaptação mínima de 4h de uso do CPAP por dia, mas necessita automatizar a rotina de usar o CPAP todos os dias, ou seja, melhor desempenho de aspecto comportamental para alcançar o padrão de uso em 70% dos dias e assim ser caracterizada a adesão ao tratamento com uso do CPAP. É possível que com orientações de higiene do sono alcance esse padrão.

A média de uso pelo período total de 29 dias após as sessões de EMDR foi de 2h26 em contraposição à média de 4h45 por dias do total de dias que usou neste período de 29 dias. Se houver mais tentativas diárias de uso do CPAP, essa média pode alcançar as 4h de uso diário.

Nesse período avaliativo, a participante também sofreu intercorrências que afetam diretamente o sono e o uso do CPAP. Houve a perda de familiar e mudanças de rotina de sono (mudanças de local sem levar o CPAP).

Quanto aos resultados das escalas de fadiga e sonolência e ao levantamento de sintomas de ansiedade e depressão, apresentou melhoras em todos os aspectos. A escala de fadiga que inicialmente apontava para um quadro de fadiga considerável passou para fadiga dentro do normal. A sonolência inicial estava média e passou para nível de sono normal. Os sintomas de ansiedade e de depressão que inicialmente estavam presentes passaram a não configurar mais um quadro de ansiedade nem de depressão. Conclui-se, então, que o aumento à adesão ao tratamento com CPAP pode ter contribuído para a melhoria da qualidade de vida da participante, confirmando o que já é bem estabelecido na literatura (Aloia et al., 2003; Engleman et al., 1998; Faccenda et al., 2001; Jenkinson et al., 1999; Montserrat et al., 2001). A mudança do quadro de humor foi bem significativa.

Quantitativamente, a participante 2 evoluiu menos que o participante 1, mas qualitativamente os efeitos do aumento na adesão ao uso do CPAP na qualidade de vida e na saúde mental foram mais expressivos, mesmo na condição de luto.

Quanto aos participantes que desistiram de participar da pesquisa, o número foi alto, e a baixa adesão à pesquisa confirma as características de personalidade desse público-alvo. Broström et al. (2010), ao estudarem as dificuldades na adesão ao CPAP, identificaram que é comum entre os pacientes que precisam desse tratamento expressarem atitudes negativas antes mesmo de iniciar o tratamento pelas incertezas do diagnóstico de SAOS e sua necessidade do tratamento e vergonha de precisar usar o CPAP. Essas atitudes negativas podem ainda ser barreiras para buscar ajuda em relação ao tratamento.

Os motivos de desistência que foram levantados precisam ser considerados. O mais frequente foram as dificuldades socioeconômicas, ao relatarem dificuldades financeiras para

adquirir ou alugar o aparelho, visto que já tinham se desfeito por não conseguir usar ou estava com algum defeito. É um fator a ser refletido para melhoria nas políticas públicas para dar acesso às classes sociais menos favorecidas, pois de fato o aparelho e seus acessórios são de alto custo. Apesar da SAOS ser considerada um problema de saúde pública que afeta de 20 a 40% da população de diversas localidades no mundo e no Brasil, o que pode acarretar problemas que aumentam a mortalidade e a qualidade de vida, pouca atenção tem sido dada no Brasil para essa condição clínica. Programas no Sistema Único de Saúde (SUS) são quase inexistentes para diagnóstico e tratamento da SAOS. Como já bem explicitado, o CPAP é a via de tratamento mais eficaz que reduz bruscamente o índice de mortalidade e aumenta a qualidade de vida, mas é um aparelho (e acessórios) de alto custo (atualmente uma média de R\$ 3000,00), com o qual boa parte das famílias brasileiras não consegue arcar (Eckeli, 2014).

Houve aqueles que já haviam feito investimento no aparelho anteriormente, não conseguiram se adaptar, se desfizeram do aparelho e tiveram dificuldade para adquiri-lo novamente por questões financeiras, tendo sido esse um empecilho para a sua participação na pesquisa. A alternativa da locação também é dispendiosa, pois os valores são altos, com uma média de 1/5 do valor do aparelho por mês. Um projeto de ajuda de custo para acesso ao CPAP para participação na pesquisa talvez fizesse grande diferença na adesão dos participantes à pesquisa.

A resistência ou dificuldade com o ambiente on-line foi característica dos participantes mais idosos. Esse é um dado relevante para próximas pesquisas com o EMDR on-line para análise do perfil que demonstra maior adaptação a esse tipo de estratégia terapêutica, mas que no contexto desta pesquisa foi uma condição necessária devido à ocorrência da pandemia.

Os participantes que não concluíram todas as etapas por falta de prioridade nos cuidados com a saúde também tinham perfil semelhante, muito ativos e com muitas preocupações com os afazeres no dia a dia, demonstravam consciência da importância do tratamento e desejo de

melhoria, mas não conseguiam colocá-lo como prioridade em suas agendas. Percebeu-se que também tinham esse comportamento com outros aspectos em relação à saúde.

Duas pessoas apresentaram a mesma reação, despertando a atenção para esse contexto. Após início da participação na pesquisa, antes das intervenções com o EMDR, relataram ter conseguido usar o CPAP por mais de 4h em dias seguidos. Para certificação, foi aguardado um período maior para verificar a permanência do uso e ambos conseguiram se adaptar. Levantase o questionamento nesses casos se houve o fortalecimento na decisão de aderir ao tratamento após envolvimento com a pesquisa

Seguindo para os objetivos específicos deste estudo, a terapia EMDR em ambiente on-line mostrou-se eficaz para os participantes que concluíram as etapas do procedimento, demonstrando a aplicabilidade dessa abordagem além do presencial. Para maior comprovação desse resultado para esse público, uma amostra maior pode trazer dados mais substanciais para análise, mas o resultado encontrado ratifica o que outros estudos com o EMDR on-line e populações diferentes já têm encontrado (Fisher, 2021; Karadag et al., 2021; Lenferink et al., 2020).

Para a confiabilidade da pesquisa em EMDR, Shapiro (2020) deixa bem explícita a necessidade do treinamento dos terapeutas que irão participar da pesquisa, ratificando que para avaliar qualquer terapia em um estudo é imprescindível que o pesquisador seja bem treinado, que os devidos procedimentos sejam bem observados e que o pesquisador tenha sólida prática com eles.

O treinamento foi realizado com sucesso e metodologia reaplicável, com profissionais com no mínimo 2 anos de prática comprovada, mas não foi viável a avaliação da sua eficácia. Os critérios de avaliação se dariam por meio da comparação dos resultados das intervenções de diferentes terapeutas com diferentes participantes, o que não foi viável devido ao número restrito de participantes que concluíram o procedimento. O total de pesquisadores treinados foi

10. Todos tiveram contato com os participantes e executaram algumas etapas. As dificuldades apresentadas pelos participantes foram muito semelhantes, não caracterizando limitações na relação terapêutica dos pesquisadores. O dado concreto apresentado foi que os dois pesquisadores que conseguiram concluir o procedimento alcançaram resultados eficazes.

Os resultados encontrados nos questionários de anamnese dos participantes que se inscreveram, tanto dos que não eram adaptados ao uso do CPAP quanto àqueles que já tinham adesão ao CPAP, não apresentaram diferenças em dados de história de vida, experiências traumáticas, transtornos de ansiedade e de humor. O tamanho da amostra definitivamente foi insuficiente para refutar ou confirmar as hipóteses levantadas quanto a esses aspectos neste estudo.

O período em que esta pesquisa foi realizada, no contexto da pandemia da COVID-19, terminando nos primeiros meses de vacinação da primeira dose dos primeiros grupos prioritários no Brasil, quando o isolamento social restringia severamente as atividades presenciais não essenciais, trouxe grandes desafios e obstáculos que precisaram ser superados ou desviados. O projeto inicial sofreu diversas alterações para alternativas incertas, ainda no início da pandemia, época que parecia ser uma fase de poucos meses e a “nova rotina” das pessoas não estava adaptada. Era previsto um delineamento de pesquisa experimental com dois grupos-controle e dois grupos experimentais, o que se tornou inviável devido ao tamanho da amostra.

A estratégia de as intervenções serem on-line foi apresentada como uma alternativa, com o intuito de se manter o presencial para comparação em um segundo momento, o que não foi viável. A possibilidade de a via on-line ser um fator limitante para esse público-alvo foi detectada durante o recrutamento, por não haver precedente desse tipo de pesquisa com o público que tem idade a partir de 40 anos, mas prevalecendo os idosos. Os estudos anteriores tiveram como foco a eficácia da psicoterapia on-line com o público das amostras mais amplo,

sendo categorizados como amostra de crianças ou adultos (Lenferink et al., 2020), além de que foram intensificados após o início da pandemia, ou seja, depois dos ajustes no projeto desta pesquisa.

O EMDR vem mostrando-se eficaz em ambiente on-line (Fisher, 2021; Karadag et al., 2021; Lenferink et al., 2020) mas, para esse público, que já é resistente ao tratamento com um aparelho, pode não ter sido a melhor estratégia para a realização dessa intervenção. Em outro momento socio-histórico, no qual há possibilidade de realização de intervenções presenciais, há grande probabilidade de maior adesão à pesquisa.

As estratégias de recrutamento iniciais, como parcerias com clínicas, profissionais do sono e representantes comerciais fracassaram, pois, nesse contexto, os próprios pacientes deixaram de buscar consultas e intervenções por não as considerarem necessidades emergenciais, tendo havido grande queda na busca desse tipo de cuidado com a saúde. Segundo Xu et al. (2021), a utilização de serviços de saúde presenciais diminuiu drasticamente durante o período inicial da pandemia. Logo, novas estratégias precisaram ser desenvolvidas partindo para as redes sociais e o ambiente virtual, assim como a maioria das atividades e relações interpessoais tiveram que se adaptar, acelerando o processo social tecnológico na maioria dos países.

Esse fator ainda gerou dois outros desafios: a competição das informações nos dispositivos em uma época de hiperestimulação através dos dispositivos eletrônicos para alcançar o público-alvo e o fator seleção que essa via condicionou, alcançando mais de forma indireta o público-alvo, através de parentes e amigos, com menor motivação dos próprios participantes. Esse segundo fator também pode ter contribuído para o alto índice de desistência ao longo do procedimento.

Conclusão

Os resultados obtidos vieram de encontro à principal hipótese deste estudo, visto que os dois participantes apresentaram aumento à adesão do uso do CPAP para o tratamento da SAOS após a intervenção com a terapia EMDR. O participante 1 chegou a alcançar os parâmetros estabelecidos para classificação de adesão ao tratamento com CPAP, que é o uso do CPAP ≥ 4 h por dia em 70% dos dias e ele alcançou a média de 4h30 de uso por dia em 81,5% dos dias, no período após início da intervenção com o EMDR (69 dias). No entanto, não foi possível descartar o impacto da troca de aparelhos no resultado. A participante 2 conseguiu alcançar o parâmetro de tempo de uso por noite (≥ 4 h), mas ainda falta automatizar o uso diário do CPAP para alcançar ao menos 70% das noites de uso.

A terapia EMDR on-line mostrou-se factível e apresentou resultados encorajadores com estes dois participantes, em sete sessões, ainda sendo necessária a confirmação de outras pesquisas para a verificação da eficácia da terapia EMDR em modalidade on-line respondendo ao principal objetivo específico. O segundo objetivo específico também foi alcançado com a formação e o treinamento de uma equipe de terapeutas para o trabalho desta pesquisa.

Em relação aos dados qualitativos dos outros três objetivos específicos, que era a investigação da relação de dados de história de vida, ansiedade e depressão com a resistência, foi inviável fazer essa análise devido ao baixo índice de adesão à pesquisa. Essa parte da pesquisa poderá ser feita separadamente das intervenções, com possibilidade de alcançar mais respostas e viabilizar a análise. Mas, há que se salientar a resposta positiva da participante 2 após aumento do uso do CPAP e intervenção com o EMDR na redução dos sintomas de ansiedade e depressão.

A interferência da pandemia da COVID-19 ficou bem evidente para a execução desta pesquisa, gerando prejuízos que não foi possível manejar, resultando em uma amostra muito

inferior à esperada e inviabilizando a realização completa do delineamento experimental construído.

Com os resultados alcançados do recrutamento desse público para esta pesquisa, são levantadas sugestões para maior acessibilidade a esse público como a realização desta pesquisa de forma presencial e on-line, quando as condições sanitárias permitirem; projeto de auxílio financeiro junto aos institutos de pesquisa e empresas que comercializam os aparelhos para disponibilizar o CPAP aos participantes que não o possuem; parcerias com instituição pública para aporte a estratégias de políticas públicas; e parcerias com clínicas e profissionais que trabalham com o CPAP (não foi viável nesta pesquisa devido às restrições impostas pela pandemia, sem retorno ou acesso aos responsáveis).

Referências

- Adams, R., Ohlsen, S., & Wood, E. (2020). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for the treatment of psychosis: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology, 11*, 1-13.
- Aloia, M. S., Ilniczky, N., Di Dio, P., Perlis, M. L., Greenblatt, D. W., & Giles, D. E. (2003). Neuropsychological changes and treatment compliance in older adults with sleep apnea. *Journal Psychosomatic Research, 54*, 71–76.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5* (5th ed.). Artmed.
- Aurora, R. N., Zak, R. S., Auerbach, S. H., Casey, K. R., Chowdhuri, S., Karippot, A., Maganti, R. K., Ramar, K., Kristo, D. A., Bista, S. R., Lamm, C. I., & Morgenthaler, T. I. (2010). Best Practice Guide for the Treatment of Nightmare Disorder in Adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 6*(4), 389-401.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Educational Behavior, 31*, 143-164.
- Bastier, P. L., Aisenberg, N., Durand, F., Lestange, P., Abedipour, D., Gallet de Santerre, O., Couloigner, V., & Bequignon, E. (2020). Treatment of sleep apnea by ENT specialists during the COVID-19 pandemic. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases, 137*, 319–321.
- Behnamoghdam, M., Kheramine, S., Zoladl, M., Cooper, R. Z., & Shahini, S. (2019). Effect of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on severity of stress in emergency medical technicians. *Psychology Research and Behavior Management, 12*, 289–296.
- Bertolazi, A. N., Fagundes, S. C., Hoff, L. S., Pedro, V. D., Barreto, S. S. M., & Johns, M. W. (2009). Validação da escala de sonolência de Epworth em português para uso no Brasil.

- Portuguese-language version of the Epworth sleepiness scale: Validation for use in Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(9), 877-883.
- Brennstuhl, M., Bassan, F., & Tarquinio, C. (2019). Discourse's analysis and comparison of chronic pain patients during therapy as usual versus of an Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy. *Psychologie clinique*, 25, 441-451.
- Bittencourt, L. R. A., Haddad, F. M., Fabbro, C. D., Cintra, F. D., Rios, L. (2009). General approach in patient with obstructive sleep apnea syndrome. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 16(3), 158-163.
- Boehm, K. (2019). EMDR's Efficacy for Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of EMDR Practice and research*, 13 (4), 33-336.
- Broström, A., Nilsen, P., Johansson, P., Ulander, M., Strömberg, A., Svanborg E., & Fridlund, B. (2010). Putative facilitators and barriers for adherence to CPAP treatment in patients with obstructive sleep apnea syndrome: A qualitative content analysis. *Sleep Medicine*, 11, 126-130.
- Broström, A., Stromberg, A., Martensson, J., Ulander, M., Harder, L., & Svanborg, E. (2007). Association of Type D personality to perceived side effects and adherence in CPAP-treated patients with OSAS. *Journal of Sleep Research*, 16(4), 439-447.
- Campagne, D. (2016). Guided Eye Movement (GEM) in Trauma Therapy: Hypothetical Neurological Routes and Initial Results a Sample N=35. *International Journal of Stress Management*, 23 (4), 337-334.
- Cavalcante, J. R., Cardoso dos Santos, A. C., Bremm, J. M., Lobo, A. P., Macário, E. M., Oliveira, W. K., & França, G. V. A. (2020). COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29 (4), e2020376. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010>

- Cuijpers, P., van Ven, S., Sijbrandij, M, Yoder, W, & Cristea, I. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviours therapy*, 49 (3), 165-180.
- Demirovic, S., Kalcina, L. L., Dodig, I. P., Pecotic, R., Valic, M., & Ivkovic, N. (2021). The COVID-19 Lockdown and CPAP Adherence: The More Vulnerable Ones Less Likely to Improve Adherence? *Nature and Science of Sleep*, 13, 1097–1108.
- Dorheim, S. K., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2009). Sleep and depression in postpartum women: A population-based study. *Sleep*, 32, 847–855.
- Eckeli, A. L. (2014). Uma Inovação Nacional no Tratamento da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono. *Revista Neurociência*, 22(1), 8-9. doi: 10.4181/RNC.2014.22.908ed.2p
- Engleman, H. M., Martin, S. E., Kingshott, R.N., Mackaya, T. W., Deary, I. J., & Douglas, N. J. (1998). Randomised placebo-controlled trial of daytime function after continuous positive airway pressure (CPAP) therapy for the sleep apnoea/ hypopnoea syndrome. *Thorax*, 53, 341–345.
- Engleman, H. M., & Wild, M. (2003). Improving CPAP use by patients wuith sleep apnoea/ hypopnoea syndrome (SAHS). *Sleep Med Ver*, 7, 81-99.
- Faccenda, J. F., Mackay, T. W., Boon, N. A., & Douglas, N. J. (2001). Randomized placebo-controlled trial of continuous positive airway pressure on blood pressure in the sleep apnea-hypopnea syndrome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163, 344–348.
- Fisher, N. (2021). Using EMDR Therapy to Treat Clients Remotely. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15 (1), 73-84. doi:10.1891/EMDR-D-20-00041
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychossocial treatments for posttraumatic stress disorders: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.

- Forbes, D., Creamer, M., & Rycroft, P. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing in posttraumatic stress disorder: A pilot study using assessment measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25 (2), 113-120.
- Friedman, M. J. (1989). Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: An interim report. *American Journal of Psychiatry*, 145, 281–285.
- Goldstein, A. J., (1994). Eye movement desensitization and reprocessing for panic disorder: A case series. *Journal of Anxiety Disorders*, 8 (4), 351-362.
- Gomez, A.; Alcázar, A., Radua, J., Hogg, B., Blanco, L., Lupo, W., & Pèrez, V. (2019). A multicenter Phase II Rater-Blinded Randomized Controlled Trial to Compare the Effectiveness of Eye Movement Desensitization Reprocessing Therapy vs. Treatment as Usual in Patients with Substance Use Disorder and History of Psychological Trauma: A Study Design and Protocol. *Frontiers in Psychiatry*, 10 (108), 1-10.
- Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. (2009). Fragmented maternal sleep is more strongly correlated with depressive symptoms than infant temperament at three months postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 229–237. doi:10.1007/s00737-009-0070-9
- Green, W., Anderson, V., Tait, Kathleen, & Tran, L. T. (2020). Precarity, fear and hope: reflecting and imagining in higher education during a global pandemic. *Higher Education Research & Development*, 39 (7), 1309-1312.
- Guilleminault, C., Tilkian A, & Dement W.C. (1976). The sleep apnea syndromes. *Annual Review of Medicine*, 27, 465–484.
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: support of a working-memory account. *Behavior Research and Therapy*, 46, 913-931.
- Haerizadeha, M., Sumnerb, J. A., Birkc, J. L., Gonzalez, C., Heyman-Kantor, R., Falzon, L, Gershengoren, L., Shapiro, P., & Kronish I. M. (2020). Interventions for posttraumatic

- stress disorder symptoms induced by medical events: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 129, 1-7.
- Hendrix, Y. M. G. A., van Dongen, K. S. M., de Jongh, A., & van Pampus, M. G. (2021). Postpartum Early EMDR therapy Intervention (PERCEIVE) study for women after a traumatic birth experience: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 22(1), 599. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05545-6>
- Hefez, A., Metz, L., & Lavie, P. (1987). Long-term effects of extreme situational stress on sleep and dreaming. *American Journal of Psychiatry*, 144, 344–347.
- Heymann, D. L., Shindo, N; WHO Scientific and Technical Advisory Group for Infectious Hazards. (2020). COVID-19: what is next for public health? *The Lancet*, 395(10224), 542-545. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30374-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30374-3)
- Hunter, L. P., Rychnovsky, J. D., & Yount, S. M. (2009). A selective review of maternal sleep characteristics in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 38, 60-68. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00309.x>
- Jahanfar, J., Fereidouni, Z., Behnammoghadam, M., Dehghan, A., & Bashti, S. (2020). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing on the Quality of Life in Patients with Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 11–17.
- Jayasuriya, K. (2021). COVID-19, markets and the crisis of the higher education regulatory state: The case of Australia. *Globalizations*, 18 (4), 584-599.
- Jenkinson, C., Davies, R. J. O., Mullins, R., & Stradlin, J. R. (1999). Comparison of therapeutic and subtherapeutic nasal continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea: A randomised prospective parallel trial. *Lancet*, 353, 2100–2105.

- Johns, M. (1991). A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *American Sleep Disorders Association and Sleep Research Society, 14*(6), 540-545.
- Kakkar, R., & Berry, R. (2007). Positive Airway Pressure Treatment for Obstructive Sleep Apnea. *Contemporary Reviews in Sleep Medicine, 132* (3), 1057-1072.
- Kapoula, Z., Yang, Q., Bonnet, A., Bourtoire, P., & Sandretto, J. (2010). EMDR effects on pursuit eye movements. *Plos One, 5*(5), 1-11.
- Karadag, M. Topal, Z., Nur Ezer, R., & Gokcen, C. (2021). Use of EMDR-Derived Self-Help Intervention in Children in the Period of COVID-19: A Randomized-Controlled Study. *Journal of EMDR Practice and Research, 15* (2), 114-126. <https://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00054>
- Kendzerska, T., Gershon, A. S., Hawker, G., Tomlinson, G., & Leung, R. S. (2014). Obstructive sleep apnea and incident diabetes. A historical cohort study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine., 190* (2), 218–225.
- Kribbs, N. B., Pack, A., & Kline, L. R. (1993). Objective measurement of patterns of nasal CPAP use by patients with obstructive sleep apnea. *American Ver Respiratory, 147*, 887-895.
- Kushida, C. A., Littner, M. R., & Hirshkowitz, M. (2006). Practice parameters for the use of continuous and bilevel positive airway pressure devices to treat adult patients with sleep-related breathing disorders. *Sleep, 29* (3), 375-80.
- Lee, C., & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 44*, 231-239.

- Lee, J. J., & Sundar, K. M. (2021). Evaluation and Management of Adults with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *State of Art Review*, 199, 87-101. <https://doi.org/10.1007/s00408-021-00426-w>
- Lenferink, L. I. M., Meyerbröker, K., & Boelen, P. A. (2020). PTSD treatment in times of COVID-19: A systematic review of the effects of on-line EMDR. *Psychiatry Research* 293 (113438), 1-3.
- Lent, R. (2010). A Consciência Regulada – Os níveis de consciência e os seus mecanismos de controle. O ciclo vigília-sono e outros ritmos biológicos. In R. Lent, *Cem Bilhões de Neurônios? Conceitos Fundamentais de Neurociência* (2a. ed., pp. 519-552), Atheneu.
- Levin, P., Lazrove, S., & van der Kolk, B. (1999). What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 159–72.
- Ludovica, B. (2018). EMDR for Bipolar Disorder: A Systematic Review of the existing studies in literature. *Clinical Neuropsychiatry*, 15 (3), 222-225.
- Markus, W., Hornsveld, H., Burk, W., van Oene, G., Becker, E., & DeJong, C. (2020). Addiction-Focused Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy as an Adjunct to Regular Outpatient Treatment for Alcohol Use Disorder: Results from a Randomized Clinical Trial. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 44 (1), 272–283.
- Marsden, Z., Lovell, K., Blore, D., Ali, S., & Delgadillo, J. (2018). A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25, e10-e18.
- Marsden, Z., Teahan, A., & Lovell, K. (2018). Patients' experiences of cognitive behavioural therapy and eye movement desensitization and reprocessing as treatments for

obsessive-compulsive disorder. *Counselling & Psychotherapy Research*, 18(3), 251-261.

Massaad, E., & Cherfan, P. (2020). Social Media Data Analytics on Telehealth During the COVID-19 Pandemic. *Cureus*, 12(4), 1-7. DOI 10.7759/cureus.7838.

Maxfield, L. (2009). EMDR milestones: The first 20 years. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 211-216.

Meentken, M. G., van der Mheen, M., van Beynum, I. M., Aendekerk, E. W. C., Legerstee, J. S., van der Ende, J., Del Canho, R., Lindauer, R. J. L., Hillegers, M. H. J., Moll, H. A., Helbing, W. A., & Utens, E. M. W. J. (2020). EMDR for children with medically related subthreshold PTSD: Short-term effects on PTSD, blood-injection-injury phobia, depression and sleep. *European Journal of Psychotraumatology*, 11 (1705598). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1705598>

Miller-Keane. (2003). Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health. The Free Dictionary by Farflex: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/telehealth>

Mischler, C., Hofmann, A., Behnke, A., Matits, L., Lehnung, M., Varadarajan, S., Rojas, R., Kolassa, I. T., & Tumani, V. (2021). Therapists' Experiences With the Effectiveness and Feasibility of Videoconference-Based Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Frontiers in Psychology*, 12 (748712), 1-9. doi: 10.3389/fpsyg.2021.748712

Montserrat, J. M., Ferrer, M., Hernandez, L., Farré, R., Vilagut, G., Navajas, D., Badia, J. R., Carrasco, E., De Pablo, J., & Ballester, E. (2001). Effectiveness of CPAP treatment in daytime function in sleep apnea syndrome: a randomized controlled study with an optimized placebo. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 164, 608–613.

- Mouchaty, E. N., & Buxeraud, J. (2015). Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil. *Actualité pharmaceutiques*, 544, 32-35.
- Muris, P., & Merckelbach, H. (1995). Treating spider phobia with Eye-Movement Desensitization and Reprocessing: Two case reports. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(5), 439-444.
- Nia, N. G., Afrasiabifar, A., & Cooper, R. Z. (2019). The Effect of EMDR Versus Guided Imagery on Insomnia Severity in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13 (1), 2-9. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.13.1.2>
- Nieuwenhuis, S., Elzinga, B., Ras, P., Berends, F., Duijs, P., Samara, Z., & Slagter, H. A. (2013). Bilateral saccadic eye movements and tactile stimulation, but not auditory stimulation, enhance memory retrieval. *Brain and Cognition*, 81, 52-56.
- Pagani, M., Lorenzo, G, Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., & Lauretti, G. (2012). Neurobiological correlates of EMDR Monitoring – An EEG study. *Plos One*, 7(9), 1-11.
- Pagel, F. (2000). Nightmares and disorders of dreaming. *Am. Fam. Physician*, 61, 2037–2042.
- Pavan, K., Schmidt, K., Marangoni, B., Mendes, M.F., Tilbery, C.P., & Lianza, S. (2007). Esclerose múltipla: adaptação transcultural e validação da escala modificada de impacto de fadiga. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 65, 669-673.
- Perri, R. L., Castelli, P., La Rosa, C., Zucchi, T., & Onofri, A. (2021). COVID-19, Isolation, Quarantine: On the Efficacy of Internet-Based Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) for Ongoing Trauma. *Brain Science*, 11 (579), 1-8.
- Peppard, P. E., Young, T., & Barnet, J. H. (2013). Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. *American Journal Epidemiology*, 177, 1006-1014.

- Phillips, J., Erskine, S., Moore, T., Nunney, I., & Wright, C. (2019). Eye Movement Desensitization and Reprocessing as a Treatment for Tinnitus. *Laryngoscope*, *129*, 2384-2390.
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., Tyler, C. M., McKee, G. B., & Watson, J. D. (2021). The COVID-19 Telepsychology Revolution: A National Study of Pandemic-Based Changes in U.S. Mental Health Care Delivery. *American Psychological Association*, *76* (1), 14–25.
- Pilz, R., Hartleb, R., & Konrad, G. (2017). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in substance use disorders: A Systematic review. *Fortschrittdeder Neurologie Psychiatrie*, *85*(10), 584-591.
- Punjabi, N. M. (2008). The epidemiology of adult obstructive sleep apnea. *Proceedings of the American Thoracic Society*, *5*, 136-43.
- Raboni, M. A., Alonso, F. F. D., Tufik, S., & Suchecki, D. (2014). Improvement of mood and sleep alterations in posttraumatic stress disorder patients by eye movement desensitization and reprocessing. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *8* (209), 1-11. 10.3389/fnbeh.2014.00209
- Raboni, M. R., Tufik, S., & Suchecki, D. (2006). Treatment of PTSD by Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Improves Sleep Quality, Quality of life, and Perception of Stress. *Annals New York Academy of Sciences*, *1071*, 508-513. <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1364.054>
- Rahimi, F., Rejeh, N., Bahrami, T., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S., Griffiths, P., & Vaismoradi M. (2019). The effect of the eye movement desensitization and reprocessing intervention on anxiety and depression among patients undergoing hemodialysis: A randomized controlled trial. *Perspective Psychiatry Care.*, *55*, 652-660.

- Respironics Deutschland (2009). Manual de relatórios da linha de produtos Encore. *Respironics, Inc. e suas afiliadas*. Herrsching, Alemanha. http://c398534.r34.cf1.rackcdn.com/DOCUMENTS/066242_EncoreReportsManual_BPT.pdf
- Riera, R., ; Bagattini, A. M., Pacheco, R. L., Pachito, D. V., Roitberg, F., & Ilbawi, A. (2021). Delays and Disruptions in Cancer Health Care Due to COVID-19 Pandemic: Systematic Review. *JCO Global Oncology*, 7, 311-323.
- Rollins, S., Hughes, T., Cordes, G., Cohen-Peck, L., Joanna, M., & Wong, W. (2020). Diretrizes para Terapia EMDR Virtual. Um relatório sobre pesquisas no âmbito de treinamentos virtuais e terapias apresentado ao Conselho de Diretores da EMDRIA. *EMDR International Association*. <https://www.emdria.org/publications-resources/>
- Rousseau, P. F., Vallat, R., Coste, O., Cadis, H., Nicolas, F., Trousselard, M., Ruby, P., & Khalifa, S. (2021). Sleep parameters improvement in PTSD soldiers after symptoms remission. *Scientific Reports*, 11 (8873). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-88337-x>
- Sawyer, A., Gooneratne, N., Marcus, C., Ofer, D., Richards, K., & Weaver, T. (2011). A systematic review of CPAP adherence across age groups: Clinical and empiric insights for developing CPAP adherence interventions. *Sleep Medicine Reviews*, 15, 343-356.
- Schubbe, O. (2019). Treatment of Psychosomatic Disorders – Psychotherapy with Eye-Movement Desensitization and Reprocessing. *Therapeutische Umschau*, 76(5), 247-251.
- Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199-223.
- Shapiro, F. (1989b). Eye Movement Desensitization: a new treatment for Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10(3), 221-217.

- Shapiro, F. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the Anxiety Disorders: Clinical and Research Implications of an Integrated Psychotherapy Treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1), 35–67.
- Shapiro, F. (2012). EMDR therapy: Na overview of current and future research. Les thérapies EMDR: Une vue d'ensemble de la recherche actuelee et um aperçu de la recherche future. *Revue européenne de psychologie apliquée*, 61, 193-195.
- 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 Experiences. *The Permanente Journal Winter*, 18(1), 71-77.
- Shapiro, F. (2020). EMDR: *Dessensibilização e reprocessamento por meio de movimentos oculares* (3a. ed.). Amanuense.
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information Processing in the Treatment of Trauma. *Psychotherapy in Practice*, 58(8), 933–946.
- Silva, K. E. R., Zampieri, M. A. J., & Souza, W. C. (aceito para publicação em nov 21). Desafios da pesquisa em tempos da pandemia da covid-19 e a descoberta de novos recursos in Conquistas na Psicoterapia V – EMDR. *Reality books, SP. (no prelo)*.
- Siqueira, C., Simon, R., & Russo, M. (2014). Telepsicologia no Brasil – Desafios e Novas Perspectivas. In *Grande, Cuerpo y subjective* (pp. 94-95). Ciudad Autónomas de Buenos Aires, Asociación Argentina de Salud Mental.
- Strausz, S., Kiiskinen, T., Broberg, M., Ruotsalainen, S., Koskela, J., Bachour, A., Palotie, A., Palotie, T., Ripatti, S., & Ollila, H. M. (2021). Sleep apnea is a risk factor for severe COVID-19. *BMJ Open Respiratory Research*, 8 (1), e000845. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjresp-2020-000845>

- Tapia, G., (2019). Review of EMDR Interventions for Individuals with Substance Use Disorder With/ Without Comorbid Posttraumatic Stress Disorder. *Journal Of EMDR parctice and research*, 13(4), 345-353.
- Tiotiu, A., Chong, H., Neto, C., Bikov, A., Kowal, K., Steiropoulos, P., Labor, M., Cherrez-Ojeda, I., Badellino, H., Emelyanov, A., Garcia, R., & Guidos, G. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the management of chronic noninfectious respiratory diseases. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 15(8), 1035-1048.
- Ulibarri, V. A., Krakow, B., & McIver, N. D. (2020). The PAP-NAP one decade later: patient risk factors, indication, and clinically relevant emotional and motivational influences on PAP use. *Sleep and breathing*, 24(4), p. 1427-1440. <https://doi.org/10.1007/s11325-019-01988-z>
- Valedi, S., Alimoradi, Z., MoradiBaglooei, M., Pakpour, A., Ranjbaran, M., & Chegini, V. (2019). Investigating the effect of Eye Movement Desensitization and Reprocessing on pain intensity in patients with primary dysmenorrhea: a protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central*, 20(1). <http://dx.doi-org.ez54.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s13063-019-3507-0>
- Van den Hout, M. Engelhard, I., Beetsma, D., Slofstra, C., Hornsveld, H., & Houtveen, E. (2011). EMDR and mindfulness. Eye movements and attentional breathing tax working memory and reduce vividness and emotionality of aversive ideation. *Journal Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 42, 423-431.
- Vyas,S., Sharma, N., Archisman, Roy, P., & Kumar, R. (2021). Repercussions of lockdown on primary health care in India during COVID 19. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(7), 2436-2440.

- Weaver, T. E. (2019). Novel Aspects of CPAP Treatment and Interventions to Improve CPAP Adherence. *Journal of Clinical Medicine*, 8(16), 1-8.
<http://dx.doi.org/10.3390/jcm8122220>
- Weaver, T. E., & Grunstein R. R. (2008). Adherence to continuous positive airway pressure therapy: the challenge to effective treatment. *Proceeding American Thoracic Society*, 5(2), 173-178.
- Xu, S., Glenn, S., Sy, L., Hong, V., Ryan, D. S., & Jacobsen, S. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Utilization in a Large Integrated Health Care System: Retrospective Cohort Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23 (4), e26558.
<http://dx.doi.org/10.2196/26558>.
- Xu, X., & Thi, L. (2021). A Qualitative Investigation into Chinese International Doctoral Students' Navigation of a Disrupted Study Trajectory During COVID-19. *Tran Journal of Studies in International Education*, 1–19.
<https://doi.org/10.1177/10283153211042092>
- Yunitri, N., Kao, C., & Chu, H. (2020). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing towards anxiety disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal Psychiatric research*, 123, 102-113.

ANEXOS

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Participante,

Somos pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB), da área de Psicologia. O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que investigará algumas estratégias clínicas com o objetivo de melhorar o tratamento da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, com o uso do CPAP.

Para participar desta pesquisa, é preciso ter o diagnóstico da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, ter sido prescrito o tratamento com o CPAP pelo seu médico e estar apresentando dificuldade de se adaptar a esse tratamento.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em 5 etapas:

1. Esta entrevista que realizamos com o esclarecimento sobre a pesquisa e leitura deste termo de consentimento livre e esclarecido.
2. Levantamento de dados clínicos, através de uma segunda entrevista e preenchimento de questionários.
3. Serão realizados 7 encontros semanais, de 30 a 90 minutos cada, para a realização das intervenções psicológicas clínicas.
4. Será solicitada a entrega do relatório do CPAP, do período que abrange antes e depois das intervenções.
5. Responder alguns questionários para conclusão da sua participação nesta pesquisa.

Ao participar deste estudo, o(a) senhor(a) tem liberdade de se recusar a participar ou ainda interromper a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa por meio do e-mail ou do telefone dos pesquisadores do projeto informados ao final deste termo.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Todas as informações individuais coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente os pesquisadores terão acesso aos dados.

A pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos, nos meios acadêmicos e científicos, os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação dos participantes. O(A) senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato a qualquer momento.

Após esses esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Desde já, agradecemos sua confiança e colaboração.

Termo de Consentimento

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, no qual autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos resultados obtidos, desde que preservado o sigilo da minha identidade.

Brasília, ____/____/202____.

Nome: _____.

Identidade (RG): _____.

E-mail: _____.

Assinatura do participante

Kátia Estevão Rodrigues da Silva – Pesquisadora Responsável
katiaers@gmail.com (61)99966-3015

Prof.^a Dr.^a Wânia Cristina de Souza
Telefone: (61) 3307-2625, ramal 520

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE

LEVANTAMENTO DE HISTÓRIA CLÍNICA DE PACIENTES COM SAOS (SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO)

1. Identificação

n^o

- a. Nome:
b. Data nasc.: c. Naturalidade:

2. Histórico do diagnóstico da SAOS

- a. Quando você foi diagnosticado com SAOS?
b. Qual o seu grau atual da SAOS?
() leve () moderado () grave
c. Quando surgiram os primeiros sintomas?
d. Quando você iniciou as tentativas do uso do CPAP?
e. Você já se submeteu a alguma intervenção para melhorar sua adesão ao CPAP, como exposições educativas, monitoramento através de recursos tecnológicos, psicoterapia, grupos de apoio ou medicamento? Se sim, qual(is)?
f. Qual é a especialidade do médico que o(a) acompanha nesse tratamento?

3. Quadro clínico físico

- a. Como está sua saúde atualmente?
b. Além da SAOS você tem outro(s) diagnóstico(s)? Qual(is)? Desde quando?
c. Atualmente você está fazendo uso de medicamento contínuo?
d. Qual(is), desde quando e com qual finalidade?
e. Você está fazendo algum outro tipo de tratamento?
f. Você está abaixo, acima ou na média do seu peso?
g. Você tem ou já teve quadro de ansiedade? Se sim, decréva.
h. Você tem alguma fobia?
i. Você já teve convulsão? Há quanto tempo? (verificar se tem epilepsia)
j. Você já desmaiou? Se sim, como foi?

4. Efeitos da SAOS na saúde física e psicológica

- a. Após a SAOS, que efeitos você identificou na sua saúde física?
b. E na saúde psicológica e social?
c. De 0 a 10, o quanto essa síndrome está prejudicando a sua vida hoje?
d. Surgiu alguma doença após essa síndrome, como consequência?

5. Aspectos psicossociais

- a. Situação atual
i. Estado civil (incluir se tem relacionamento estável ou namoro)
ii. Tem filhos? Quantos e idade.
iii. Com quem mora atualmente
b. Família de origem
i. Algum membro da família de origem apresenta(ou) SAOS?

- ii. Algum membro apresenta(ou) quadro de ansiedade?
- iii. E quadro de depressão?
- c. Profissão
 - i. Qual é a sua profissão?
 - ii. Está atuando, atualmente?
 - iii. Você percebe que a SAOS o(a) tem prejudicado no seu trabalho?
- d. Ocupação
 - i. Como é a sua rotina atualmente (trabalho, estudo, atividade física, religião, socialização, lazer, cuidados com a casa...)

6. Dados relevantes da história de vida

- a. Você tem informação de como foi o seu parto?
- b. Houve necessidade de uso de oxigênio ou alguma outra intervenção?
- c. Como era sua saúde na infância?
- d. O que você acha de relevante na história da sua infância?
- e. Que doenças você teve na sua infância?
- f. Você se submeteu a algum tratamento na infância?
- g. E na adolescência?
- h. E na vida adulta?
- i. Já se submeteu a alguma cirurgia? Se sim, como foi a cirurgia e a recuperação?
- j. Você já teve algum problema respiratório?
- k. Você já desmaiou?
- l. Como você lida com cuidados com a sua saúde, como tratamentos, exames, vacinas?
- m. Você já fez psicoterapia? Quando e com qual finalidade?
- n. Você já teve momentos na sua vida em que se sentiu com muita dificuldade de lidar com as coisas ao seu redor, com dificuldade de compreender o que estava acontecendo, com comportamentos diferentes, em que as pessoas se preocuparam com você?
- o. Você já sofreu algum tipo de surto? Ou seja, grande dificuldade de lidar com a realidade e comportamentos alterados?
- p. Você se considera ou foi diagnosticado com algum problema psicológico? Se sim, explique.

7. Levantamento de situações de traumas e/ou experiências adversas

- a. Ao tentar usar o CPAP, a sensação o(a) faz lembrar de alguma experiência que passou? Se sim, qual?
- b. O que você sente ao tentar usar o CPAP?
- c. Para você, qual é a sua dificuldade para usar o CPAP?
- d. Existe alguma situação, fora os momentos durante o sono, em que você sente falta de ar, ou já sentiu falta de ar?
- e. Você já teve crise de pânico? (se sim, explorar a situação)
- f. Você já sofreu algum acidente grave? Como foi?
- g. Tem história de afogamento seu ou de presenciar alguém se afogar?
- h. Já passou por situação de incêndio?
- i. Você já ficou preso (ou se sentiu preso) em algum lugar em que ficou sem ar ou sufocado?
- j. Você já passou por alguma intercorrência que considera grave ou marcante, na qual você foi sufocado(a) ou se sentiu sufocado(a)?

- k. Você já passou por processo alérgico que afetou sua respiração?
- l. Você já se submeteu a alguma intervenção médica que foi desagradável ou até mesmo traumática?

8. Alvos a serem reprocessados (plano de tratamento, para participante do grupo EMDR)

A partir dos dados colhidos, investigar melhor, se for necessário, algum aspecto relevante relatado e traçar os alvos a serem reprocessados nas 7 sessões. Estender a entrevista, se for necessário.

ANEXO 3 - ORIENTAÇÕES PARA SESSÕES ON-LINE

Prezado(a) participante,

Iremos iniciar a próxima etapa da nossa pesquisa, que será realizada em 7 sessões semanais, que poderão durar de 30 a 90 minutos, conforme a necessidade do nosso trabalho. Para isso, serão fornecidas aqui algumas orientações para que você viva bem esses momentos e possamos fazer um bom trabalho juntos.

1. **Tempo:** para agendarmos as datas e sessões, é indicado que você esteja com disponibilidade de tempo de 90 minutos, podendo terminar antes, mas é importante a garantia da sua tranquilidade. Serão marcados 7 encontros semanais, de preferência em 7 semanas consecutivas. Se for necessário, há a flexibilização de marcarmos duas sessões na mesma semana, ou saltar alguma semana, não havendo prejuízo para o processo.
2. **Ambiente:** será necessário que esteja em um ambiente tranquilo, com privacidade e sem interrupções. Iremos realizar sessões psicoterápicas, logo, faz parte do processo você estar em um ambiente onde se sinta à vontade para entrar em contato com suas questões mais pessoais e particulares. Para isso, são indicadas algumas providências:
 - a) Escolha um lugar de boa iluminação, em que você fique sentado(a) de forma confortável, se for possível, em frente a uma mesa, para que você possa apoiar o seu dispositivo eletrônico e ficar com as mãos livres, evitando o cansaço físico.
 - b) Se estiver em algum ambiente em que haja outras pessoas, avise-as de que estará ocupado(a) e só poderá ser interrompido(a) em caso de grande necessidade.
 - c) Se o local que você tem não garante a privacidade acústica, ou seja, outras pessoas podem ouvi-lo(a), tente colocar, próxima à saída de som (porta ou janela), uma música que não lhe atrapalhe, para mascarar a sua fala.
3. **Ambiente digital:** nós iremos utilizar uma plataforma de reuniões que garante o sigilo dos nossos encontros. Será enviada orientação passo a passo para que você acesse essa plataforma, com o *link* da sala de reuniões que será utilizada no dia.
4. **Em caso de intercorrências:** caso aconteça algum problema com a conexão durante a sessão, não sendo possível reconectar, será dada a continuidade ou a conclusão da sessão por meio de ligação telefônica.

No caso de alguma dificuldade com alguma dessas orientações, não tem problema, entre em contato e buscaremos alternativas.

ANEXO 4 - PROTOCOLO-PADRÃO DA TERAPIA EMDR

FASE 1: HISTÓRIA CLÍNICA

- Questionário de Anamnese para Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono.
- Levantamento de alvos.
- Plano de tratamento

FASE 2: PREPARAÇÃO

- Explicação sobre a terapia EMDR.

“Quando um trauma ocorre, parece que fica bloqueado no sistema nervoso junto com a imagem original daquilo que causou o trauma, certos pensamentos negativos e as emoções. Esse conteúdo pode combinar realidade com fantasia, além de imagens que simbolizam o evento atual ou o sentimento que temos em relação a ele. Os estímulos bilaterais que utilizamos com o EMDR parecem desbloquear o sistema nervoso, permitindo ao cérebro reprocessar a experiência. Isso também pode ocorrer durante o REM (período de movimentos oculares rápidos do sono). Os estímulos bilaterais ajudam a processar o material não consciente. É importante lembrar que seu cérebro é que realiza a cura e você é quem controla o processo.”

- Orientação para interrupção e/ou pausa durante a estimulação bilateral.

“Se em algum momento precisar para, por favor, levante a mão.”

- Uso da metáfora, para atenuação das sensações físicas e emocionais, durante a estimulação bilateral.

“De vez enquanto, uma metáfora ajuda a criar uma sensação de distância entre nós e a experiência dolorosa. Por exemplo, você pode imaginar que está viajando em um trem ou ônibus e, pela janela, observa os pensamentos, as imagens, os sentimentos, as emoções e as sensações corporais como se fossem a paisagem que passa; ou pode imaginar que está assistindo à experiência como se fosse um filme na tela de um cinema ou de uma televisão. Qual metáfora você gostaria de utilizar se for preciso?”

Obs.: não se utiliza a estimulação bilateral para instalar a metáfora!

- Teste dos movimentos bilaterais oculares (nesta pesquisa serão utilizados apenas os movimentos oculares, o uso de outros estímulos afetará os resultados controlados do método experimental).
 - Solicite ao participante dois objetos ou que identifique dois pontos fixos, e coloque-os um ao lado direito do equipamento de comunicação (computador, celular ou outro) e o outro ao lado esquerdo, com a distância de um palmo, aproximadamente, de cada lado do equipamento. Peça que o participante olhe para cada ponto, alternadamente, acompanhando o ritmo que você irá conduzir, através de marcação sonora (pode ser utilizado um metrônomo, acessível por aplicativos digitais).
- Instalação do lugar seguro.

Imagem

“Gostaria que você pensasse em um lugar em que você tenha estado ou possa imaginar que traz sentimentos de calma ou segurança. Talvez estar em uma praia ou estar sentado perto de um riacho nas montanhas. Que imagem representa esse lugar?”

Emoções e sensações físicas

“Á medida que você pensa nesse lugar calmo/ seguro, perceba o que você vê, ouve ou sente agora... o que você percebe?”

Ampliação

“Concentre-se em seu lugar calmo/ seguro – seu visual, sons, cheiros e sensações corporais. Diga o que mais você percebe.”

Movimentos oculares

“Busque a imagem desse lugar. Concentre-se em onde você sente as sensações agradáveis em seu corpo e permita-se desfrutá-las... concentre-se nessas sensações e siga meus dedos (4 a 6 MB lentos). Como se sente agora?

Se a resposta for positiva

“Concentre-se nisso” (MBs) “O que você percebe agora?” Se não aumentou o bem estar, tente sem movimentos oculares.

Se a resposta for negativa

Redirecionar atenção para identificar outro lugar calmo ou considerar outra estratégia de auto-tranquilização, como contêiner, mindfulness (atenção plena), ou um exercício de respiração

Palavra-chave

“Há uma palavra ou frase que represente seu lugar seguro? Pense na palavra escolhida e perceba os sentimentos positivos que você tem quando pensa nessa palavra. Concentre-se nessas sensações e na palavra _____ e siga meus movimentos. (4 a 8 MB) Como você está agora?”

Repita e amplifique os sentimentos positivos com MB algumas vezes.

Autoacesso usando a palavra chave consigo mesmo.

“Agora gostaria que você dissesse a palavra _____ e observe como você se sente.”

Acessando com perturbação

“Agora imagine uma pequena chateação (ex. não encontrar vaga para estacionar SUD 1-2) e observe como você se sente. Traga a palavra _____ à mente e observe quaisquer mudanças em seu corpo. O que você percebeu?”]

Autoacesso com perturbação fazendo sozinha, sem ajuda

“Gostaria que você pensasse em outro incidente levemente chato (SUD 2-3), observe como se sente ao acessar essa palavra_____ por conta própria, e especialmente perceba mudanças em seu corpo quando focaliza a palavra chave.”

Pratique e amplifique diariamente

Averiguar com o cliente se ainda tem alguma pergunta, dúvida ou receio antes de seguir adiante com o processo da terapia EMDR.

- Instalação de recursos e/ou Pilares da Vida (situações de superação, principalmente).

FASE 3: AVALIAÇÃO

Instruções específicas:

“Conforme já conversamos anteriormente, vamos fazer alguns movimentos bilaterais enquanto você pensa no tema que vamos trabalhar hoje. Usaremos os movimentos bilaterais para enfrentar as memórias que incomodam ainda hoje. Os movimentos bilaterais permitem que você processe o passado, mas permanecendo com um ‘pé no presente’. Geralmente, quanto mais rápido e por mais tempo eu fizer os movimentos, mais você irá reprocessar esses conteúdos. Pode ser que as emoções venham com mais intensidade. Por isso vou começar devagar e depois vou aumentado a quantidade e velocidade dos movimentos bilaterais. Você está sempre no controle do que está acontecendo e pode me pedir para seguir mais depressa, mais devagar ou mesmo parar. Alguma pergunta?”

ALVO A SER REPROCESSADO: “Hoje vamos trabalhar um dos alvos relacionado ao Plano de Tratamento sobre o qual já conversamos”

I – IMAGEM: “Pensando na lembrança que vamos trabalhar hoje, qual a imagem (ou foto) que representa essa experiência difícil?”] ou [“Que imagem representa a pior parte do incidente?”

CN – CRENÇA NEGATIVA: “Quando você pensa nessa imagem, que palavras descrevem melhor o que você pensa sobre si mesmo/a AGORA, que sejam negativas?”

CP – CRENÇA POSITIVA: “Quando você pensa nessa imagem, que palavras descrevem melhor o que você gostaria de pensar sobre si mesmo/a AGORA que fossem positivas?”

VoC (Validade da Crença Positiva): “Quando você pensa nessa lembrança difícil, numa escala de 1 a 7, na qual o 7 é completamente verdadeiro e o 1 é completamente falso, quão verdadeiras você SENTE que são essas palavras positivas (repete a C.P.) AGORA?”

Totalmente Falso 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente Verdadeiro

E – EMOÇÕES: “Quando você pensa nessa experiência e nas palavras negativas (repete a C. N.) que emoções você sente AGORA?”

SUDS: “Quando você pensa nessa experiência difícil, quanta perturbação você sente, numa escala de 0 a 10, onde zero é nenhuma perturbação e dez é a máxima perturbação que você possa imaginar?”

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máxima

S – SENSações CORPORAIS: “Onde você sente essa perturbação no seu corpo?”

FASE 4: DESSENSIBILIZAÇÃO

Instruções específicas:

“Vamos fazer é o seguinte: Você vai pensar nessa experiência difícil enquanto peço para você seguir os movimentos bilaterais. Vou fazer isso por um tempo. De tanto em tanto, vou parar e você apenas me diz o que surgiu. Às vezes as coisas vão mudar e às vezes não. Pode ser que surja alguma outra lembrança. Apenas preste atenção no que está acontecendo. Não existe um “jeito certo” de fazer as coisas neste processo. Por isso, responda da maneira mais precisa possível, sem julgar se deveria estar acontecendo assim ou não. Deixe que aconteça o que tiver que acontecer. Vou fazer alguns movimentos bilaterais e depois a gente conversa sobre o que aconteceu. Alguma dúvida?”

FRASE INTEGRADORA: “Volte a pensar na imagem dessa experiência difícil. Pense nas palavras negativas (terapeuta repete C. N); observe onde você sente isso no seu corpo – e siga os movimentos”.

Começar com poucos movimentos (10-12 MBs); se a pessoa relata que nada acontece, fazer séries mais longas (24+); na ab-reação, continuar com os movimentos e aumentar a velocidade, se for possível. Parar somente se o paciente pedir. Dizer:

[“Posso continuar?”] [“Isso...”] [“São coisas do passado.”] Falar pouco. Se precisar, usar a metáfora escolhida pelo paciente para estabelecer distância com a experiência difícil.

Após cada série: [“Respire fundo... solte... e agora? “] ou [O que surgiu?...] Depois que a pessoa relata algo, dizemos: [“Vamos com isso] ou [podemos continuar?”]

MEDIR o SUDS somente quando houver 2 respostas positivas, ou se o relato indicar que não há mudanças ou se a pessoa perde o acesso da memória perturbadora.

“Voltando à experiência difícil e utilizando a escala de 0 a 10, na qual zero significa nenhuma perturbação e 10 é a máxima perturbação que você possa imaginar, quanta perturbação você SENTE AGORA?”

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máxima

Se SUDS estiver em “2” ou mais, continuar com MBs

Se SUDS for “1”: [“O que falta para chegar a zero?”]

Fase 4 acaba quando SUDS = 0

FASE 5: INSTALAÇÃO DA CRENÇA POSITIVA

1- “Quando você pensa na lembrança difícil com a qual começamos, as palavras (terapeuta repete a C. P.) ainda são válidas? Você quer reforçar essas palavras ou você acha que outras palavras positivas seriam mais apropriadas?”

O cliente pode modificar sua cognição positiva, se quiser. Fazer uma pausa para possível reformulação. **Se surgir nova CP durante o reprocessamento, esta deverá ser utilizada na instalação.**

2 - Medir VoC: “Pense na experiência inicial e nas palavras (repetir CP desejada), numa escala de 1 a 7, sendo 7 completamente verdadeiro, e 1 completamente falso, o quanto você sente que essas palavras positivas são verdadeiras AGORA?”

Totalmente Falso 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente Verdadeiro

3 – {“Traga a experiência difícil à mente, pense nas palavras (repetir CP), e siga os movimentos”.}

Fazer MBs na mesma velocidade de fase 4. Fazer ao menos uma série de MBs, mesmo se o VoC já estiver em 7, para fortalecer o positivo.

4 – Medir VoC de novo depois de cada série: [“Numa escala de 1 a 7, como você sente essas palavras positivas (repetir CP), quando pensa na experiência inicial AGORA?”]

► Se o cliente informa menos que 6, fazer mais séries de MBs. Se aparecerem novos conteúdos perturbadores, voltar à Fase 4;

► Se o cliente informa 6: [“O que falta para chegar a 7?”]; conferir se não há crenças limitantes.

► Se VoC não aumenta: checar ganhos secundários, necessidades de novas habilidades, recursos adicionais, para prosseguir. Quando o VoC for 7, passar para Fase 6

FASE 6: CHECAGEM CORPORAL

Diga: [“Feche os olhos, concentre-se na experiência difícil (ou no incidente inicial) que você acaba de trabalhar e nas palavras positivas (repete a C.P.), mentalmente examine TODO seu corpo e diga se sente alguma perturbação.”]

Se há perturbação, diga: [“Concentre-se nessa perturbação e siga os movimentos.”] Faça MBs. Se novos conteúdos perturbadores aparecerem, voltar à **fase 4**.

Se surgir uma sensação POSITIVA OU CONFORTÁVEL, pode-se fazer movimentos para fortalecer positivamente: [“Concentre-se **nessa sensação agradável** e siga os meus movimentos.”]

FASE 7: FECHAMENTO

► Assegurar-se da estabilidade do cliente ao completar uma sessão de EMDR (2 pés no presente)

► Buscar uma mudança de estado que reduza reprocessamento (lugar tranquilo), caso necessário, especialmente com sessão incompleta.

Sessão completa = Fase 4 com SUDS= **0** (ou 1), Fase 5 com VoC= **7** (ou 6), **E** Fase 6 sem perturbação corporal

[“O reprocessamento que fizemos hoje pode continuar depois da sessão. Pode ser que durante o restante do dia ou da semana você tenha novos insights, pensamentos, lembranças ou sonhos. Se isso acontecer, apenas preste atenção no que está experimentando, no que vê, sente, pensa e atente para os disparadores.”]

[“Compre um caderno para manter um diário das coisas que surgirem durante a semana como, por exemplo, pensamentos, sensações, lembranças e experiências. Você pode ir anotando o que vai lhe acontecendo, novos insights, sonhos, e novos alvos para as próximas sessões de terapia.”]

[“Qualquer problema, ligue para mim.”] (informar telefone e/ou email)

Sessão incompleta:

[“Nosso tempo está terminando e vamos ter que parar. Vamos precisar deixar o restante para a próxima sessão.”] NÃO peça o SUDS. Vá direto para Fase 7: sessão incompleta

[“Quais são algumas das coisas novas ou pensamentos positivos que você percebeu hoje?”]

[“Se quiser, pode ficar um pouco no seu lugar tranquilo.”] Avaliar a necessidade de fazer outros exercícios de relaxamento/mudança de estado para que o paciente esteja pronto para sair da sessão.

[“Qualquer problema, ligue para mim.”] (informar telefone e/ou e-mail).

FASE 8 : REAVALIAÇÃO (Sessão seguinte)

Conferir acontecimentos desde a última sessão de tratamento

1. Sonhos
2. Mudanças em comportamentos
3. Reações aos disparadores atuais

4. Novos pensamentos, insights
5. Novos aspectos da Memória Alvo
6. Outras memórias mais antigas associadas ao tema
7. SUDS residual?

Retomando o reprocessamento de um alvo incompleto/SUDS residual – alvo escolhido **não** se encontra com SUDS = 0, VoC= 7.

Usar NOVA FICHA DE TRABALHO

Acessar o Alvo com perturbação da sessão anterior (Evento Chave, Cenas Intermediárias do Passado, Disparadores do Presente ou Projeção ao Futuro):

[“Traga o incidente perturbador que trabalhamos na sessão anterior.”] Se a pessoa não se recorda, oferecer indícios a princípio indiretos: [‘Aquela situação tal e tal’.]

[“Que imagem aparece? Que pensamentos a respeito aparecem? Que pensamentos negativos a seu respeito? Que emoções? Que sensações físicas? Mudou algo?”]

Estimando a linha de base:

[“Quando você pensa nessa experiência difícil agora, numa escala de 0 a 10 (SUDS), o quão perturbador você sente este incidente agora?”]

Retome o reprocessamento:

Se o SUDS for mais que zero, retome o reprocessamento:

(MBs)

Continue até que as fases 4, 5 e 6 estejam completas: SUDS = 0, VoC = 7 e não haja perturbação corporal

Próximos passos:

Projeção para o futuro: [“Agora, quando você pensar sobre essa dificuldade futura, como deseja se imaginar/reagir? Visualize como que se fosse um vídeo. Há alguma perturbação?”] Caso haja perturbação, reprocessar.

[“Quero que passe o vídeo enquanto faço o movimento bilateral. Me avise quando terminar.”]

Se a passagem do vídeo não for acompanhada de perturbação:

[“Quero que você passe esse vídeo futuro, mas desta vez com alguma perturbação. Algo em torno de 1 ou 2 em uma escala de 0 a 10. Quando terminar o vídeo, basta fechar os olhos ou avisar.”]

Caso SUDS permaneça em zero, tentar o equivalente às fases 5 e 6::

- [“Quero que você passe novamente o vídeo, associado desta vez com a frase positiva que você já escolheu. Observe o que acontece”]
- [“Agora feche os olhos, passe o vídeo associado à frase positiva e mentalmente examine seu corpo. Observe se identifica alguma perturbação”]

Seguir para o próximo alvo do Plano de Tratamento.

ANEXO 5 - ESCALA DE SONOLÊNCIA EPWORTH (ESE)

Classificar as situações associadas à sonolência:

Sentar e ler

- Nenhuma chance de cochilar (0 ponto)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

Assistir à TV

- Nenhuma chance de cochilar (0 ponto)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

Ficar sentado, sem fazer nada, em um local público

- Nenhuma chance de cochilar (0 ponto)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

Ficar sentado, por uma hora, como passageiro em um carro

- Nenhuma chance de cochilar (0 ponto)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

Deitar à tarde para descansar

- Nenhuma chance de cochilar (0 ponto)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

Sentar e conversar com outra pessoa

- Nenhuma chance de cochilar (0 ponto)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

Sentar, em silêncio, depois do almoço (sem ingestão de álcool)

- Nenhuma chance de cochilar (0 ponto)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

Sentado em um carro, parado por alguns minutos por causa de trânsito

- Nenhuma chance de cochilar (0 ponto)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

| |
|---|
| 1 - 6 pontos: Sono normal |
| 7 - 8 pontos: Média de sonolência |
| 9 - 24 pontos: Sonolência anormal (possivelmente patológica) |

ANEXO 6 - ESCALA MODIFICADA DO IMPACTO DA FADIGA (MFIS)

Adaptada pela Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNESP

Orientações: A fadiga é uma sensação de cansaço físico e falta de energia que muitas pessoas sofrem de tempos em tempos. Pessoas que têm Esclerose Múltipla experimentam sensações mais fortes e mais frequentes de fadiga. A lista abaixo apresenta itens que descrevem os efeitos da fadiga. Por favor, leia cada item cuidadosamente, então circule um número que melhor indique qual a frequência desses eventos que ocorreram durante as quatro últimas semanas (se você precisar de ajuda para marcar suas respostas, fale com o seu terapeuta). Por causa da minha fadiga nas quatro últimas semanas:

1. Eu tenho estado menos atento(a).
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
2. Eu tenho tido dificuldades de prestar atenção por longos períodos.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
3. Eu tenho sido incapaz de pensar claramente.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
4. Eu tenho sido desajeitado e descoordenado.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
5. Eu tenho estado esquecido.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
6. Eu tenho tido que me adequar nas minhas atividades físicas.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
7. Eu tenho estado menos motivado para fazer qualquer coisa que requer esforço físico.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
8. Eu tenho estado menos motivado para participar de atividades sociais.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
9. Eu tenho estado limitado nas minhas habilidades para fazer coisas fora de casa.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
10. Eu tenho dificuldades em manter esforço físico por longos períodos
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
11. Eu tenho tido dificuldades em tomar decisões.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
12. Eu tenho estado menos motivado para fazer algo que requer pensar.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
13. Meus músculos têm sentido fraqueza.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
14. Eu tenho estado fisicamente desconfortável.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
15. Eu tenho tido dificuldades em terminar tarefas que requerem esforço para pensar.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
16. Eu tenho tido dificuldades em organizar meus pensamentos quando estou fazendo coisas em casa ou no trabalho.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
17. Eu tenho estado menos capaz de completar tarefas que requerem esforço físico.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre
18. Meu pensamento tem estado mais lento.
() 0 Nunca () 1 Raro () 2 Poucas vezes () 3 Muitas vezes () 4 Sempre

19. Eu tenho tido dificuldades de concentração.

0 Nunca 1 Raro 2 Poucas vezes 3 Muitas vezes 4 Sempre

20. Eu tenho limitação nas minhas atividades físicas.

0 Nunca 1 Raro 2 Poucas vezes 3 Muitas vezes 4 Sempre

21. Eu tenho precisado descansar com mais frequência ou por longos períodos.

0 Nunca 1 Raro 2 Poucas vezes 3 Muitas vezes 4 Sempre

Considerações: O formato das respostas permite escores de 0 a 4 para cada item. O domínio físico permite escores de 0 a 36, o cognitivo de 0 a 40 e o psicossocial de 0 a 8. O escore total da MFIS é dado pela soma dos três domínios e varia de 0 a 84 pontos. Valores abaixo de 38 correspondem à ausência de fadiga e acima desse valor, quanto maior o escore, maior o grau de fadiga do indivíduo.

ANEXO 7 - QUESTIONÁRIO DE LEVANTAMENTO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – QLSAD

Segundo os critérios diagnósticos DSM V (American Psychiatric Association, 2014)*

Este questionário tem como objetivo fazer o levantamento do seu estado emocional, quanto à ansiedade e depressão, para verificar se esses fatores podem interferir no processo de tratamento da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, podendo estar associado às causas ou consequências na dificuldade de adaptação ao uso do CPAP.

Lembrando que esses dados são sigilosos, pedimos que responda às questões de forma mais honesta possível. O objetivo não é fechar um diagnóstico, mas apenas fazer o levantamento de sintomas.

Nome Completo:

Data de Nascimento:

SINTOMAS DE ANSIEDADE

Considere os últimos seis meses para responder às perguntas.

- 1) Você tem tido ansiedade e preocupação excessivas, na maioria dos dias, por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (ex.: estudo, trabalho, saúde...)?
 Sim Não
- 2) Você tem tido dificuldade em controlar as suas preocupações?
 Sim Não
- 3) Marque os sintomas que você tem sentido, na maioria dos dias, nos últimos seis meses:
 Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.
 Fatigabilidade (muito cansaço).
 Dificuldade de se concentrar ou sensação de “branco” na mente.
 Irritabilidade.
 Tensão muscular.
 Perturbação do sono (sono inquieto, além da apneia).
- 4) A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos estão lhe causando sofrimento a ponto de prejudicar seu funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da sua vida?
 Sim Não

- 5) Essas perturbações podem estar sendo causadas por efeitos de algum medicamento, substância ou uso de álcool?
 Sim Não
- 6) Você foi diagnosticado com algum outro quadro psicológico? Se sim, qual?
 Sim - Qual(is)?
-
- Não
- 7) Marque os sintomas que, nos últimos seis meses, você apresentou mais de uma vez:
- Palpitação, coração acelerado, taquicardia.
 Sudorese.
 Tremores.
 Sensação de falta de ar ou sufocamento ao usar o CPAP.
 Sensação de falta de ar ou sufocamento durante a vigília.
 Sensações de asfixia durante a vigília.
 Dor ou desconforto torácico.
 Náusea ou desconforto abdominal.
 Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.
 Calafrios ou ondas de calor.
 Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento).
 Desrealização (sensações de irrealidades) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo).
 Medo de perder o controle ou “enlouquecer”.
 Medo de morrer.

SINTOMAS DE DEPRESSÃO

Considere o período mínimo das duas últimas semanas para todas as perguntas.

- 1) Você se sente com humor deprimido, entristecido, na maior parte do dia, quase todos os dias?
 Sim Não
- 2) Você tem tido sentimento de vazio ou com falta de esperança?
 Sim Não
- 3) Recebeu algum comentário de outra pessoa que o(a) acha entristecido e mais desanimado?
 Sim Não
- 4) Houve diminuição de interesse ou nas atividades na maior parte do dia ou quase todos os dias?
 Sim Não

- 5) Você vem ganhando ou perdendo peso, sem estar fazendo alguma dieta específica?
() Sim () Não
- 6) Seu apetite aumentou ou diminuiu na maioria dos dias?
() Sim () Não
- 7) Você tem tido insônia quase todos os dias?
() Sim () Não
- 8) Sua insônia é causada apenas pela apneia?
() Sim () Não
- 9) Você tem dormido mais que o normal (mais de 8h)?
() Sim () Não
- 10) Você tem se sentido agitado(a)?
() Sim () Não
- 11) Você tem se sentido mais lento(a) na realização das coisas?
() Sim () Não
- 12) Você tem se sentido cansado(a) ou com perda de energia quase todos os dias?
() Sim () Não
- 13) Você tem se sentido inútil quase todos os dias?
() Sim () Não
- 14) Você se sente culpado na maioria do tempo?
() Sim () Não
- 15) Seu pensamento está mais lento?
() Sim () Não
- 16) Tem tido dificuldade em se concentrar na maioria das vezes?
() Sim () Não
- 17) Tem estado mais indeciso(a) que o seu normal?
() Sim () Não
- 18) Passam em sua mente, de forma frequente, pensamentos de morte?
() Sim () Não
- 19) Você tem tido desejo de morrer?
() Sim () Não
- 20) Você vem pensando em alguma forma de acabar com a própria vida?
() Sim () Não
- 21) Você já planejou uma forma de acabar com a própria vida? Se sim, quando?
() Sim () Não
- 22) Você já atentou contra a própria vida? Se sim, quando?
() Sim () Não

OUTRAS INFORMAÇÕES

- 1) Você teve alguma perda significativa nos últimos dois anos?
() Sim () Não
- 2) Você está tomando algum medicamento antidepressivo ou ansiolítico?
() Sim. Qual e há quanto tempo? _____
() Não
- 3) Você ficou angustiado ao responder este questionário?
() Sim () Não

INTERFERÊNCIAS EMOCIONAIS DECORRENTES DA PANDEMIA DA COVID-19

Considerando todo este período de pandemia que estamos vivendo, quais destes sintomas você percebe que foram causados ou intensificados pelos fatores de risco, isolamento, experiências de perdas ou risco de perdas e aspectos socioeconômicos desse contexto:

1. Falta de ar
2. Inquietação
3. Palpitação
4. Sudorese
5. Problemas no sono (além da apneia)
6. Irritabilidade
7. Tristeza profunda
8. Falta de esperança
9. Desânimo
10. Fadiga

Você se considera adaptado(a) à nova rotina pós-pandemia?

Sim

Não

*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO - QLSAD

Segundo os critérios diagnósticos DSM V

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Critérios para análise dos sintomas

Este questionário tem como objetivo fazer o levantamento do estado emocional do participante quanto à ansiedade e depressão.

ANSIEDADE

1. Análise quantitativa

| QUESTÃO | PONTUAÇÃO | |
|----------|----------------|---------------|
| | SIM | NÃO |
| 1 | 1 | 0 |
| 2 | 1 | 0 |
| 3 | (>3 itens) = 1 | (<3 itens)= 0 |
| 4 | 1 | 0 |
| 5 | 0* | 1 |
| 6 | 0* | 1 |
| 7 | (>4 itens) = 1 | (<3 itens)= 0 |

* Registrar as respostas descritivas, no caso de a resposta objetiva ser negativa.

2. Análise qualitativa, segundo o DSM V

| QUESTÃO | Resposta/ Condição | INTERPRETAÇÃO | |
|----------|-----------------------|---|---|
| 1 | Sim | Conjunto de sintomas que configuram quadro de ansiedade grave sem características de episódios de pânico. | Conjunto de sintomas que configuram quadro de ansiedade grave sem características de episódios de pânico. |
| 2 | Sim | | |
| 3 | 3 ou mais sintomas | Conjunto de sintomas que configuram quadro de ansiedade grave com características de episódios de pânico. | Conjunto de sintomas que configuram quadro de pânico. |
| 4 | Sim | | |
| 5 | Não | Conjunto de sintomas que configuram quadro de pânico. | |
| 6 | Não | | |
| 7 | 4 ou mais sintomas | | |

DEPRESSÃO

1. Análise quantitativa

| Aspecto | Questões | Pontuação | | Presença do sintoma |
|----------------------------|----------|-----------|-----|---------------------|
| | | Sim | Não | |
| Rebaixamento de humor | 1 | 1 | 0 | A |
| | 2 | 1 | 0 | |
| | 3 | 1 | 0 | |
| Perda de Interesse /Prazer | 4 | 1 | 0 | B |
| Comportamento alimentar | 5 | 1 | 0 | 1 |
| | 6 | 1 | 0 | |
| Sono | 7 | 1 | 0 | 1 |
| | 8 | 1 | 0 | |
| | 9 | 1 | 0 | |
| Psicomotor | 10 | 1 | 0 | 1 |
| | 11 | 1 | 0 | |
| Energia | 12 | 1 | 0 | 1 |
| Inutilidade ou culpa | 13 | 1 | 0 | 1 |
| | 14 | 1 | 0 | |
| Cognição | 15 | 1 | 0 | 1 |
| | 16 | 1 | 0 | |
| | 17 | 1 | 0 | |
| Ideação Suicida | 18 | 1 | 0 | 1 (C) |
| | 19 | 1 | 0 | |
| | 20 | 1 | 0 | |
| | 21 | 1 | 0 | |
| | 22 | 1 | 0 | |

2. Análise qualitativa, segundo o DSM V

| Presença do sintoma | Interpretação |
|----------------------------------|---|
| A + 4 sintomas | Quadro de depressão, segundo o DSM V. |
| B + 4 sintomas | |
| A + B + 3 sintomas | |
| C | Avaliar necessidade de encaminhamento ao psiquiatra. |
| 5 sintomas com ausência de A e B | Importante alteração da qualidade de vida com risco de depressão. |

OUTRAS INFORMAÇÕES

| Situação | Conduta durante a pesquisa |
|----------------------------------|--|
| 1. Situação de luto | Estar atento à sensibilidade emocional. |
| 2. Em caso de uso de medicamento | Considerar os sintomas amenizados por fatores químicos. |
| 3. Reação ao questionário | Entrar em contato imediato com o(a) participante para intervenção clínica. |

INTERFERÊNCIAS EMOCIONAIS DECORRENTES DA PANDEMIA DA COVID-19

| Sintomas | Diagnóstico diferencial |
|---------------------------|---|
| 1 a 5 – Ansiedade | A presença desses sintomas e não adaptação à rotina são fatores relevantes para identificação da etiologia do quadro e encaminhamento dos casos que se fizerem necessários. |
| 6 a 10 - Depressão | |
| Adaptação à rotina | |

ANEXO 8

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeitos do EMDR online na adesão ao tratamento da Apneia com CPAP

Pesquisador: Kátia Estevão Rodrigues da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37148420.0.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.402.325

Apresentação do Projeto:

Inalterada em relação ao parecer consubstanciado nº 4.308.445 emitido pelo CEP/CHS no dia 29 de setembro de 2020.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado em relação ao parecer consubstanciado nº 4.308.445 emitido pelo CEP/CHS no dia 29 de setembro de 2020.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Alterada em relação ao parecer consubstanciado nº 4.308.445 emitido pelo CEP/CHS no dia 29 de setembro de 2020. Ver o item "Conclusões".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterados em relação ao parecer consubstanciado nº 4.308.445 emitido pelo CEP/CHS no dia 29 de setembro de 2020.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inalteradas em relação ao parecer consubstanciado nº 4.308.445 emitido pelo CEP/CHS no dia 29 de setembro de 2020.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando as pendências apresentadas na primeira versão do projeto e as respostas da pesquisadora, concluiu-se o seguinte:

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

**UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 4.402.325

- 1) O TCLE foi ajustado, com a inclusão das informações faltantes sobre os possíveis danos aos participantes, as providências a serem tomadas e a forma de acompanhamento e assistência que serão oferecidos;
- 2) O TCLE foi atualizado com base nas resoluções em vigor sobre os aspectos éticos em pesquisa com seres humanos;
- 3) Os riscos adicionais de pesquisa foram tratados na Carta de Revisão Ética encaminhada. Foram incluídas as estratégias de Assistência Integral e Assistência Imediata, bem como as precauções necessárias para diminuir o risco de contágio pelo novo coronavírus durante as sessões;
- 4) Os nomes e os currículos dos profissionais que vão realizar as intervenções das sessões com EMDR foram apresentados de forma satisfatória;
- 5) De acordo com a nova Carta de Revisão Ética, o recrutamento por meio de clínicas foi cancelado, o que exclui a necessidade de Aceite Institucional;
- 6) De acordo com a nova Carta de Revisão Ética, foi esclarecido que não haverá gravação de áudio ou imagem nesta pesquisa.

Este projeto foi aprovado pelo CEP/CHS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1606567.pdf | 23/10/2020 15:36:35 | | Aceito |
| Outros | curriculolattescoorientadora.pdf | 15/10/2020 09:26:23 | Kátia Estevão Rodrigues da Silva | Aceito |
| Outros | curriculoslattespesquisadoresequipe.docx | 15/10/2020 09:23:29 | Kátia Estevão Rodrigues da Silva | Aceito |
| Outros | cartadeencaminhamentoout.doc | 15/10/2020 08:26:21 | Kátia Estevão Rodrigues da Silva | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEcorigidoout.docx | 15/10/2020 08:25:04 | Kátia Estevão Rodrigues da Silva | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA2308.docx | 24/08/2020 21:52:38 | Kátia Estevão Rodrigues da Silva | Aceito |
| Outros | Curriculo.docx | 23/08/2020 10:33:39 | Kátia Estevão Rodrigues da Silva | Aceito |
| Outros | curriculolatteswania.docx | 20/08/2020 20:55:37 | Kátia Estevão Rodrigues da Silva | Aceito |
| Outros | revisaoetica.docx | 20/08/2020 | Kátia Estevão | Aceito |

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 4.402.325

| | | | | |
|--|---|------------------------|-------------------------------------|--------|
| Outros | revisaoetica.docx | 20:44:34 | Rodrigues da Silva | Aceito |
| Outros | Instrumentosparacoletadedados.docx | 20/08/2020 20:43:20 | Kátia Estevão Rodrigues da Silva | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | JustificativaAceiteInstitucional.docx | 20/08/2020 20:38:31 | Kátia Estevão Rodrigues da Silva | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderostoassinada.pdf | 04/08/2020 20:44:46 | Kátia Estevão Rodrigues da Silva | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoparacomitedeeticaKatiaEstevaoR daSilva.docx | 04/08/2020 10:35:50 | Kátia Estevão Rodrigues da Silva | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 16 de Novembro de 2020

Assinado por:
Érica Quinaglia Silva
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br