

RENATA LIMONGI FRANÇA COELHO SILVA
LUDIMILA VANGELISTA CARNEIRO
VERÔNICA BORGES DE AVELAR
(ORGANIZADORAS)

SÉRIE PASSOS ACADÊMICOS: PERSPECTIVAS EM PSICOLOGIA

PSICOLOGIA

ATUAÇÕES EM DEBATE

VOLUME 1



Editora Golden

APOIO:



FAPEG
Fundação de Amparo à Pesquisa
do Estado de Goiás



ISC
INSTITUTO INTEGRADO DE
SAÚDE E COMPORTAMENTO



Editora Golden

Prof. Dr. André Vasconcelos da Silva (UFG – Catalão)

Diretor Editorial

Presidente do Conselho Editorial

Prof. Esp. José Eduardo Machado Barroso (Catalão)

Diretor Administrativo

Profa. Dra. Renata Limongi França Coelho Silva (Catalão)

Presidente da Editora

CONSELHO EDITORIAL

Profa. Ms. Carla Mendonça de Souza (IFNMG)

Prof. Dr. Emerson Gervásio de Almeida (UFG – Catalão)

Prof. Dr. Lacordaire Kemel Pimenta Cury (IF Goiano)

Profa. Ms. Marcela Cabral Mendes Barroso (UNA – Catalão)

Prof. Dr. Marcos Bueno (UFG – Catalão)

Profa. Ms. Mariana Pirkel Tsukahara (IF Goiano)

Prof. Ms. Neuberther Fernandes Nunes (UFG – Catalão)

Prof. Dr. Serigne Ababacar Cisse Ba (UFG – Catalão)

RENATA LIMONGI FRANÇA COELHO SILVA
LUDIMILA VANGELISTA CARNEIRO
VERÔNICA BORGES DE AVELAR
(ORGANIZADORAS)

PSICOLOGIA

ATUAÇÕES EM DEBATE

SÉRIE PASSOS ACADÊMICOS: PERSPECTIVAS EM PSICOLOGIA

VOLUME I

Catalão-GO
EDITORA GOLDEN
2019



Editora Golden

OS AUTORES responsabilizam-se inteiramente pela originalidade e integridade do conteúdo da sua OBRA, bem como isenta a EDITORA de qualquer obrigação judicial decorrente da violação de direitos autorais ou direitos de imagem nela contidas, que declara, sob as penas da Lei, ser de sua única e exclusiva autoria.

PSICOLOGIA, ATUAÇÕES EM DEBATE

Série passos acadêmicos: perspectivas em psicologia - V. I

Copyright © 2019 Renata Limongi França Coelho Silva, Ludimila Vangelista Carneiro, Verônica Borges de Avelar (orgs.)

Todos os direitos são reservados no Brasil.

Editora Golden

Endereço: Rua Domingos Rodrigues Borges, nº 265, Alto da Boa Vista II, CEP 75713-265, Catalão – GO – CNPJ: 32.183.826/0001-20

Contatos:

editoragoldenl@gmail.com
(64) 98146-0011

Diagramação: Marcos Dígues

marcos@dignesdiagramacao.com.br

Nenhuma parte desta publicação pode ser utilizada ou reproduzida em qualquer meio ou forma, seja mecânico, fotocópia, gravação, nem apropriada ou estocada em banco de dados sem a expressa autorização do autor.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P974

Psicologia : atuações em debate [livro eletrônico] /

Organizadoras Renata Limongi França Coelho Silva,
Ludimila Vangelista Carneiro e Verônica Borges de Avela. –

I. ed. – Catalão [GO] : Editora Golden, 2019.

324 p. : PDF. – (Série passos acadêmicos : perspectivas em psicologia ; v. I)

Inclui referências bibliográficas

ISBN:978-65-80189-03-8

I. Psicologia. I. Silva, Renata Limongi França Coelho (org.). II. Carneiro, Ludimila Vangelista (org.). III. Avela, Verônica Borges de (org.).

CDU 159.9

Índice para catálogo sistemático

I. Psicologia..... 159.9

DEDICATÓRIA

Dedicamos esse livro aos Prof. Paulo
Antônio Lima e Maria Elionora Scalia.

SUMÁRIO

11 SOBRE OS ORGANIZADORES

13 SOBRE OS AUTORES

19 APRESENTAÇÃO

21 ESTUDO DOS ÍNDICES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A
MULHER NA CIDADE DE CATALÃO, GOIÁS

Sandra Pereira de Souza

Renata Limongi França Coelho Silva

45 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, UMA ANÁLISE SOBRE AS REGRAS
DESCRIPTIVAS

Ludimila Vangelista Carneiro

Renata Limongi França Coelho Silva

69 A AUTOMUTILAÇÃO E OS CONFLITOS DA ADOLESCÊNCIA: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA

Rafaela Moreira Costa

Michelly De Melo Alves

91 A RELAÇÃO DO CIÚME NA VIOLÊNCIA CONJUGAL CONTRA A MULHER

Jéssica Souza Oliveira

Isadora Oliveira Rocha

113 O PROCESSO DE ESCOLHA PROFISSIONAL E A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS: UM ESTUDO Á LUZ DE PERSPECTIVAS CRÍTICAS EM PSICOLOGIA

Isadora Oliveira Rocha

Janaína Cassiano Silva

133 IMPACTOS DO *BULLYING* ESCOLAR E CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Andressa Ferreira Nunes

Camilla Carneiro Silva Queija

159 MANEJO CLÍNICO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO DE LITERATURA

Tannara Guilherme Mendes Ribeiro

177 A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: um estudo de caso

Geziel Alves de França

Camilla Carneiro Silva Queija

201 TRANSTORNO DE ANSIEDADES SOCIAL/FOBIA SOCIAL: contexto falar em público em universitários

Maria Consuelo Alves

Camilla Carneiro Silva Queija

- 225 ANSIEDADE INFANTIL: um ensaio teórico sobre o uso das técnicas da terapia cognitivo- comportamental**
Mariana Dayse Paulina Buck
Nayara Cecília Lourenço
- 247 OS EFEITOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE DEPENDENTE: um caso clínico**
Francielle Vaz do Nascimento
Nayara Cecília Lourenço
- 267 A ESCUTA PSICOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DO PACIENTE RENAL CRÔNICO**
Luana Rosa de Oliveira
Fernanda Leão Mesquita
- 297 Gestão de Pessoas e motivação: uma introdução**
Juliana Helmara Pinto Carvalho de Abreu
- 311 COMPORTAMENTO NO TRÂNSITO: QUANDO O MEDO E A FOBIA SE TORNAM IMPEDITIVO PARA O SUJEITO DE DIRIGIR**
Fernanda Leão Mesquita

SOBRE OS ORGANIZADORES

RENATA LIMONGI FRANÇA COELHO SILVA. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás (2003), especialização em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás (2006), graduação em Pedagogia pela PUC Goiás (2008), mestrado em Psicologia pela PUC Goiás (2009) e doutorado em Psicologia pela PUC Goiás (2019), com bolsa FAPEG. Atualmente atua como Psicóloga Clínica, docente e consultora educacional, criando e implementando o curso de Psicologia na Faculdade CESUC (2012-2019). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Clínica e Psicologia Jurídica, realizando trabalhos envolvendo autismo, processo terapêutico, orientação profissional e violência. renatalimongipsi@gmail.com

LUDIMILA VANGELISTA CARNEIRO. Psicóloga, formada pelo Centro de Ensino Superior de Catalão, CESUC. Pós Graduada em Terapia Cognitivo Comportamental pelo instituto Capacitar - UNIFIA em Uberlândia MG. ludimilacarneiropsicologa@gmail.com

VERÔNICA BORGES DE AVELAR. Graduada em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Catalão, Goiás.

SOBRE OS AUTORES

Andressa Ferreira Nunes. Psicóloga, formada pelo Centro de Ensino Superior de Catalão, Goiás, CESUC. Andressanunes0408@gmail.com

Camilla Carneiro Silva Queija. Mestrado em Gestão Organizacional pela Universidade Federal de Goiás. Pós-graduação em Terapia Psicológica na abordagem Comportamental Cognitiva pela Universidade Federal de Uberlândia- MG, Especialização MBA em Gestão de Recursos Humanos e graduação em Psicologia pelo Centro Universitário de Brasília (2011). Experiência na área de Psicologia Organizacional, com ênfase em Diagnóstico Organizacional, Seleção de Pessoal, Treinamento e Avaliação de Desempenho, formação em Business Partner. Experiência em Docência Superior no curso de Psicologia, nas disciplinas de Psicologia Experimental, Psicologia das Organizações e do Trabalho, Fundamentos do Behaviorismo, Diagnóstico Institucional e Psicoterapia, Fundamentos da Gestalt e Curso de Administração com a disciplina de Psicologia. Experiência em atendimento psicoterapêutico, avaliação psicológica e consultoria de Recursos Humanos. camillacsq@gmail.com

Fernanda Mesquita Leão. Mestre em Gestão Organizacional (UFG), especialista em psicologia do trânsito, possui especialização em

MBA de Gestão de Recursos Humanos pelo Centro de Ensino Superior de Catalão (CESUC) e graduação em Psicologia pelo Centro Universitário do Triângulo (UNITRI), atualmente é professora das disciplinas de: Psicologia Ciência e Profissão, Psicometria I e II, Psicologia Hospitalar e Orientação Profissional e de Carreira, é supervisora do estágio básico IV e estágio supervisionado em Psicologia Hospitalar da Faculdade UNA, Experiência de 09 anos na área de Gestão de Pessoas com ênfase nos processos de Recrutamento e Seleção. Psicóloga perita examinadora de trânsito – Departamento Estadual de Trânsito (DENTRAN). fernandaleao_psico@hotmail.com

Francielle Vaz do Nascimento. Psicóloga, formada pelo Centro de Ensino Superior de Catalão, Goiás, CESUC. francielle_ctl@hotmail.com

Geziel Alves de França. Psicólogo, formado pelo Centro de Ensino Superior de Catalão, Goiás, CESUC. Pós Graduando em Terapia Cognitivo Comportamental pelo instituto Capacitar - UNIFIA em Uberlândia MG. sentinnela_gezielalves@hotmail.com

Isadora Oliveira Rocha. Mestra em Psicologia Clínica e Cultura, pelo Programa de Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília (UnB), 2017. É Psicóloga (Bacharelado e Licenciatura), formada na Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão (2014). Atualmente é Professora no curso de Psicologia no Centro de Ensino Superior de Catalão (CESUC - UNA), Catalão - Goiás.

Janaína Cassiano Silva Doutora em Educação (UFSCar- 2013). Mestre em Educação Escolar (Unesp/Araraquara- 2008). Graduada em Psicologia (Bacharelado, Licenciatura e Formação de Psicólogo) pela Universidade Federal de Uberlândia (2005). Professora Adjunta, DE, no curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás- Regional Catalão

e no Programa de Pós-Graduação em Educação - PPGEDUC - UFG/Regional Catalão. Membro da ABRAPEE (Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional), do Grupo de Pesquisa em História da Educação e Educação Infantil (UFSCar), do Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação Infantil e Teoria Histórico-Cultural (UNESP/Araraquara) e do Núcleo de Estudos e Pesquisas Infância e Educação- NEPIE (UFG/Regional Catalão). Os principais temas de atuação são: psicologia da educação, psicologia escolar e educacional, educação infantil, psicologia histórico-cultural e formação de professores.

Jéssica Souza Oliveira. Bacharela em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Catalão, CESUC. jessica_sousa96@hotmail.com

Juliana Helmara Pinto Carvalho de Abreu. Possui MBA em Gestão de Pessoas pela Faculdade Pitágoras, graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2006), com trajetória na área de gestão de pessoas atuando como professora na Escola Técnica de Formação Gerencial SEBRAE Nova Lima / MG (tendo como mantenedora a Associação Comercial, Industrial e de Serviços de Nova Lima) ; Consultora em diversos projetos de desenvolvimento profissional e de equipe; psicóloga do esporte junto às categorias de base do Villa Nova A.C.; e coordenadora e responsável pela criação e implementação de projetos sociais no âmbito público. julianahelmara@yahoo.com.br

Luana Rosa de Oliveira. Psicóloga, formada pelo Centro de Ensino Superior de Catalão, CESUC. luana.r.oliveira11@gmail.com

Ludimila Vangelista Carneiro. Psicóloga, formada pelo Centro de Ensino Superior de Catalão, CESUC. Pós Graduanda em Terapia Cognitivo Comportamental pelo instituto Capacitar - UNIFIA em Uberlândia MG. ludimilacarneiropsicologa@gmail.com

Maria Consuelo Alves. Bacharela em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Catalão, CESUC. Consuelita.ok@hotmail.com

Mariana Dayse Paulina Buck. Psicóloga, formada pelo Centro de Ensino Superior de Catalão, CESUC. marianabuck@hotmail.com

Michelly de Melo Alves. Graduada no curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - Campus Catalão (UFG/CAC). Foi enfermeira supervisora e presidente do núcleo de Segurança do Paciente no Hospital São Nicolau do município de Catalão-GO (2015). Especialista em Urgência e Emergência. Mestra em Gestão Organizacional pela Universidade Federal de Goiás - Campus Catalão. Atuou como professora substituta durante dois anos no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão. Atualmente é Docente na Faculdade de Ensino Superior de Catalão (CESUC) do município de Catalão-GO (ministra a disciplina de neuroanatomia; metodologia científica; psicofarmacologia e também já ministrou neurofisiologia); supervisora de enfermagem, coordenadora do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Saúde (NEPS) e presidente da CIPA do Hospital São Nicolau do município de Catalão-GO.

Nayara Cecília Lourenço. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás (2013). Atualmente é orientador da Faculdade UNA. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Recrutamento e Seleção de Pessoal. Atualmente atua como psicóloga Clínica na abordagem cognitivo-comportamental.

Rafaela Moreira Costa. Bacharela em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Catalão, CESUC rafaela_cst@hotmail.com

Renata Limongi França Coelho Silva. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás (2003), especialização em

Psicologia pela Universidade Católica de Goiás (2006), graduação em Pedagogia pela PUC Goiás (2008), mestrado em Psicologia pela PUC Goiás (2009) e doutorado em Psicologia pela PUC Goiás (2019), com bolsa FAPEG. Atualmente atua como Psicóloga Clínica, docente e consultora educacional, criando e implementando o curso de Psicologia na Faculdade CESUC (2012-2019). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Clínica e Psicologia Jurídica, realizando trabalhos envolvendo autismo, processo terapêutico, orientação profissional e violência. renatalimongipsi@gmail.com

Sandra Pereira de Souza. Psicóloga, formada pelo Centro de Ensino Superior de Catalão, CESUC. sandraarcoiris@hotmail.com

Tannara Guilherme Mendes Ribeiro. Bacharela em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás - Campus Catalão. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental. Especialista em Psicologia Hospitalar. Cursando MBA em Gestão de Pessoas por Competências, Indicadores e Coaching. Coordenadora de Gestão de Pessoas do Hospital São Nicolau. Docente do curso de Psicologia UNA Catalão.

APRESENTAÇÃO

Há alguns anos eu, fui convidada pelo Prof, Paulo Antônio Lima e pela Prof. Maria Elionora Scalia, para juntos construirmos o curso de Psicologia. Essa construção deveria ser baseada em um ensino de qualidade, envolvendo não só conteúdos imprescindíveis para o exercício profissional como atividades práticas capazes de possibilitar a inserção do aluno no mundo da Psicologia.

Um curso de 10 semestres em que a prática estava presente em todos os períodos, com experiências e possibilidades diversas, com foco no ser humano, na empatia e na possibilidade de tocar o outro em sua essência. Um curso que pudesse desmistificar a Psicologia, entrando em contato com a comunidade para mostrar quantas são as possibilidades de cuidar do outro.

Pensar a educação envolve uma grande responsabilidade, envolve pensar no profissional que queremos formar e inserir no mercado de trabalho. Não é uma tarefa fácil, mas em compensação fascinante quando nos colocamos em um lugar na qual o sonho do outro é compartilhado conosco.

Esse livro ocupa um espaço importante na minha história: é fruto de um ciclo de produções da primeira turma formada no curso de Psicologia do Cesuc, sob a minha coordenação; é fruto de um sonho realizado com um curso de graduação, o que só foi possível através de muita dedicação; além de algumas parcerias cuidadosas construídas ao longo desse processo.

As produções contidas aqui foram respaldadas por documentos de autorização de autores e pacientes (Termo de Consentimento Livre Esclarecido), sendo importante mencionar que os nomes adotados nos capítulos são fictícios, e sempre amparados pela ética.

Missão cumprida! Formei profissionais, não só através da graduação, mas para atuar na educação.

Dr. Renata Limongi França Coelho Silva.

ESTUDO DOS ÍNDICES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NA CIDADE DE CATALÃO, GOIÁS

Sandra Pereira de Souza
Renata Limongi França Coelho Silva

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo demonstrar os índices de violência contra a mulher registrada durante o período de novembro de 2017 a outubro de 2018 na Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher da cidade de Catalão, Goiás. Como metodologia de pesquisa foi utilizada uma tabela para registro de inquéritos contendo os dados gerais das vítimas e agressores, como idade, endereço, estado civil, entre outros, e a segunda parte relacionada aos dados do inquérito, como data da denúncia, tipo de violência sofrida, horário do fato e uso de substâncias psicoativas. Por meio dos dados levantados pode-se perceber que o maior índice de violência acontece com mulheres mais novas que moram juntamente com o homem agressor, sendo a violência psicológica a que mais se perpetua na relação advinda das ameaças e acusações por parte do agressor. Outro fator relevante é o uso de substâncias psicoativas pelo agressor, sendo a de maior fator o uso do álcool, que é um propulsor da agressão. Os dados desta pesquisa mostraram que, apesar da implantação de Delegacias Especiais da Mulher, a violência contra a mulher continua presente na realidade estudada e isso nos leva a refletir sobre a necessidade de abordar o tema nas escolas de bases e univer-

sidades no sentido de promover mudanças culturais que promovam a igualdade de gênero e possibilitem a resolução de conflitos sem o uso da agressão.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Vítima. Lei Maria da Penha.

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade muito se tem abordado sobre questões relacionadas à violência doméstica. Isso se deve ao fato de que, mesmo após a criação da Lei Maria da Penha, ainda se veem casos de mulheres que têm sido violentadas por seus companheiros, maridos e/ou namorados (WASELFISZ, 2012). Com isso, são necessários estudos que orientem, esclareçam e abranjam questões de violência, para que os indivíduos entendam como esta pode ser iniciada e perpetrada por toda a sociedade.

Krug (2002) relata que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso de força física ou poder, em ameaça, contra si própria, contra outra pessoa, ou a um grupo, que possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação, independentemente da forma, e esta pode causar inúmeras consequências e sequelas para a saúde da mulher, acarretando danos irreparáveis ou levando à morte.

Toda violência que ocorre no âmbito familiar é denominada violência doméstica, que, segundo Paulino (2016), é um comportamento violento de controle coercitivo sobre qualquer pessoa que vive no mesmo seio familiar, acarretando inúmeros malefícios à saúde, sendo ela de natureza física ou psicológica, deixando a vítima em constante medo.

No âmbito familiar, como violência doméstica nos deparamos com aquela perpetrada contra a mulher, acometida por parceiros íntimos, que podem ser do tipo sexual, físico, psicológico, entre outros.

Essa expressão foi cunhada pelos movimentos feministas há pouco mais de 20 anos (GROSSI, 1995).

Ao relatar sobre esses movimentos notamos que diversos deles têm utilizado recursos que garantem a diminuição e a não propagação da violência contra as mulheres, como os movimentos feministas no Brasil, que conceituam a violência de uma forma abrangente, intensa e complexa, que viola os direitos da mulher, afetando sua vida como um todo, independentemente da classe social, cultural ou econômica, considerada como um problema de saúde pública. Há tempos a sociedade preocupa-se em compreender a essência da violência, sua natureza e origens, a fim de atenuar, prevenir e eliminar este convívio social (GEBARA; LOURENÇO, 2008).

Para diminuição da violência contra a mulher foi criada a Lei Maria da Penha, de nº 11.340/2006, que define violência como qualquer ato violento por meio do uso da força, que lhe causa sofrimento, trauma, morte, dano moral ou patrimonial, desde que agressores e vítimas tenham laços naturais por afinidade, onde haja o convívio, independentemente de coabitação.

Na Lei nº 11.340/2006 (2006, p. 2) encontram-se descritos os tipos de violência que a mulher pode sofrer. Segundo o artigo 7º, são elas:

- I-violência física, percebida como formas de bater, espancar; empurrar, atirar objetos, morder, qualquer conduta que lhe cause dano à saúde física.
- II- violência psicológica, entendida como qualquer ato de controle, xingamento, humilhação, que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento que acarrete prejuízo à saúde psicológica da mulher.
- III- violência sexual, que é qualquer conduta que obrigue a mulher a ter, manter ou participar de relações sexuais não desejadas, entre outros fatores que abrangem a questão sexual, como, por exemplo, obrigá-la a engravidar ou abortar.

IV- violência patrimonial, sendo o ato de destruir, controlar, reter ou subtrair dinheiro ou objeto de que ela goste; causar danos materiais de propósito, destruição parcial ou total de seus objetos, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos.

V- **violência moral**, que são críticas mentirosas; inventar histórias, qualquer atitude que configure calúnia, difamação ou injúria.

A Lei 11.340/2006 foi criada em homenagem à farmacêutica cearense Maria da Penha Maia Fernandes, em 1983, vítima de duas tentativas de assassinato, ficando paraplégica em função da primeira agressão em 1983, quando foi atingida por um tiro enquanto dormia, ato praticado pelo então marido. Maria da Penha tornou-se símbolo de luta para prevenir, combater e erradicar a violência doméstica e familiar (DIAS, 2010).

Segundo Pasinato (2008), uma questão importante abordada na lei são as medidas previstas, que podem ser divididas em três eixos: o primeiro trata das medidas criminais, descrevendo que a violência configura crime; no segundo eixo encontram-se as medidas de proteção e de assistência com caráter de urgência para a mulher, aliadas a um conjunto de medidas que se voltam ao seu agressor; no terceiro eixo, estão as medidas de prevenção e de educação, como estratégias possíveis e necessárias para coibir a ocorrência da violência e da discriminação.

A vítima e seus dependentes em situação de violência têm garantido o acesso aos serviços de defensoria pública ou de assistência judiciária gratuita, centros de atendimento integral e multidisciplinar. Independentemente de sua classe social, etnia, credo religioso, elas poderão ser encaminhadas a casas de abrigos, programas e campanhas de enfrentamento à violência doméstica e familiar, preservando sua integridade (GROSSI et al., 2008).

A aprovação da Lei Maria da Penha teve grande repercussão na sociedade em diversos órgãos governamentais, inclusive nos meios de comunicação social, e programou medidas de assistência e proteção à mulher agredida, assegurando à vítima de violência doméstica o atendimento especializado, com um local específico para queixa, a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM).

A Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (2006) enfatiza que, por meio da criação das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), houve maior visibilidade da violência doméstica contra a mulher e um maior reconhecimento da sociedade contra esse fator problema, o que permitiu a institucionalização da política pública de prevenção, erradicação e enfrentamento da violência contra a mulher no Brasil.

1.1 Consequências da violência

O impacto da violência sofrida pela mulher em seus múltiplos eventos ao longo do tempo traz prejuízos enormes para a vida da vítima. As consequências negativas dessas agressões recorrentes atingem a saúde física, resultando em obesidade, síndrome de dor crônica, fibromialgia, marcas físicas irreparáveis, entre outras, afetando seu desempenho emocional, deixando sequelas graves em sua autoestima, e problemas mentais, como depressão, fobia, estresse pós-traumático, causando desesperança, podendo levá-la ao suicídio (ADEODATO et al., 2005).

Um fator alarmante e que causa preocupação mundial são as mortes ocasionadas por essa violência. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde - OMS (2013), estima-se que no Brasil ocorreram cinco feminicídios para cada grupo de 100 mil mulheres, que 35% das mulheres de todo o mundo já tenham sofrido qualquer tipo de violência física ou sexual praticada por parceiro íntimo ou violência sexual por um não parceiro em algum momento de suas vidas.

O Brasil é um dos cinco países do mundo onde a violência contra a mulher é maior, perdendo somente para El Salvador, Colômbia, Gua-

temala Rússia. A maioria das vítimas de violência doméstica são mulheres negras. O assassinato de mulheres negras aumentou (54%) enquanto o de brancas diminuiu (9,8%). De acordo com o *Dossiê Feminino* (2016), o mapa da violência em 2015 demonstra que, em média, uma mulher morre a cada duas horas, a maioria é morta em público.

Todos os aspectos são importantes para compreensão da violência e para o planejamento preventivo, um papel a ser desempenhado pelas autoridades e instituições, usando a educação e a informação como base.

2 MÉTODO

1.1. Descrição do campo de pesquisa

Para o levantamento de informações foram coletados os dados de 50 participantes que procuraram a Delegacia da Mulher (DEAM) na cidade de Catalão- GO, no período compreendido entre novembro de 2017 e outubro de 2018. Todas as participantes passaram por uma sessão de coleta de dados, que objetivou levantar informações necessárias para a organização da análise funcional da demanda.

2.2. Instrumento de coleta de dados

Como instrumento para coleta de dados foi utilizada uma tabela que foi empregada a fim de analisar os inquéritos da DEAM. Os itens da tabela foram divididos em duas etapas, a primeira constando questões pessoais, como nome, telefone, idade, profissão, escolaridade, endereço, religião, estado civil, se usa alguma substância psicoativa, se tem filhos e a quantidade.

Já a segunda etapa fornece dados referentes à denúncia, como, qual a denúncia realizada, a data em que a vítima compareceu à delegacia, o dia que ocorreu o fato, bem como local, hora, qual a duração do processo, que enfatiza o tempo desde que a vítima compareceu à delegacia até o momento de encaminhar o inquérito ao juiz. Se o processo foi arquivado, se está em andamento, se foi concluído, se houve o pedido

de medida protetiva ou a sua reincidência, qual a proximidade da vítima com o agressor.

Quadro 1- Instrumento utilizado para a pesquisa

RELAÇÃO DE PROCESSOS NA DEAM/DEPAI DESDE JANEIRO/2018 À OUTUBRO/2018

Denúncia:	
Duração do processo:	
Data da denúncia:	Data da ocorrência:
Local:	Horário:
Arquivado: () falta de dados () vítima retirou queixa	Em andamento () concluído ()
Medida protetiva:	Reincidência:
Proximidade (vítima com agressor)	
Outros:	
Vítima	Agressor
Nome:	
Telefone:	
Idade:	
Profissão:	
Escolaridade:	
Endereço:	
Religião:	
Estado civil:	
Usa alguma substância?	
Qual?	
Tem filhos?	
Quantos?	
Outros:	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

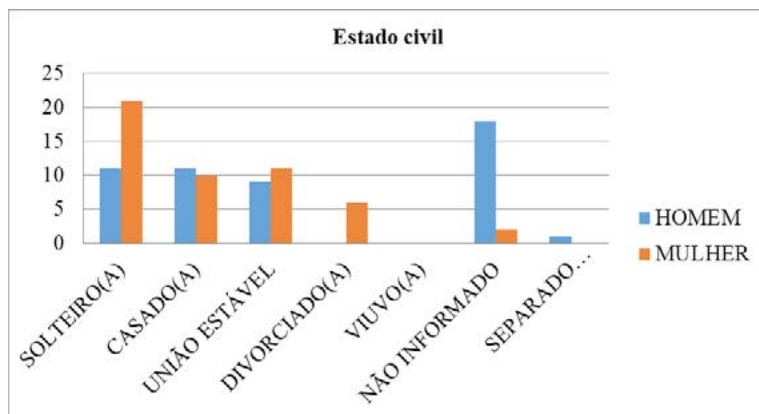
1.2. Procedimento de análise dos dados

Para análise dos dados foi criada uma planilha no Excel envolvendo todas as perguntas do instrumento de coleta e foram transferidas para o programa todas as respostas dos indivíduos. Logo após o preenchimento da planilha foram criados gráficos que analisam as diferenças respondentes de cada indivíduo e a partir disso os dados foram verificados e demonstrados na parte escrita como resultado deste trabalho.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

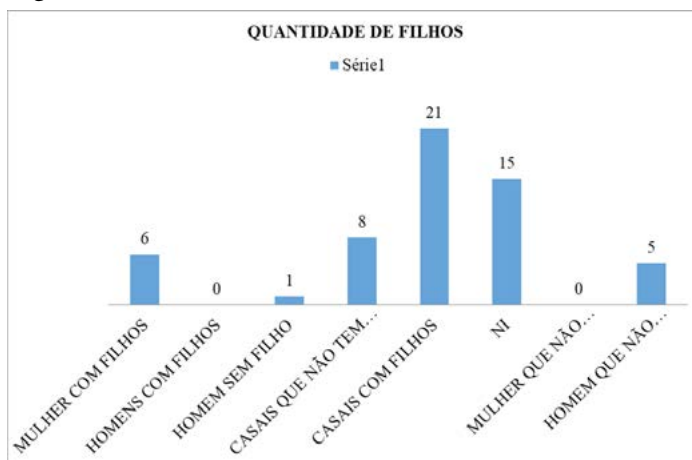
De acordo com a pesquisa realizada, foi anotado o total de 50 inquéritos de violência doméstica contra a mulher, registrados na Delegacia da Mulher na cidade de Catalão - GO, durante os últimos 12 meses de 2018. Observou-se que as taxas de idades de mulheres agredidas variam entre 16 e 55 anos, enquanto que as dos agressores variam entre 21 e 70 anos.

Por meio dos dados analisados pode-se observar que mulheres com idade de 23 anos, com estado civil solteira, mas que conviviam maritalmente, e de atividade profissional do lar, foram as que mais sofreram violência doméstica. O agressor era na maioria das vezes o marido/companheiro. Esta violência é fruto da desigualdade entre homens e mulheres e quando acontece no meio familiar é uma forma de coação que retira o direito à liberdade e pode causar danos psicológicos irreversíveis (BANDEIRA, 2014).

Figura 1 - Estado civil

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No que diz respeito ao estado civil dos homens, nos inquéritos analisados, 18% dos sujeitos não informaram, 11% são solteiros, 11% são casados, 11% afirmam estar em união estável, 6% são divorciados. Nesta pesquisa não constou nenhum viúvo.

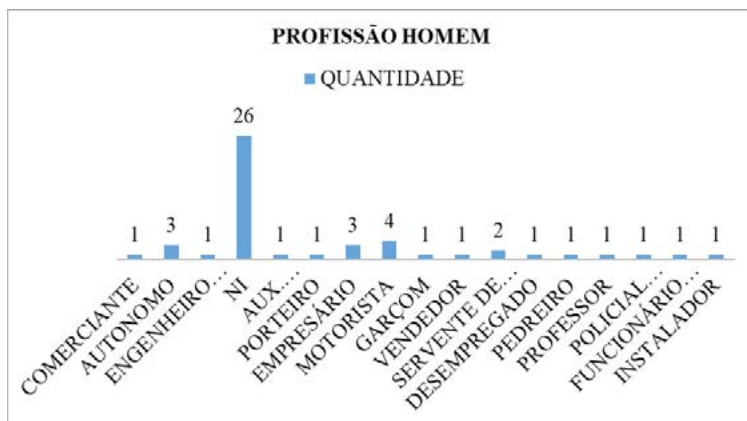
Figura 2 - Quantidade de filhos

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No que se refere aos quesitos proximidade do casal e filhos, eles possuem filhos da mesma relação ou não, o índice maior tem apenas um filho, os casais têm uma relação próxima de marido ou companheiro que estavam morando na mesma residência.

Barroso (2007) afirma que há mulheres, com filhos, que permanecem numa relação violenta, pois é a estratégia que encontram para sobreviver, como forma de proteção e de assegurar a sua segurança e a dos seus filhos, com esperança de que os comportamentos do agressor mudem.

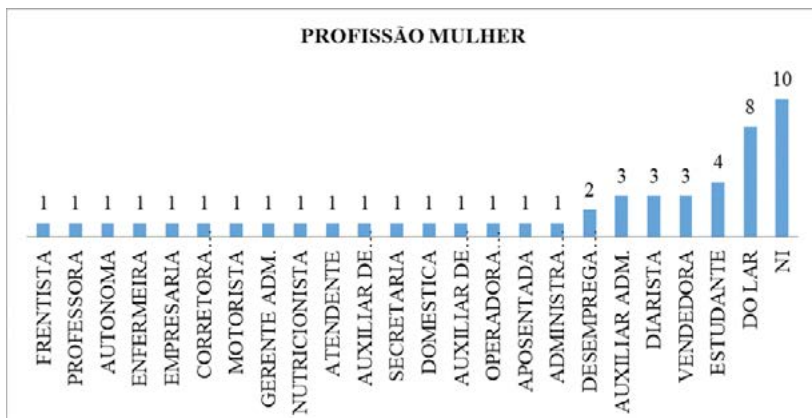
Gráfico 3 - Profissão do homem



Fonte: Elaborado pelas autoras.

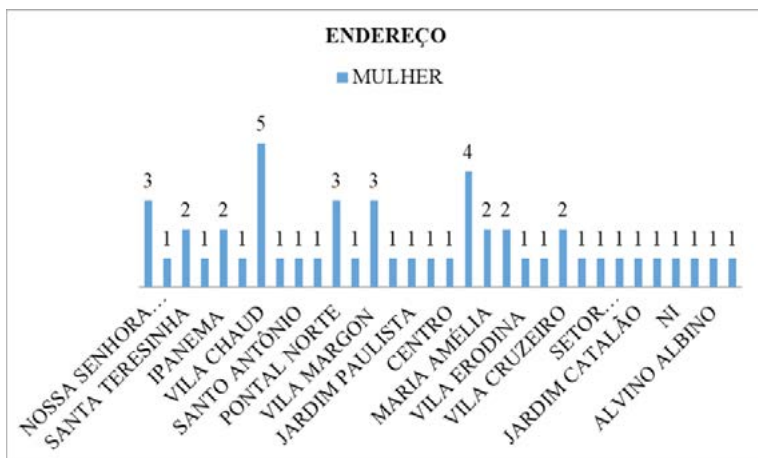
Quando analisado sobre o quesito escolaridade, 49 indivíduos não informaram qual o nível de estudos, e apenas um informou possuir ensino superior.

No gráfico 3 consta a verificação dos dados referentes à profissão do agressor, 26 sujeitos não tiveram a sua profissão informada, 4 trabalham como motoristas, 6 indivíduos atuam como autônomos e empresários, 2 são serventes de obras e os 11 restantes dos dados levantados são, por exemplo, comerciante, engenheiro, professor, porteiro, garçom, vendedor, pedreiro, policial militar, funcionário público, instalador, e um indivíduo afirmou estar desempregado.

Gráfico 4 - Profissão da mulher

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Sobre a profissão da mulher foi evidenciado que 10 delas não informaram sua profissão, 8 eram do lar, 4, estudantes, e o restante descreveu que sua profissão era vendedora, diarista, auxiliar administrativa, dentre outras profissões.

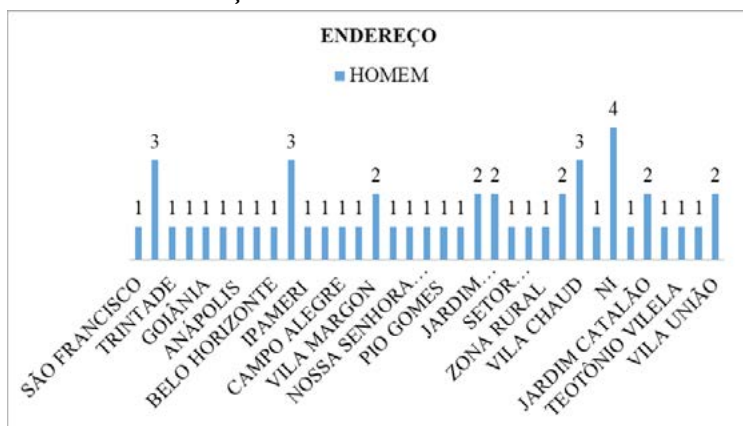
Gráfico 5 - Endereço das mulheres vítimas de violência

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Nos 50 dados coletados, percebe-se que o bairro Vila Chaud apresentou maior índice de moradia de mulheres agredidas; 5 efetuaram denúncias na DEAM de Catalão, ficando o bairro Maria Amélia em segundo lugar, com 4 mulheres, outros bairros, como Nossa Senhora, Santa Terezinha, Ipanema, Santo Antonio, Pontal Norte, Vila Margon, Jardim Paulista, Centro, Vila Erondina, Vila Cruzeiro, Setor Jardim Catalão e Alvino Albino apareceram nos dados com menor prevalência, revelando incidência baixa entre 2 e 1 casos denunciados.

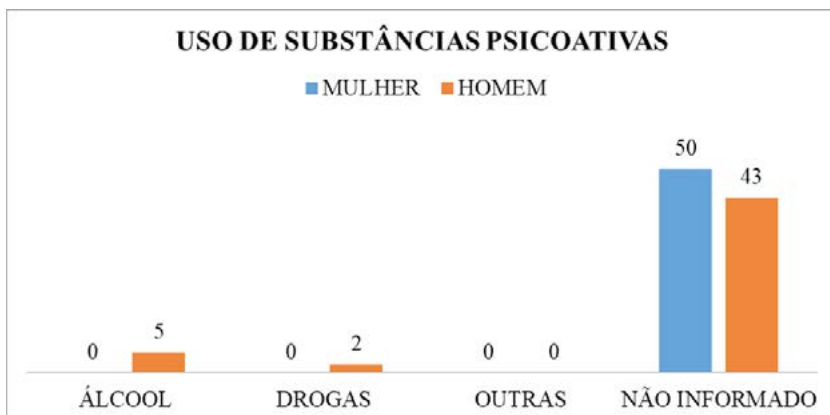
Em relação aos dados dos endereços dos homens agressores, não foram levantados com propriedade por falta de informações das mulheres que chegam para fazer a denúncia, elas relatam não saber onde está morando o agressor.

Gráfico 6 - Endereço dos homens



Fonte: Elaborado pelas autoras.

O gráfico 6 mostra os endereços onde moram os agressores denunciados na DEAM. Pode-se constatar que 4 endereços não foram informados, 9 apontam diversos bairros e cidades, como Vila Chaud, Trindade e cidade de Campo Alegre. Outros bairros e cidades foram citados, porém com baixa prevalência, em média de 2 a 1 ocorrências.

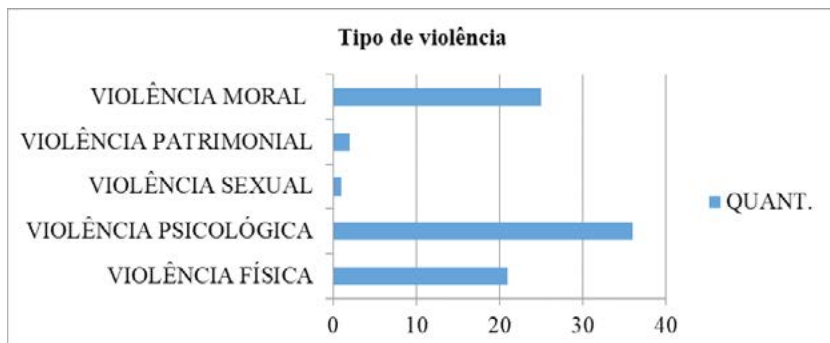
Gráfico 7 - Uso de substâncias psicoativas

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O gráfico 7 reflete sobre o uso de substâncias psicoativas, demonstrando que na maioria dos inquéritos as pessoas não informam que utilizaram alguma substância. Com relação aos dados obtidos, podemos perceber que alguns homens estavam sob efeito de álcool ou drogas. Hermann (2000) afirma que pode ser facilitador da violência o consumo excessivo dessas substâncias.

No entanto, segundo Costa e Duarte (2000), o agressor é avaliado por meio de várias características, como personalidade, eventual depressão, déficit de competências, pobreza, contexto cultural, estresse, história de vida e consumo excessivo de álcool ou drogas. Almeida (2009) afirma que o consumo de substâncias está envolvido em aproximadamente 92% dos casos de violência conjugal, pois o álcool é um facilitador e desinibidor deste comportamento.

Gráfico 8 - Tipo de violência



Fonte: Elaborado pelas autoras.

No gráfico 8 pode-se perceber que a violência psicológica na pesquisa realizada foi a de maior incidência, sendo a mais frequente, em que o agressor a ameaça diariamente, diminuindo-a no seu cotidiano, causando grandes impactos na mulher agredida, produzindo medo, culpa e impotência (BEZERRA; NETO, 2017).

A violência moral vem em segundo lugar. Bezerra e Neto (2014) a definem como difamações, injúrias contra a moral da agredida. A violência física tem também uma incidência considerável. Nela, o agressor faz uso da força física, chegando a causar dano físico, podendo deixar marcas ou não, resultando em lesões graves ou até mesmo a morte da vítima.

A violência patrimonial ocorreu com uma prevalência pequena. Esse tipo de violência implica dano, perda, subtração, destruição, ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores. Tal conduta é colocada em prática no intuito de deixar a vítima cada vez mais sob o controle e dependência do agressor (BEZERRA; NETO, 2014).

A violência sexual nos inquéritos teve a menor prevalência, porém é entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contracep-

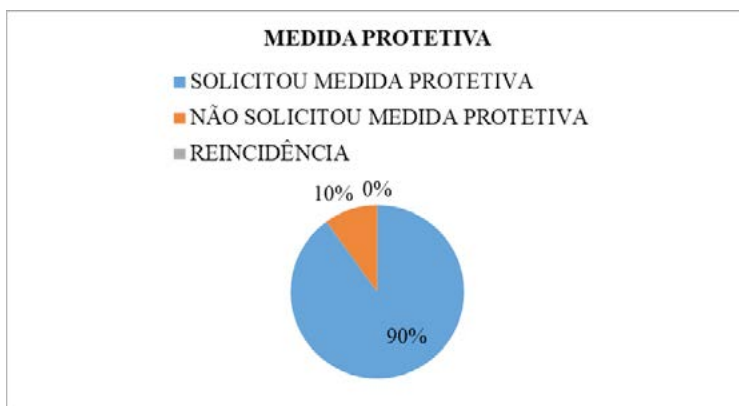
tivo ou que a force à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (ANDRADE; FONSECA, 2008).

Matos (2002) afirma que mulheres vítimas de violência podem desenvolver sintomas característicos do transtorno de estresse pós-traumático. Para Minayo (2005), a violência é um fenômeno biopsicossocial complexo e dinâmico que acompanha toda a história e as transformações da humanidade, em que o espaço de criação e o desenvolvimento é a vida em sociedade.

No entanto, a violência afeta a saúde ao provocar lesões e traumas físicos, agravos mentais e emocionais e diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades. Alguns estudos relatam não existir um perfil típico para a vítima, são geralmente envergonhadas; caladas; incapazes de reagir; conformadas; passivas; emocionalmente dependentes e deprimidas (CORREIA, 2013).

Barroso (2007) relata que muitas mulheres admitem arrependimento por terem apresentado queixa contra o agressor, elas sentem medo das constantes ameaças de morte que sofrem por parte deles. Segundo Paim (2006), um dos motivos que leva as mulheres a permanecerem numa relação violenta é o medo de morrer.

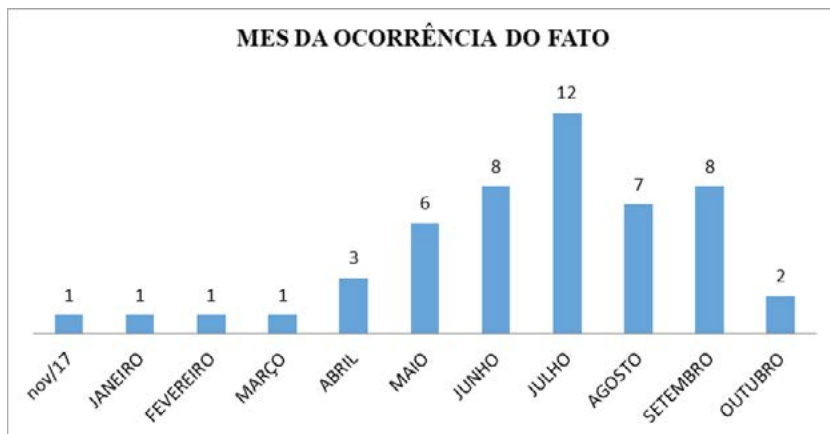
Gráfico 9 - Medida Protetiva



Fonte: Elaborado pelas autoras.

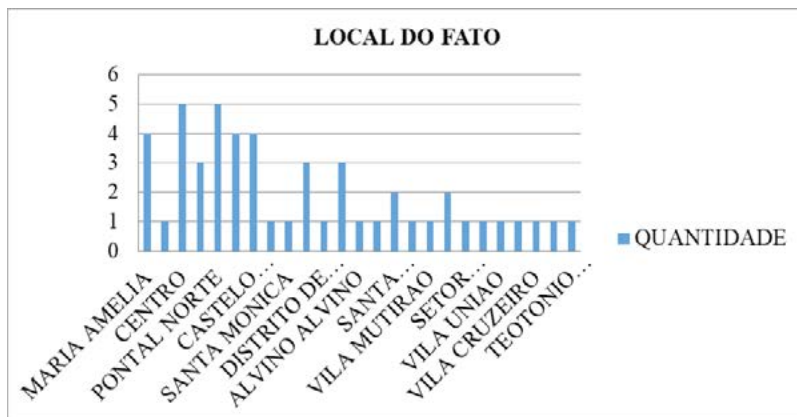
Pode-se perceber que em 90% dos casos as vítimas solicitaram medidas protetivas e em 10% não. A lei estabelece medidas protetivas de urgência ao agressor, como suspensão da posse ou restrição do porte de armas, afastamento do lar, domicílio ou local de convivência com a ofendida, restrição ou suspensão de visitas aos dependentes menores, prestação de alimentos provisionais ou provisórios, dentre outras (art. 22); e medidas protetivas de urgência à ofendida, como encaminhamento à programa oficial ou comunitário de proteção ou de atendimento, determinação da recondução da ofendida e de seus dependentes ao respectivo domicílio após o afastamento do agressor, separação de corpos, dentre outras (art. 23). Essas medidas em muito superam a tímida cautelar prevista no artigo 69, parágrafo único, da Lei nº 9.099/95.

Gráfico 10 - Mês da ocorrência do fato



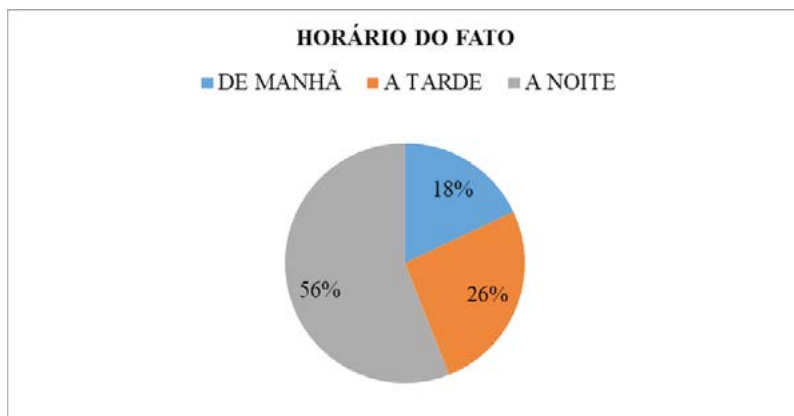
Fonte: Elaborado pelas autoras.

11 - Local do fato



Fonte: Elaborado pelas autoras.

12 - Horário do fato



Fonte: Elaborado pelas autoras.

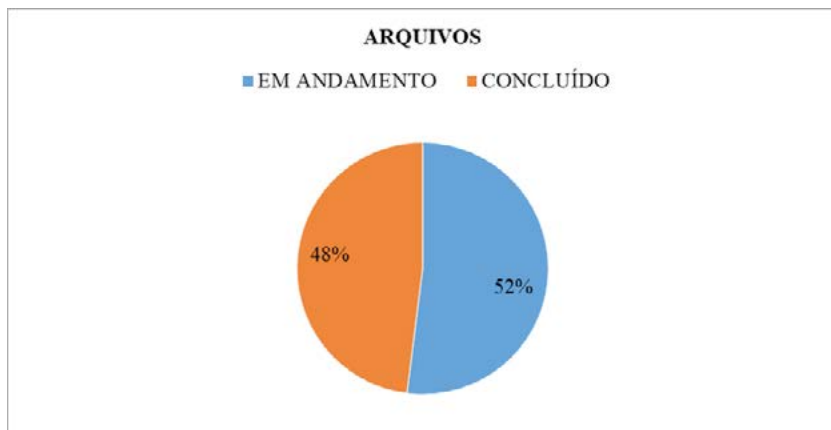
Nos gráficos 10, 11 e 12, respectivamente, pode-se notar que o mês de destaque de ocorrências do fato foi julho, com 12 ocorrências, os locais de maiores evidências foram o setor Pontal Norte e o setor Central, com 10 fatos praticados de violência contra a mulher, e que 56% das agressões acontecem no período noturno.

A concentração dos casos de violência se deu entre 18 e 24 horas. Esse dado permite entender que as primeiras horas da noite, quando os agressores retornam aos lares, são as que oferecem maior risco de violência para as mulheres, isso quando é um fator associado ao uso de álcool, pois os homens retornam para suas casas embriagados, o que favorece a repercussão da violência doméstica (GARCIA et al., 2016).

O predomínio da violência neste horário do dia também foi evidenciado em registros de ocorrência na Delegacia da Mulher, 26% dos casos no período da tarde e com menor prevalência no período da manhã, com 18%.

Com relação ao ambiente em que ocorreu a violência, quase a totalidade dos casos se deu no ambiente doméstico, resultado que se assemelha ao encontrado em outras pesquisas (BARSTED, 1998; DINIZ, 1999; DESLANDES, 2000). Assim, o lar parece constituir-se no espaço privilegiado da violência contra a mulher, onde, resguardado da interferência de outras pessoas, o agressor conta ainda com o medo e a vergonha da pessoa agredida em denunciá-lo.

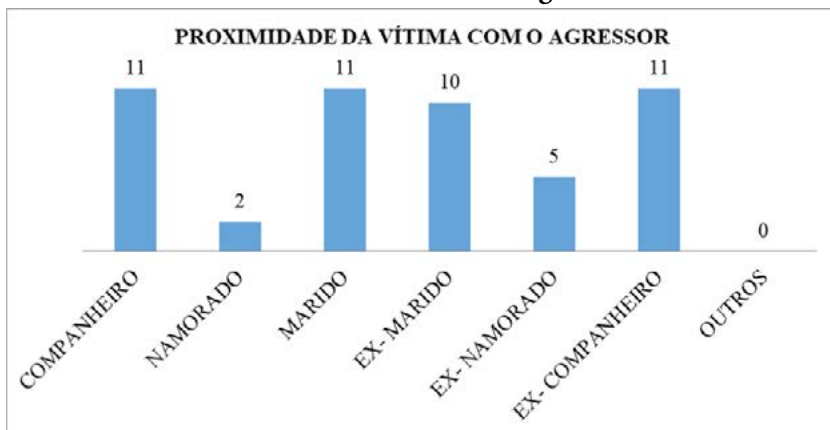
Gráfico 13 - Inquéritos



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Sobre os inquéritos analisados, 52% estão em andamento, alguns estão aguardando interrogatório do acusado, outros, intimação, oitiva ou carta precatória, 48% dos inquéritos foram concluídos e enviados ao Judiciário.

Gráfico 14 - Proximidade da vítima com o agressor



Fonte: Elaborado pelas autoras.

4 CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu constatar que a violência doméstica praticada no município de Catalão-GO acontece pela relação da mulher com maridos ou companheiros. Nestes casos, os episódios de agressão costumam ser repetitivos, o que implica maior impacto à saúde das mulheres (SCHRAIDER, 2002).

A violência psicológica, que prevaleceu em relação às outras formas de violência, apesar de não deixar marcas, é motivo de sofrimento e causa de inúmeras doenças, cujos sintomas muitas vezes não são percebidos pelos profissionais de saúde (GROSSI, 1996).

Os meios mais utilizados por eles foi a verbalização de palavrões, ameaças e injúrias, seguida da força física; em cinco inquéritos eles esta-

vam sob efeito de álcool e outros sob efeito de substâncias entorpecentes no momento em que praticaram a violência.

Os dados desta pesquisa mostraram que, apesar dos esforços conjuntos de setores públicos e sociais, com a implantação de Delegacias Especiais da Mulher, a promulgação da Lei 11.340/2006, a implementação de políticas de atenção e erradicação da violência e das redes de atenção e apoio, a violência contra a mulher continua presente na realidade estudada e isso nos leva a refletir sobre a necessidade de abordar o tema nas escolas de bases e universidades, no sentido de promover mudanças culturais que promovam a igualdade de gênero e possibilitem a resolução de conflitos sem o uso da violência.

“A ferida sara, os ossos quebrados se recuperam, o sangue seca, mas a perda da autoestima, o sentimento de menos valia, a depressão, essas são feridas que não cicatrizam” (Maria Berenice Dias).

REFERÊNCIAS

ADEODATO, Vanessa Gurgel et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 108-113, 2005.

ALMEIDA, Mônica Vieira de. **Violência conjugal e álcool: (in) existência de uma relação causal?** 2009.

ANDRADE, Clara de Jesus Marques; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm.** USP, v. 42, n. 3, São Paulo, set. 2008.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014.

BARROSO, Z. **Violência nas relações amorosas**: uma análise sociológica dos casos detectados nos Institutos de Medicina Legal de Coimbra e do Porto. Lisboa: Colibri, 2007.

BEZERRA, Kamylla da Silva; NETO, Felix Araujo. A violência doméstica contra a mulher no município de Campina Grande-PB. **Datavenia**, v. 6, n. 1, p. 112-121, 2017.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm Acesso em: 23 out. 2018.

_____. Lei nº 9.099/1995, de 26 de setembro de 1995. Dispõe sobre os juizados especiais cíveis e criminais e das outras providências. Brasília, DF, 1995. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9099.htm Acesso em: 23 out. 2018.

CORREIA, Sandra Cristina Dias et al. **Crenças acerca da violência conjugal e rupturas da conjugalidade na população residente nos distritos de Lisboa e Setúbal**. 2013.

COSTA, M.; DUARTE, C. **Violência familiar**. Porto: Ambar, 2000.

DIAS, Maria Berenice. **A Lei Maria da Penha na justiça: a efetividade da Lei 11,340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

DOSSIÊ FEMININO. **Como e porque morrem as mulheres?** SOS ação mulher e família por uma sociedade mais justa e pacífica. Disponível em: <http://sosmulherfamilia.blogspot.com/2016/11/como-e-por-que-morrem-as-mulheres.html> Acesso em: 2 out. 2018.

GARCIA, Leila Posenato et al. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços

de urgência e emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

GEBARA, Carla Ferreira de Paula; LOURENÇO, Lélío Moura. Crenças de profissionais da saúde sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Psicologia em Pesquisa**, v. 2, n. 1, p. 27-39, 2008.

GROSSI, K. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Orgs.) **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.133-149.

GROSSI, M. O significado da violência nas relações de gênero no Brasil. **Sexualidade, Gênero e Saúde**, v. 2, n. 4, 1995.

GROSSI, Patricia Krieger; TAVARES, Fabrício André; OLIVEIRA, Simone Barros de. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. **Athenea digital**, n. 14, p. 267-280, 2008.

HERMANN, Leda. **Violência doméstica: a dor que a lei esqueceu: comentários à Lei n. 9099/95**. 2000.

KRUG, E. G. et al. (Org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

MATOS, M. Violência Conjugal. In: ABRUNHOSA, Gonçalves, R.; MACHADO, C. (Coords.). **Violência e vítimas de crimes**. v. 1. Coimbra Quarteto, 2002. p. 81-120.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.10-41.

PAIM, A. **Entendendo a violência doméstica (texto adaptado)**. In: II SEMINÁRIO PROTEGENDO AS MULHERES DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, 2006.

PASINATO, Wânia. **Lei Maria da Penha**. Novas abordagens sobre velhas propostas. Onde avançamos. 2008. p. 216-232.

PAULINO, M.; RODRIGUES, M. **Violência doméstica – identificar, avaliar, intervir**. Cafilesa: Prime Books, 2016.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Ministério da Justiça. **Delegacias especializadas de atendimento à mulher – Norma técnica de padronização DEAMS**. Brasília, 2006.

WASELFIZ, J.J. **Mapa da violência 2012 atualização: homicídio de mulheres no Brasil**. Centro Brasileiro de Estudos Latino – Americano, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Violence against women: a ‘global health problem of epidemic proportions’**. Geneva: World Health Organization, 2013.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, UMA ANÁLISE SOBRE AS REGRAS DESCRITIVAS

Ludimila Vangelista Carneiro
Renata Limongi França Coelho Silva

RESUMO: A análise do comportamento é uma ciência que tem contribuído significativamente para o mundo contemporâneo, e é por meio dela que entendemos que todo comportamento é governado por regras. Diante dessas circunstâncias, este artigo tem como objetivo analisar as regras descritivas sobre violência doméstica em uma faculdade particular na cidade de Catalão-GO, utilizando como instrumento um questionário aplicado pelas autoras Callou, Bastos, Moreira e de Souza (2016) contendo 32 afirmativas, no intuito de coletar a maior quantidade de dados possível. O questionário foi aplicado juntamente com o TCLE em duas turmas da faculdade, sendo a primeira no curso de Direito e a segunda no curso de Ciências Contábeis. Por meio dos resultados analisados pode-se evidenciar que os sujeitos por vezes atribuíram as questões relacionadas à violência doméstica ao ciúme que o parceiro sente, aos papéis atribuídos pela sociedade atualmente, às questões de gênero e compeliram a violência ao consumo exagerado do álcool, ficando evidente que a regra explícita em questão determina o comportamento do agressor, mesmo não especificando tal comportamento. A partir dos dados coletados pode-se concluir que é necessária uma maior intervenção

de toda a sociedade, estados e federação, no intuito de prevenir a violência doméstica contra as mulheres e promover ações de conscientização e informação a todos os indivíduos, a fim de uma maior diminuição dos índices de agressão contra as mulheres.

Palavras-chave: Análise do comportamento. Regras. Violência contra a mulher.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um tema bastante discutido na atualidade, isso se deve ao fato de que, mesmo após a criação da Lei Maria da Penha, os índices de violência ainda continuam aumentando (PASINATO, 2018). Várias áreas de estudos tentam explicar o que é essa violência e por que ela ainda se mantém na sociedade, alguns deles são os campos da psicologia, sociologia, antropologia e filosofia (GUIMARÃES PEDROSA, 2015).

É importante evidenciar as diferenças existentes entre os tipos de violência que perpassam a sociedade. Segundo Krug et al. (2002), a Organização Mundial da Saúde define violência como o uso da força ou ameaça contra o indivíduo ou um grupo de indivíduos que resulte danos psicológicos, morais e físicos que podem ocasionar lesão ou levar à morte de uma pessoa.

Por outro lado, ao conceituar violência doméstica, Zuma (2005) evidencia que essa violência é algo que acontece no âmbito intrafamiliar, podendo ocorrer com as crianças, idosos e parceiros íntimos, tanto contra a mulher como contra o homem.

Paulino e Rodrigues (2016) apontam a violência doméstica como um padrão de controle coercivo exercido direta ou indiretamente sobre qualquer pessoa em um ambiente familiar. Quando a violência é arremetida a uma mulher em uma relação conjugal é definida então como violência doméstica contra a mulher.

Zilberman e Blume (2005) a define como algum tipo de abuso sexual, psicológico, físico ou emocional que acomete um parceiro contra o outro em um relacionamento passado ou atual, violência esta que pode gerar danos graduais contra a vítima e perdurar por anos. Pode ser interpretada por questões de gêneros e pela questão cultural na qual o homem exerce a dominação e a mulher o papel de subordinação.

Ao estabelecer questões de gênero, cabe enfatizar o quanto esse quesito tem influenciado as discussões de violência doméstica, inclusive Scott (1989, p. 7) aponta que o gênero é uma forma de indicar “construções sociais”, é a ideia de papéis sociais estabelecidos pelos próprios homens e mulheres. E é dentro dessas construções sociais que se estabelecem critérios de que o homem é o provedor da família, o forte e viril, enquanto a mulher é um ser frágil, delicado, sensível e incapaz de ser autossuficiente.

É por meio desses apontamentos que chegamos à ideia de patriarcado, no qual o homem se considera o dominador em seu ambiente familiar, sendo a mulher totalmente subordinada a este. “As teorias do patriarcado concentraram sua atenção na subordinação das mulheres e encontraram a explicação na ‘necessidade’ do macho dominar as mulheres” (SCOTT, 1989, p. 9).

Poe meio do patriarcado e sobre gênero que surgem os movimentos feministas com o intuito de promover a igualdade de direitos e luta contra os preconceitos estabelecidos entre mulheres e homens. Estes movimentos tiveram início na década de 60 no Brasil, no entanto ainda expressavam características conservadoras de defender somente o mercado de trabalho e a igualdade entre os sexos (PEDRO; GUEDES, 2010).

De acordo com Pedro e Guedes (2010), somente em 1970 houve modificação dos ideais dos movimentos feministas, na qual se passou a reconhecerem direitos na relação homem e mulher e reformulação dos padrões sexuais preestabelecidos.

Com o passar dos anos, com a conquista de direitos, criação de secretarias e alterações na Constituição, os direitos femininos passaram

a serem vistos de forma mais ampla, e foi por meio dos movimentos feministas que foi criada a Lei Maria da Penha, que garante o direito à mulher que é vítima de violência doméstica.

No contexto de desigualdade, Martini (2009) aponta que a Lei Maria da Penha vem para equilibrar essas relações sociais, garantindo o valor das mulheres e os direitos delas enquanto pessoa humana quando denegridos por algum indivíduo física e socialmente “superior” a elas.

Esta lei traz as formas existentes de violências praticadas pelo companheiro, namorado, marido, amante, ou ex-companheiro, qualquer homem que tenha ou teve relação com a vítima.

Mesmo após todas as contribuições da Lei Maria da Penha, Rovinski e Cruz (2009) destacam que ela ainda foi recebida com desprezo e dúvida, sendo motivo de grandes críticas e estereotipada como inconveniente, porém todos esses ataques foram em vão, pois se considerou que veio para coibir as estruturas de patriarcado, que já estavam enraizadas ao longo dos tempos.

Rovinski e Cruz (2009) declaram que é necessário que a mulher tome atitudes referentes às agressões por ela sofridas, é necessário que ela se reconheça em tal situação e procure a ajuda no momento. Várias pesquisas salientam a quantidade de mulheres que permanecem sendo vítimas de violência, umas por medo, outras por dependência econômica, outras por causa dos filhos.

Como meio de identificar os fatores que desencadeiam essas dependências e como forma de auxílio às mulheres vítimas de violência doméstica, a análise do comportamento irá estabelecer parâmetros de identificação da ocorrência tanto do comportamento da vítima como do agressor.

Segundo Skinner (1998 [1953]), a análise do comportamento tem o papel de gerar conhecimento que nos capacite a lidar com o comportamento (seja ele de humanos ou não humanos) de modo mais eficiente.

Ao considerar a abordagem teórica da análise do comportamento, para compreender o estudo sobre violência doméstica contra a mulher,

Justino (2014) aponta que há três níveis para avaliar os aspectos deste determinado fenômeno, sendo: as contingências que podem condicionar o comportamento de violência, seja ele individual, social ou biológico; os reforçadores que irão manter a probabilidade de o comportamento agressivo do indivíduo voltar a acontecer; e os aspectos funcionais dos fatores que determinam esse comportamento, considerando aqui as análises dos eventos sociais.

Já Tomazella e Faleiros (2010) apontam que a decisão da vítima em permanecer na relação violenta pode ser considerada pelo reforço negativo, pois, por este, a mulher não se desprende do relacionamento por medo de perder bens afetivos, bem como os materiais.

Analisando os reforços ambientais, vemos que estes podem proporcionar à vítima maior segurança e a probabilidade de ela permanecer na relação também aumenta. Como exemplo: “Se o agressor disser à vítima que ela só vai receber apoio financeiro e emocional, se ela permanecer na relação, a probabilidade que ela se mantenha na relação passa a ser maior” (TOMAZZELLA; FALEIROS, 2010, p. 115).

Considerando outras justificativas que estabelecem o motivo pelo qual a mulher continua na relação, Sinclair (2010) irá enfatizar a utilização de regras descritivas que irá contribuir para que a mulher permaneça no relacionamento abusivo. Ao falar sobre regras verificamos o quanto estas podem moldar o comportamento do indivíduo e impactar nas consequências do comportamento.

De acordo com Albuquerque e Paracampo (2010), as regras podem tanto ampliar o repertório comportamental do indivíduo como estabelecer comportamentos novos, determinando sua probabilidade de ocorrência, podendo constituir a função de um estímulo que na maioria das vezes é reforçador. Nos estudos do comportamento entendemos que este é governado por regras, tanto aquelas que vão explicitar o comportamento que o indivíduo deve ter quanto as que não irão deixar este tão em evidência.

Chase e Danforth (1991) denominam dois tipos de regras, as descritivas e as prescritivas. A primeira não especifica o comportamento

que o indivíduo deve emitir, por exemplo, uma frase bem comum nos relacionamentos cotidianos: “roupa suja se lava em casa”. Enquanto que as regras prescritivas especificam o comportamento a ser emitido pelo ouvinte: “você não deve brigar com seu marido em público”.

São esses tipos de regras que muitas vezes perpassam pelos relacionamentos abusivos, fazendo com que a mulher mantenha sempre o mesmo comportamento, ainda que por regras descritivas, aquelas que não especificam claramente o determinado comportamento.

Paracampo, Albuquerque, Carvalló e Torres (2009) destacam que o ambiente verbal do indivíduo de emitir regras é formado pelos grupos dos quais ele participa: igrejas, trabalho, escola, amigos, família. Esses membros tendem a controlar o comportamento do ouvinte por meio de regras, que poderiam ser observadas sob forma de conselhos, pedidos, avisos, sugestões.

O indivíduo, ao conviver com essas regras cotidianamente, acredita ser natural a sua replicação e muitas vezes o agressor coloca a mulher à mercê da situação de violência sem ao menos identificar o ambiente verbal que este exerce sobre ela a partir disso.

Diante desses estudos sobre regras que podem influenciar no comportamento violento e ante o aumento constante dos índices de violência doméstica contra a mulher, o objetivo geral deste artigo é descrever o quanto as regras descritivas podem ser evidenciadas no âmbito universitário identificando o impacto que estas podem causar na perpetuação da violência doméstica contra a mulher.

Como objetivos específicos, têm-se: descrever os dados coletados no questionário, mostrar a contribuição da análise do comportamento na identificação dos comportamentos disfuncionais na relação afetiva e descrever os fatores que os respondentes evidenciaram como desencadeador da violência doméstica.

Assim, o estudo visa comparar dados sobre um determinado grupo que discutiu o tema violência doméstica no Centro de Ensino Superior de Catalão (Cesuc) com grupos que não o fizeram.

2 MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram desta pesquisa 60 indivíduos com idade entre 18 e 50 anos. Os participantes dessa pesquisa foram compostos por estudantes da graduação dos cursos de Direito e Ciências Contábeis do 1º e 6º períodos, respectivamente, da faculdade particular em Catalão-Goiás. São 33 participantes do sexo feminino e 27 do sexo masculino.

2.2 Instrumento

Como instrumento de pesquisa foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e um questionário para a finalidade do estudo da presente pesquisa, o qual foi dividido em duas partes: a primeira abordando questões gerais dos participantes, como: nome, idade, sexo, orientação sexual, escolaridade, curso, estado civil e religião e a segunda contemplando 31 sentenças afirmativas.

A segunda parte do questionário foi baseada no modelo proposto pelas autoras Callou, Bastos, Moreira e de Souza (2016), sendo este instrumento de pesquisa agora efetuado como uma replicação sistemática dele. Cada sentença é constituída por quatro sessões, em que: 4 significa concordo totalmente, 3- concordo em parte, 2- discordo em parte e 1- discordo totalmente. As afirmativas contidas no questionário e suas respectivas categorias estão descritas na tabela conforme as autoras evidenciaram.

Quadro 2 - Categorias e itens do questionário sobre comportamentos do homem e da mulher em relacionamentos íntimos

Tabela 1. Categorias e itens do Questionário sobre comportamentos do homem e da mulher em relacionamentos íntimos.

<i>Categorias</i>	<i>Itens do questionário</i>
1. Papel tradicional feminino e masculino*	4. A mulher deve ficar do lado do marido, independentemente da situação. 5. À mulher cabe se preocupar com a família e a casa, por isso é compreensível que sua carreira seja menos importante que a do seu marido. 12. A mulher deve fazer de tudo para fazer o relacionamento dar certo. 15. Ao marido cabe a responsabilidade de prover o sustento da família, enquanto a esposa cuida do lar. 18. Por ser mais frágil, a mulher precisa da proteção do homem. 19. É esperado que o homem tome partido das coisas, tenha atitude, seja o chefe da família. 20. O companheiro tem o direito de alertar a sua mulher que determinadas roupas não são adequadas e impedi-la de usá-las, pois ele deve protegê-la de situações de assédio.
2. Privacidade da relação*	8. Não se deve interferir quando um casal estiver brigando, melhor deixar que eles se resolvam.
3. Modelo de família intacta é o ideal*	17. A mulher deve entender que um casamento infeliz é melhor que uma família desfeita, porque nesse caso os danos seriam piores. 28. É preferível manter um casamento infeliz a ter uma família desestruturada.
<i>Categorias</i>	<i>Itens do questionário</i>
1. Papel tradicional feminino e masculino*	4. A mulher deve ficar do lado do marido, independentemente da situação. 5. À mulher cabe se preocupar com a família e a casa, por isso é compreensível que sua carreira seja menos importante que a do seu marido. 12. A mulher deve fazer de tudo para fazer o relacionamento dar certo. 15. Ao marido cabe a responsabilidade de prover o sustento da família, enquanto a esposa cuida do lar. 18. Por ser mais frágil, a mulher precisa da proteção do homem. 19. É esperado que o homem tome partido das coisas, tenha atitude, seja o chefe da família. 20. O companheiro tem o direito de alertar a sua mulher que determinadas roupas não são adequadas e impedi-la de usá-las, pois ele deve protegê-la de situações de assédio.
2. Privacidade da relação*	8. Não se deve interferir quando um casal estiver brigando, melhor deixar que eles se resolvam.
3. Modelo de família intacta é o ideal*	17. A mulher deve entender que um casamento infeliz é melhor que uma família desfeita, porque nesse caso os danos seriam piores. 28. É preferível manter um casamento infeliz a ter uma família desestruturada.
<i>Categorias</i>	<i>Itens do questionário</i>
4. Responsabilidade da vítima*	1. Em alguns casos, a mulher dá motivos para apanhar. 3. Algumas mulheres só se comportam adequadamente se os companheiros são violentos. 11. É compreensível que o companheiro se altere e agrida a companheira que se interessa por outros homens. 13. Quando a mulher sai sozinha, sabendo que seu companheiro não gosta disso, se torna compreensível que ele seja violento. 14. Se a mulher apanha e mesmo assim continua com o companheiro é porque não se importa em apanhar. 16. Se a mulher tem muito amigo homem, então não se pode confiar muito. 23. Se a mulher apronta, deixando seu companheiro irritado, ela tem alguma culpa caso sofra violência doméstica. 26. A mulher que apanha e continua com o parceiro gosta de apanhar.
5. Ciúme relacionado ao amor*	9. É normal ter ciúme quando se ama. 21. Só sente ciúme aquele que quer proteger a quem ama. 24. A pessoa está certa em desconfiar se o seu parceiro não demonstra ciúme.
6. Ciúme relacionado à violência*	6. É natural que o ciúme leve o homem a ser agressivo, porque ele não quer perder a companheira. 22. Não se pode manter controle sobre suas ações quando se sente ciúme.
7. Atribuição da violência ao caráter/natureza do homem-internalismo**	2. Depende da natureza do homem ser violento. Alguns são naturalmente agressivos, outros não.

8. Atribuição da violência à educação – aprendizagem**	25. É a criação da família que faz com que o homem seja ou não violento. 27. Alguns homens são violentos por terem aprendido a ser assim. 29. Quando uma pessoa vê alguém sendo violento, ela tende a repetir isso, caso se encontre numa situação semelhante.
9. Sexualidade feminina em função da masculina**	31. É desnecessário denunciar o homem que pressiona a parceira a ter relações sexuais, pois este é um dos seus deveres enquanto companheira. 32. A mulher deve procurar satisfazer sexualmente o companheiro, mesmo quando não está afim, pois o homem busca fora o que não encontra em casa.
10. Maior tolerância à violência quando ocorrida verbalmente**	30. Quando ocorre uma briga com agressão apenas verbal entre o casal, outras pessoas não devem interferir.
11. Atribuição da violência ao consumo do álcool**	7. Geralmente o homem que bate na mulher está sob efeito do álcool ou outras drogas.

*Categorias retiradas do estudo de Gomes e Costa (2014)

**Categorias criadas pelas autoras da presente pesquisa.

Fonte: Callou et al. (2016).

Callou e suas colaboradoras (2016) replicaram o instrumento utilizado por Gomes e Costa (2014) em sua pesquisa, no entanto, acrescentaram alguns itens e retiraram aqueles que para elas não eram necessários, sendo assim, o quadro 2 exemplifica a proposta adotada pelas autoras e as respectivas afirmativas.

2.3 Procedimento

No primeiro momento foi explicado aos participantes que se tratava de uma análise, a fim de se compararem parâmetros de estudos sobre violência doméstica contra a mulher, que era uma pesquisa sobre regras descritivas e o impacto que estas causam nos relacionamentos e sua correlação com a violência doméstica. Logo em seguida foi disponibilizado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em sequência, o questionário.

3 ANÁLISE DOS DADOS

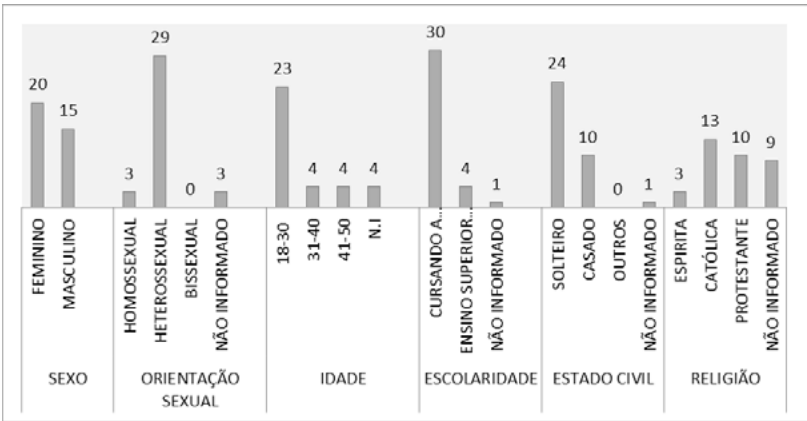
Para exame dos dados foi montada uma tabela no Microsoft® Office Excel, a fim de tabular todos os dados dos cursos de Direito e Ciências Contábeis, dividindo a análise em duas partes. A primeira, compos-

ta com os dados gerais dos indivíduos, e a segunda, pelas perguntas e a quantidade de sujeitos que enumeraram as questões. Em sequência, foi montado um gráfico com os dados obtidos na pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram analisados e divididos em duas etapas, sendo a primeira composta por gráficos que descrevem questões gerais referentes às respostas de cada participante, levando em consideração o sexo, orientação sexual, idade, escolaridade, estado civil e religião. Em sequência foram descritos os gráficos com as respostas de cada sujeito com as questões que obtiveram um maior índice de respostas.

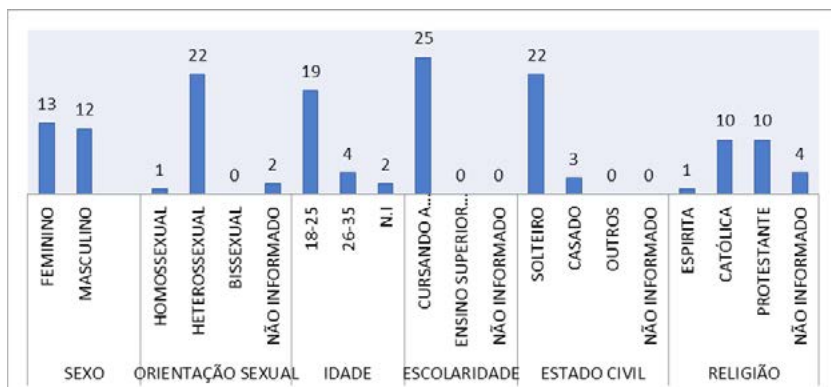
Gráfico 15 - Dados gerais Direito



Fonte: Elaborado pelas autoras.

O gráfico 15 evidencia que houve mais participantes femininos que masculinos, a maioria heterossexual e com média de idade entre 18 e 30 anos, sendo todos estudantes da graduação e 4 deles já fizeram um curso superior. A maior parte dos sujeitos são solteiros e têm, como religião, a católica.

Gráfico 16 - Dados gerais de Ciências Contábeis



Fonte: Elaborado pelas autoras.

No gráfico 16, com relação ao curso de Ciências Contábeis, pode-se notar que houve mais participantes do sexo feminino, 22 participantes são de orientação sexual heterossexual, 19, variam de idade entre 18 e 25 anos, 25 participantes estão cursando a primeira graduação, a maior parte são solteiros e com religiões predominantes católica e protestante.

No segundo momento, foi aplicado o questionário sobre as regras descritivas, sendo descritas nos resultados aquelas frases cujos sujeitos demonstraram que concordam em partes com a frase ou que concordam totalmente com o que estava descrito. A partir disso foi feita uma análise correlacionando os cursos de Direito e Ciências Contábeis, demonstrando a maior porcentagem de cada curso e a comparação da mesma pergunta entre um curso e outro.

A partir da análise dos dados pode-se perceber que a quantidade de alunos do curso de Ciências Contábeis que marcaram “concordo em partes” ou que concordam totalmente foi maior que no curso de Direito. Essa diferença pode ser explicada com base nos conhecimentos transmitidos a cada turma, visto que no curso de

Direito é inserida a disciplina de Psicologia Jurídica e esta abarca conteúdos relacionados à violência doméstica e à Lei Maria da Penha,

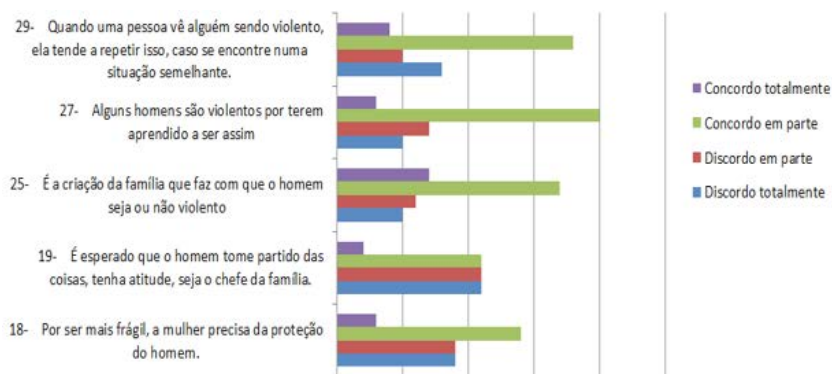
enquanto que no curso de Ciências Contábeis os alunos da Cesuc não possuem em sua matriz curricular a disciplina de Psicologia, o que favorecerá uma maior interpretação com relação às regras descritas a eles.

Gráfico 17 - Dados Direito - parte 1



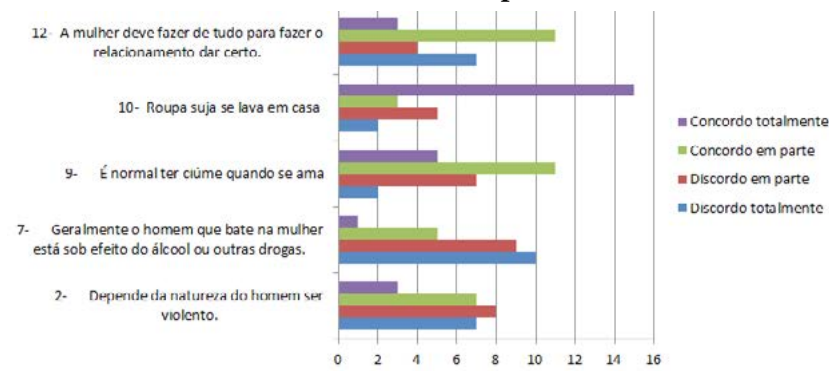
Fonte: Elaborado pelas autoras.

Gráfico 18 - Dados Direito - parte 2



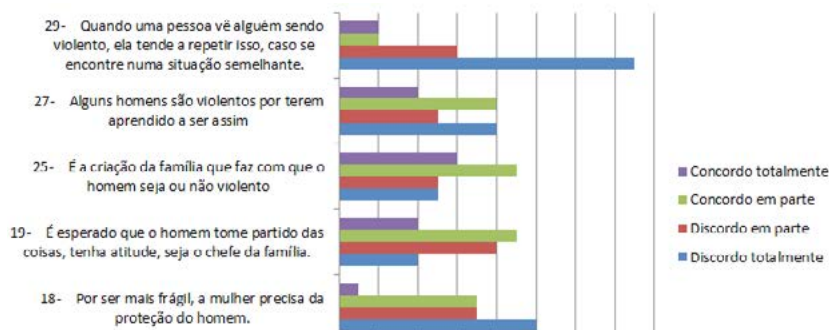
Fonte: Elaborado pelas autoras.

Gráfico 19 - Dados Ciências Contábeis - parte 1



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Gráfico 20 - Dados Ciências Contábeis - parte 2



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Ao estudar os comportamentos dos indivíduos, notamos que a maioria deles são governados por regras (ZETTLE, 1990) e que estas podem estabelecer o comportamento, na medida em que este muda, ele foi especificado por uma regra e não por outras variáveis (ALBUQUERQUE, et al. 2009).

Catania (1999) estabelece que as pessoas se comportam dependendo algumas vezes daquilo que lhes foi instruído a fazer, de maneira que constantemente elas estão seguindo instruções (regras). A partir

disso, pode-se notar que algumas regras estabelecem o comportamento que o indivíduo deve cumprir e outras já não especificam tal comportamento.

A análise sobre as regras descritivas nos permite verificar que ela não especifica qual comportamento o indivíduo deve seguir (PARA-CAMPO et al. 2009), no entanto elas são comuns em comportamentos de violência, visto que atuam de maneiras subentendidas.

Por meio dos resultados obtidos dos questionários aplicados à turma de 1º período de Direito, um total de 35 participantes, pode-se verificar que, de 32 perguntas compostas por regras descritivas, apenas em 8 os indivíduos demonstraram concordar em partes ou concordar totalmente com a frase que estava descrita. No caso do curso de Ciências Contábeis, o questionário foi aplicado à turma do 6º período e também os alunos marcaram apenas 8 afirmativas nos quesitos concordo em partes ou concordo totalmente.

No entanto, para se estabelecer um parâmetro de correlação dos cursos e, devido aos alunos terem respondido a afirmativas diferentes, consideraram-se todas as questões em que os sujeitos atribuíram que concordavam em partes ou que concordavam totalmente com o que estava descrito. Por isso nos resultados analisados consta-se o total de 10 afirmativas.

Na pergunta de número 2, 12 indivíduos responderam que discordam totalmente, 10, discordam em partes, 12 responderam que concordam em partes, e apenas 1 concorda totalmente. Enquanto no curso de Ciências Contábeis 7 alunos marcaram que discordam totalmente, 8, que discordam em partes, 7 concordam em partes e apenas 3 que concordam totalmente. Prevaleceu nesta questão o curso de Direito com maior quantidade de participantes marcando as questões que concordam em partes ou concordam totalmente.

A questão de número 2 faz parte da categoria criada por Gomes e Costa (2014), que faz atribuição da violência ao caráter/natureza do homem – internalismo. Mesmo que os indivíduos respondentes se di-

vidissem nas respostas entre concordando em partes e discordando totalmente, Caulfield (1985) irá enfatizar que é da natureza do homem ser violento e exercer sua dominação e controle mesmo que ideologicamente, por isso algumas vítimas de violência atribuem a razão pela qual o homem as agride ao caráter violento.

Em sequência se tem a afirmativa 7, que faz parte da categoria de atribuição da violência ao consumo do álcool, criada pelas autoras Cal-lou et al. (2016), para a qual 15 participantes do curso de Direito atribuíram o número 3 como resposta, afirmando que concordam em partes com essa regra. Levando em consideração que eram 35 respondentes, significa que 20 pessoas marcaram outras alternativas. Enquanto que no curso de Ciências Contábeis apenas 5 sujeitos afirmaram que concordavam em partes com essa afirmativa e 1 que concordava totalmente, prevalecendo o curso de Direito com o maior número de respostas que enfatizam a regra.

Os autores Zaleski et al. (2010), em seus estudos, demonstraram que na associação do álcool com o VPI – Violência por parceiros íntimos a violência contra a mulher era 9 vezes maior em homens que faziam o uso de álcool em comparação aos dias em que eles ficavam sem usá-lo.

Dalgalarrondo (2000) afirma que por vezes o agressor utiliza do álcool para depositar a culpa sobre seus atos, o que faz com que ocorra sua reincidência, visto que a culpa não é do indivíduo e sim da substância da qual ele faz uso. Ao dizer que concordavam em partes com a afirmativa que estava em evidência, os participantes concordaram com a regra descritiva expressa de que todo homem que bate em mulher está sob efeito de álcool ou outras drogas. Isso pode vir a contribuir com o que Dalgalarrondo (2000) relatou em seus estudos de que o agressor poderá então culpar a substância e não seus próprios atos, contribuindo então para o aumento dos índices de violência na sociedade.

Logo após está a frase 9, na qual a regra descritiva exposta faz referência ao ciúme relacionado ao amor. Sobre esta frase, 16 pessoas res-

ponderam que concordam em partes com essa afirmativa, logo, outros 19 indivíduos marcaram outras alternativas. Enquanto que no curso de Ciências Contábeis 11 respondentes afirmaram que concordam em partes com a regra. Considerando que apenas 25 pessoas responderam ao questionário, isso significa que 14 pessoas escolheram outras afirmativas. Isso evidencia que mais pessoas do curso de Ciências Contábeis responderam que concordavam em partes com essa afirmativa.

Sobre o ciúme, Fonseca et al. (2012) informam que as causas da violência são descritas pelo ciúme e jogo de poder, e isso se deve pelo fato das construções sociais sobre papéis masculinos e femininos, correlacionados com questões referentes ao gênero, e que por muitas vezes os ciúmes podem estar relacionados à possessividade, ou seja, os homens tratam as mulheres como se elas fossem um objeto de sua propriedade.

Muitas vezes a questão de ciúme está relacionada ao amor, e isso faz jus à cultura imposta na sociedade de que quem não sente ciúme é porque não ama (GOMES; COSTA, 2014). De outra forma a análise do comportamento o explica como fenômenos comportamentais que precisam ser estudados e não a causa do comportamento (GUIMARÃES, 2003), como afirmar que a causa da violência contra a mulher é por causa do ciúme sentido pelo parceiro. No entanto, por ser uma questão cultural, os respondentes consideraram a regra descritiva de que é normal ter ciúme quando se ama.

A questão 10 não foi categorizada pelas autoras Callou et al. (2016), porém Gomes e Costa (2014) a destacaram como uma privacidade na relação, destacando que o que se passa entre o casal fica restrito a eles e não pode ser levado ao público, com a regra descritiva destacada no questionário de que roupa suja se lava em casa. Do curso de Direito, 14 respondentes disseram que concordavam totalmente com essa afirmativa, enquanto que do curso de Ciências Contábeis 15 afirmaram concordar totalmente com a regra. Isso nos permite entender o porquê de as mulheres ainda permanecerem nos relacionamentos abusivos.

Saffioti (1999) descreve que é necessária uma intervenção externa do relacionamento para que ocorra a ruptura do ciclo de violência, pois raramente a mulher consegue se desvincular do homem violento sozinho. Por meio do viés comportamental pode-se verificar que essa regra descritiva contribui para que o comportamento de não “meter a colher” no relacionamento dos outros seja mantido, o que favorece então a continuidade do ciclo de violência.

Nas afirmativas 12, 18 e 19 constata-se que refletem a categoria de papéis tradicionais femininos e masculinos. Na questão 12, 17 respondentes do Direito marcaram que concordam em partes com o que foi estabelecido, enquanto que no curso de Ciências Contábeis 11 concordam em partes.

A questão 19 aborda questões referentes ao papel masculino e 11 pessoas do curso de Direito marcaram que concordam em partes, 11 que discordam em partes, 11 discordam totalmente, e apenas 2 indivíduos disseram que concordam totalmente. No curso de Ciências Contábeis, 10 indivíduos discordam totalmente, 7 discordam em partes, 7 concordam em partes e apenas 1 concorda totalmente. Na afirmativa 18, que abrange questões referentes à fragilidade da mulher e a necessidade de proteção do homem, 14 participantes do curso de Direito marcaram que concordam e partes com essa afirmativa. No curso de Ciências Contábeis, 9 concordam em partes e 4 concordam totalmente.

Sobre essas afirmativas é necessário abordar questões referentes aos papéis que são impostos pela sociedade de que o homem é o provedor da casa, enquanto que a mulher é a que cuida da família no aspecto maternal (GIFFIN, 1994). É a partir daí, por meio dessas questões culturais, que se estabelecem as relações de dominação e subordinação, visto que, se é o homem que sustenta a casa, a mulher deverá ser submissa a ele e esses fatores só irão mudar a partir do momento em que a mulher tomar consciência de sua liberdade e autonomia, o que será alcançado por meio das práticas de conscientização feministas (SANTOS; IZUMINO, 2005).

As afirmativas 25, 27 e 29 também foram criadas pelas autoras Callou et al. (2016) e fazem parte da categoria de atribuição da violência à educação e aprendizagem. Na questão 25 o número de respostas se refere a 17 indivíduos do curso de Direito, informando que concordavam em partes que a criação da família faz com que o homem seja ou não violento. Enquanto que no curso de Ciências Contábeis 9 concordam em partes e 6 concordam totalmente. Na questão 27, 20 participantes do curso de Direito informaram que também concordam em partes que alguns homens são violentos por terem aprendido a ser assim. No curso de Ciências Contábeis, 8 concordam em partes e 4 concordam totalmente.

Na afirmativa 29, 18 indivíduos do curso de Direito disseram que também concordam em partes com a afirmação de que, quando uma pessoa ver alguém sendo violento, ela tende a repetir isso, caso se encontre numa situação semelhante. No curso de Ciências Contábeis, 15 pessoas discordam totalmente, sendo considerado como resultado evidente para discurso apenas a resposta do curso de Direito.

Essas afirmativas nos permitem compreender que o comportamento violento é reproduzido. Inclusive Oliveira e Sani (2009) destacam que os modelos de aprendizagem social apontam que observar o comportamento violento de outro sujeito faz com que adquiramos modelo de condutas violentas, demonstrando que a transmissão das violências por várias gerações pode ocorrer. Por esse fator vários participantes marcaram que concordam em partes ou totalmente com essas afirmativas. Santos e Costa (2004), por outro lado, evidenciam que pertencer a uma família violenta pode gerar fatores determinantes para a perpetuação da violência.

Oliveira e Sani (2009) relatam que, para explicação do comportamento violento do indivíduo, Bandura irá atribuir esse fator à aprendizagem social, podendo ser realizada por observação que ocorre por um meio chamado de modelação. Sendo assim, se explica a violência a partir da perspectiva de que um indivíduo que tem contato observatório

com uma relação conflituosa e agressiva tende a ser agressor ou vítima no futuro. Porém é necessário enfatizar que isso não acontece em todos os casos, pois cada indivíduo possui características individuais que desencadeiam ou não essa propensão. Em alguns pode até vir a gerar um trauma, o que faz com que o indivíduo sinta-se inseguro em relações futuras, instabilidade do self e assim por diante.

Isso comprova o motivo pelo qual a maioria dos respondentes do curso de Ciências Contábeis marcaram que discordam totalmente dessa questão, pois, quando se verifica nos estudos já realizados, pode-se perceber que nem sempre a observação de um comportamento violento fará dos indivíduos um agressor ou uma vítima de violência doméstica.

5 CONCLUSÃO

A partir dos estudos e dados analisados pode-se perceber que as regras descritivas contribuem para que os indivíduos atribuam as questões relacionadas à violência doméstica a papéis estabelecidos e impostos em sociedade, à questão de gênero e também à forte atribuição ao ciúme e uso de substâncias psicoativas, como o álcool.

Sendo assim, podemos notar que ao demonstrar que essas regras podem controlar o comportamento do indivíduo e muitas vezes explicar esse comportamento, o estudo sobre essas regras favorece para que ocorra a necessidade do aumento de políticas públicas e de programas de prevenção à violência doméstica, alertando as pessoas sobre as regras que são impostas na sociedade, às quais estamos acostumados e que podem gerar na vida da vítima um grande impacto.

Outro fator de destaque é com relação às diferenças de respostas entre um curso e outro, sendo relevante deixar claro que é importante que todos os cursos de bacharelado ou licenciatura tenham em sua matriz curricular a disciplina de Psicologia, o que permite aos alunos um maior discernimento sobre o que é o comportamento e como este pode

ser modificado, sendo um fato de diferença percebido por meio das respostas dos alunos do curso de Direito.

Vale ressaltar que é necessário haver mais pesquisas nas áreas de regras descritivas e violência doméstica, pois vários fatores podem influenciar os indivíduos a responderem aos questionários. Um deles seria a omissão de algumas respostas, até mesmo para não serem punidos socialmente por responderem que concordavam totalmente com as afirmações descritas.

No mais, verifica-se cada vez mais que é necessária uma maior intervenção para diminuição ou erradicação da violência contra a mulher, seja na área comportamental ou em várias outras. Porém, é preciso uma interferência de todas as mulheres, sociedade e Estado, para que ocorra o aumento de promoção de prevenção da violência doméstica contra a mulher.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Luiz Carlos de; MATSUO, Gilsany Leão; PARACAMPO, Carla Cristina Paiva. Efeitos de histórias de reforço social sobre o seguir regras. **Interação em psicologia**, v. 13, n. 2, 2009.

ALBUQUERQUE, L. C.; PARACAMPO, C.C.P. Análise do controle por regras. **Psicologia USP**, v. 21, n. 2, p. 253-273, 2010.

CALLOU, I.C.; BASTOS, T.M.; MOREIRA, J.M.; SOUZA, J. M. de. Regras descritivas ocidentais e violência contra a mulher por parceiro íntimo. **Acta comportamentalia**, Veracruz, México, v. 24, n.1, p.79-94, 2016.

CATANIA, A.C. **Aprendizagem**: Comportamento, linguagem e cognição. 4. ed. Porto Alegre (RS): Editora Artes Médicas Sul, 1999.

CAULFIELD, M. Sexuality in human evolution: What is 'natural' in sex? **Feminist Studies**, v. 11, p. 343-363, 1985.

CHASE, Philip N.; DANFORTH, Jeffrey S. **The role of rules in concept learning**. 1991.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FONSECA, Denire Holanda da; RIBEIRO, Cristiane Galvão; LEAL, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012.

GIFFIN, Karen. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. S146-S155, 1994.

GOMES, Holga Cristina da Rocha; COSTA, Nazaré. Violência contra a mulher: uma pesquisa empírica sobre regras descritivas comuns na sociedade ocidental. **Acta comportamentalia**, v. 22, n. 1, p. 89-100, 2014.

GUIMARÃES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 20, 2015.

GUIMARÃES, R. P. Deixando o preconceito de lado e entendendo o behaviorismo radical. **Psicologia. Ciência e Profissão**, v. 23, n. 3, p. 60-67, 2003.

JUSTINO, YARA Alves Costa. **A geracionalidade da violência doméstica e familiar contra a mulher**. 2014.

KRUG, E. G. et al. (Org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

MARTINI, T. **A Lei Maria da Penha e as medidas de proteção a mulher**. Curso de Direito, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas (Cejurs). Universidade do Vale do Itajaí Itajaí, novembro de 2009.

OLIVEIRA, Madalena Sofia; SANI, Ana Isabel. **A intergeracionalidade da violência nas relações de namoro**. 2009.

PARACAMPO, C. C. P., ALBUQUERQUE, L. C., CARVALLÓ, B. N.; TORRES, S. M. Análise do controle por regras apresentadas em histórias infantis. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, v. 5, p. 107-122, 2009.

PASINATO, W. Violência contra a mulher. **Galileu**, 2018. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2018/02/violencia-contra-mulher-wania-pasinato.html>. Acesso em: 21 out. 2018.

PAULINO, M.; RODRIGUES, M. **Violência doméstica – identificar, avaliar, intervir**. Cafílesa: Prime Books, 2016.

PEDRO, C.B.; GUEDES, O. S. As conquistas do movimento feminista como expressão do protagonismo social das mulheres. In: I SIMPÓSIO SOBRE ESTUDOS DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 24 e 25 de julho de 2010. **Anais...** Universidade Estadual de Londrina. ISSN 2177-8248.

ROVINSKI, S.L.R.; CRUZ, R.M. (Org.). **Psicologia Jurídica: perspectivas teóricas e processos de intervenção**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2009.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em perspectiva**, v. 13, n. 4, p. 82-91, 1999.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. **Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero**. 2005.

SANTOS, L. V.; COSTA, L. F. Avaliação da dinâmica conjugal violenta e suas repercussões sobre os filhos. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 6, n. 1, p. 59-72, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000100005 SCOTT, J. **Gênero: Uma Categoria útil para análise histórica**. Tradução de Christine Rufino Dabat. Maria Betânia Ávila. Texto original de Joan Scott-Gender: A Useful Category of historical analyses Gender and the politics of history. 1989.

SINCLAIR, L. C. A. Por que a mulher permanece em um relacionamento violento? In: L.C. de A.; WILLIAMS, J. M. D.; MAIA, K. de S. A. Rios (Orgs.). **Aspectos psicológicos da violência**: pesquisa e intervenção cognitivo-comportamental. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2010. p. 84-89.

SKINNER, B.F. **Ciência e comportamento humano**. 10. ed. Tradução de J. C. Todorov e Rodolpho Azzi. São Paulo: Martins Fontes, 1998 [1953].

TOMAZZELA, S. H.; FALEIROS, P.B. O comportamento violento como interação social e prática cultural: Uma análise comportamental. **Psicologia IESB**, v. 10, n. 2, p. 113-128, 2010.

ZALESKI, M.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.; RAMISETTY-MIKLER, S.; CAETANO, R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 53-9, 2010.

ZETTLE, Robert D. Rule-governed behavior: A radical behavioral answer to the cognitive challenge. **The Psychological Record**, v. 40, n. 1, p. 41-49, 1990.

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 27, p. 51-55, out. 2005. ISSN 1516- 4446.

ZUMA, Carlos Eduardo. **A violência no âmbito das famílias**. Identificando práticas. 2005.

A AUTOMUTILAÇÃO E OS CONFLITOS DA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Rafaela Moreira Costa
Michelly De Melo Alves

RESUMO: Uma das maiores preocupações atuais de pais de adolescentes tem sido o comportamento e abertura de seus filhos a grupos sociais adeptos de jogos e desafios que podem levar a danos físicos e psicológicos, como a automutilação, o que tem sido bastante evidenciado na mídia, quando o assunto envolve jovens de 12 a 20 anos. Buscando compreender esse comportamento, o objetivo deste trabalho é identificar possíveis fatores contribuintes para o desencadeamento da automutilação entre adolescentes e suas prováveis motivações, no intuito de buscar uma forma de reconhecimento das angústias e conflitos que os adolescentes estão propícios a ter e sentir. Para a organização deste estudo, fez-se criterioso levantamento bibliográfico na literatura científica, a partir da compilação de trabalhos publicados nos Periódicos Capes, Scielo, Biblioteca Virtual e Lilacs publicados nos últimos 15 anos, os quais foram selecionados por meio dos descritores: automutilação, autolesão e adolescência. Foram selecionados 13 artigos sobre automutilação e oito sobre conflitos e angústias na adolescência. Por meio da pesquisa realizada identificou-se que a busca pelo prazer e por alívio, a incapacidade, autoestima, gênero, indecisão profissional, socorro, auto criticismo, vergonha interna, relações familiares, classe social, uso abu-

sivo de álcool, *bullying*, violência, crenças religiosas, contexto, cultura e momento social são todos fatores que influenciam a automutilação por adolescentes.

Palavras-chave: Automutilação. Autolesão. Adolescência.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo visa abranger, sobre a análise da representação subjetiva da adolescência na atualidade, uma visão das transformações pessoais, sociais e culturais que ocorrem nessa fase, identificando os possíveis elementos estressores e geradores de conflitos, que contribuem para comportamentos autolesivos contra o próprio corpo.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano, que se estende dos dez aos dezenove anos de idade. Oliveira (2006) cita em seu trabalho um pensamento de Rousseau, em que ele compara as modificações advindas na transição da infância à adolescência com o transição da bonança à tempestade.

Nesse período de mudanças, é provável vir à tona um sentimento de instabilidade, em que o adolescente entra em crise por viver um dilema na sua inserção ao mundo adulto e em sua construção de identidade. Segundo Carvalho (1996 apud OLIVEIRA, 2006, p. 2), “é uma etapa que impele o indivíduo a uma redefinição da própria identidade, ao avaliar sua inserção no plano espaço-temporal, integrando o passado, com suas identificações e conflitos, ao futuro, com suas perspectivas e antecipações”.

Diante de uma má adaptação a essas mudanças, o adolescente que não consegue equilibrar suas emoções torna-se suscetível à acumulação de angústias, que em dado momento podem desencadear a automutilação (DAMOUS; KLAUTAU, 2016). De acordo com Tenório et al. (2017), os casos de automutilação entre jovens de 12 a 20 anos têm aumentado consideravelmente nos últimos anos, o que tem sido evidenciado pelos noticiários como “verdadeiras epidemias de *cutting*”.

Em 2017, de acordo com reportagens buscadas na internet, foi despertado um alerta na sociedade, devido a um jogo denominado “Ba-leia Azul”, que se espalhou por todo o mundo em consequência do acesso imediato que é possível ter com o uso das redes sociais. O *game* era uma espécie de gincana que durava cerca de 50 dias, na qual os próprios corpos eram oferecidos como peças para se cumprirem os desafios induzidos. Uma das missões era a automutilação e por fim tirar a própria vida. Muito se fala que os jovens que passaram por esse processo buscaram o jogo como forma de construir relações, ou seja, uma maneira de pertencimento a um determinado grupo.

Diante disso, é possível observar que o corpo é usado, por vezes, como um objeto onde o indivíduo deposita tudo o que lhe causa dor e em contrapartida é alvo de investimento para descarga de todo sofrimento psicológico (mesmo que esse sofrimento seja inconsciente). Assim, este estudo é desenvolvido a partir do objetivo de identificar possíveis fatores contribuintes para o desencadeamento da automutilação entre adolescentes e suas prováveis motivações, buscando uma forma de reconhecimento diante das angústias e conflitos que os adolescentes estão propícios a ter e sentir, dando significado e buscando sentido científico ao ato de se cortar, para contribuir com uma rede de apoio mais adequada e humanizada a esses indivíduos. Segundo Ozella e Aguiar (2008) há necessidade de se escrever mais e produzir mais conhecimentos sobre a fase da adolescência no campo da Psicologia.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, a fim de avaliar, por meio da literatura, possíveis fatores contribuintes para o desencadeamento da automutilação entre adolescentes. A revisão integrativa “consiste em reunir pesquisas já realizadas sobre determinada questão, de forma a alcançar uma maior compreensão sobre o tema estudado” (WHITTE-MORE; KNAFL, 2005 apud ARCOVERDE, 2012).

A partir da realização da revisão integrativa, pode-se permitir a este estudo incorporar abordagens metodológicas teóricas e empíricas, proporcionando uma síntese das análises críticas a respeito do tema abordado, que foram colocadas em evidência até o momento.

As bases de dados utilizadas para a pesquisa dos artigos foram: Periódicos Capes, Scielo, Biblioteca Virtual e Lilacs. Para seleção de artigos foram usados os descritores: automutilação, autolesão e adolescência. A pesquisa limitou-se à seleção de artigos dos últimos 15 anos. Para esta revisão, foram usados como critério de inclusão os artigos de publicações nacionais, que apresentavam fatores acerca da automutilação/autolesão na adolescência, bem como artigos relacionados aos conflitos e angústias psicológicas na adolescência. Como critério de exclusão, artigos publicados em inglês, e os que não estavam relacionados com o tema proposto.

Após a leitura e análise dos títulos, palavras-chaves e resumos, foram selecionados 13 artigos sobre automutilação e oito sobre conflitos e angústias na adolescência. No que tange ao descritor automutilação/autolesão, a baixa quantidade de artigos encontrados se deve ao afinamento do tema automutilação, que já possui uma quantidade pequena de artigos publicados, à situação da adolescência. Conforme Arcoverde e Soares (2012) “a autolesão é um tema de difícil estudo, visto que os indivíduos que apresentam esse tipo de conduta não são facilmente identificados”.

Em seguida à seleção dos artigos, criaram-se duas tabelas com os seguintes dados: a) título do artigo; b) autores; e c) ano de publicação, com base nos temas: automutilação e adolescência. Além disso, buscou-se, por meio de leitura na íntegra dos trabalhos, encontrar no texto dos autores os fatores desencadeadores da automutilação entre adolescentes, expostos no quadro 1.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do mapeamento realizado foram obtidos a partir da leitura dos resumos dos artigos selecionados, que totalizaram 21 trabalhos.

Tabela 1 - Artigos que abordam a automutilação

Títulos	Autores	Ano de Publicação					
		2010	2011	2012	2013	2016	2017
Automutilação na adolescência: prevenção e intervenção em psicologia escolar	Freitas e Souza						X
Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilação	Cedaro e Nascimento				X		
O enigma da adolescência e automutilações na dança da vida	Carissimi						X
Marcas do infantil na adolescência: automutilação como atualização de traumas precoces	Damous e Klautau					X	
Ataques ao corpo e traumatofilia na adolescência	Drieu, Lelouey e Zanello		X				
Automutilação do corpo entre adolescentes: um sintoma social ou alerta de transtorno mental?	Oliveira					X	
Corpo, injúria e símbolo: a automutilação em jovens	Santos, Santos, Freitas, Tenório e Silva						X
Autoagressão na infância e na adolescência	Romaro						X

Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes	Mesquita, Ribeiro, Mendonça e Maia		X				
Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes	Castilho, Gouveia e Bento	X					
Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura	Botti e Silva						X
Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura	Arcoverde e Soares			X			
O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão	Carvalho, Araújo, Chatelard e Viana					X	
TOTAL		1	2	1	1	3	5

Fonte: Elaborado pela autora.

Como mostrado na tabela 1, foi possível identificar o número de trabalhos publicados, que foram selecionados para esta pesquisa, entre os anos 2010 e 2017. Os artigos que abordaram a automutilação totalizaram 13 trabalhos. Sendo eles: Auto criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto dano em adolescentes; Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes; Ataques ao corpo e traumatofilia na adolescência; Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura; Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilação; O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão; Marcas do infantil na adolescência: automutilação como atualização de traumas precoces; Automutilação do corpo entre adoles-

centes: um sintoma social ou alerta de transtorno mental?; Automutilação na adolescência: prevenção e intervenção em psicologia escolar; Corpo, injúria e símbolo: a automutilação em jovens; Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura; Autoagressão na infância e na adolescência; O enigma da adolescência e automutilações na dança da vida.

Percebe-se nos próprios títulos dos trabalhos fatores que contribuem para o desencadeamento da automutilação, como: auto criticismo, vergonha interna, dissociação, relações familiares, prazer, contexto e momento social. Além disso, com base nos anos de publicação fica evidenciado o aumento de trabalhos publicados nos últimos dois anos: 2016 e 2017, com e cinco artigos publicados respectivamente, e nos anos anteriores, de 2010 a 2013, foram identificados apenas cinco artigos, evidenciando um artigo por ano.

A seguir identificaremos, a partir da tabela 2, os trabalhos publicados que contribuíram no desenvolvimento deste estudo que abordam o tema adolescência.

Tabela 2 - Artigos que abordam a adolescência

Títulos	Autores	Ano de Publicação					
		2003	2006	2007	2008	2010	2011
Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados	Silva, Horta, Pontes, Faria, Souza, Cruzeiro e Pinheiro			X			
Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros	Pratta e Santos			X			
Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica	Oliveira		X				

Desmistificando a concepção de adolescência	Ozella e Aguiar				X		
As concepções de adolescência construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Fonseca e Ozella					X	
Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero do bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes	Freire e Tavares						X
Indecisão profissional, ansiedade e depressão na adolescência: a influência dos estilos parentais	Hutz e Bardagir		X				
A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde	Assis, Avanci, Silva, Malaquias Santos e Oliveira	X					
TOTAL		1	2	2	1	1	1

Fonte: Elaborado pela autora.

Na tabela 2, os artigos utilizados que destacaram a adolescência totalizaram oito, sendo eles: Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados; Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros; Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica; Desmistificando a concepção de adolescência; As concepções de adolescência construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF); Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero do bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes.

Percebe-se uma distribuição temporal linear sobre a publicação dos artigos sobre adolescência com uma quantidade de um ou dois por ano. Foram identificados os seguintes fatores que influenciam o surgi-

mento de angústias e conflitos na adolescência que podem ser evidenciados nos títulos: contexto familiar, autoestima, questões de gênero, indecisão profissional, inserção social.

No quadro 1 foi realizada uma síntese dos fatores desencadeadores da automutilação, conflitos e angústias em adolescentes embasada nos artigos analisados.

Quadro 1 – Fatores desencadeantes da automutilação, conflitos e angústias em adolescentes conforme literatura analisada

Autores	Fatores Desencadeadores
Romaro (2016) Arcoverde (2012) Carvalho et al. (2016) Cedaro e Nascimento (2013)	Prazer
Tenório et al. (2017) Silva e Botti (2017) Romaro (2016) Arcoverde (2012) Carissimi (2017) Carvalho et al. (2016)	Alívio
Arcoverde (2012) Hutz e Bardagir (2006) Castilho et al. (2010) Romaro (2016)	Incapacidade
Tenório et al. (2017) Arcoverde (2012) Hutz e Bardagir (2006) Assis (2003) Freire e Ozella (2010) Freire e Tavares (2011)	Autoestima
Freire e Ozella (2010)	Gênero
Hutz e Bardagir (2006) Ozella e Aguiar (2008)	Indecisão profissional
Romaro (2016) Carissimi (2017) Oliveira (2016)	Socorro
Castilho et al. (2010)	Auto criticismo Vergonha interna

Silva e Botti (2017) Pratta e Santos (2007) Mesquita et al. (2011) Hutz e Bardagir (2006) Carissimi (2017) Ozella e Aguiar (2008)	Relações familiares
Fonseca e Ozella (2010) Oliveira (2016) Assis et al. (2003) Pratta e Santos (2007) Oliveira (2006) Ozella e Aguiar (2008) Hutz e Bardagir (2006) Romaro (2016) Silva e Botti (2017)	Contexto, cultura e momento social
Ozella e Aguiar (2008) Hutz e Bardagir (2006) Silva et al. (2007)	Classe social
Silva et al. (2007)	Uso abusivo de álcool
Silva et al. (2007)	Crenças religiosas
Romaro (2016)	<i>Bullying</i> Violência

Fonte: Elaborado pela autora.

No quadro acima indicam os seguintes fatores desencadeadores da automutilação, angústias e conflitos na adolescência: busca pelo prazer e por alívio, incapacidade, autoestima, gênero, indecisão profissional, socorro, auto criticismo, vergonha interna, relações familiares, classe social, uso abusivo de álcool, *bullying*, violência, crenças religiosas, contexto, cultura e momento social. Segue abaixo a análise do posicionamento dos autores que embasaram o quadro 1.

Oliveira (2016), em seu estudo, ao relatar sobre o período da adolescência, a descreve como o momento em que o adolescente passa por vários conflitos subjetivos, é a fase em que busca por uma identidade, que por vezes se torna simbólica e até mesmo inacessível. Fonseca e Ozella (2010) trazem uma nova reflexão, em que a adolescência vai além

do conflito, denominando a fase como “sua história de vida e os eventos psicológicos produzidos por ela”. Informam, ainda, sobre a ligação da adolescência à vulnerabilidade, à não compreensão do próprio ser, à fase da confusão e do desoriento.

Pratta e Santos (2007) trazem atributos a respeito das mudanças ocorridas na estrutura familiar entre o final do século XX e início do século XXI, em sua organização e composição tanto familiar quanto social. A família contemporânea é responsável pelo desenvolver desse adolescente, sendo também influenciadora de problemas psicológicos atuais. Fonseca e Ozella (2010) ressaltam que o indivíduo, ao se perceber adolescente, nessa estrutura familiar, associa a nova fase à perda de privilégios que começa a vivenciar.

Novas angústias, ou ainda, as angústias cumulativas citadas por Damous e Klautau (2016), são possíveis elementos influenciadores da automutilação, sendo consequência do trauma cumulativo, que se estabelece na vida subjetiva do indivíduo de forma silenciosa ou até mesmo invisível desde a infância até a adolescência, deixando marcas nas fases vitais do adolescente, tornando sua vida psíquica intoxicada.

E, em meio a essa vida psíquica asfíxiada, o indivíduo danifica seu corpo com marcas já experimentadas. Pensando nesse formato, Silva e Botti (2017) descrevem a automutilação como uma má adaptação do indivíduo, ou ainda, uma conduta que tem por finalidade equilibrar os sentimentos predominantes.

Outro agente influenciador são as mudanças que começam a surgir com maior propriedade na vida do adolescente, como a puberdade. Drieu et al. (2011) compreendem que a puberdade remete às dificuldades de apropriação subjetiva do adolescente, de integração do feminino ou da descontinuidade na construção do sujeito.

Segundo Oliveira (2006), a inserção sociocultural do adolescente à puberdade faz com que ele reconstrua suas práticas sociais, assumindo assim novos significados e funções na constituição do adolescente. É nesse momento de mudanças e inserção às práticas sociais, em que,

segundo Oliveira (2016), o adolescente busca meios de expressar ou canalizar tais angústias, iniciando o comportamento de automutilação.

Tenório et al. (2017) apontam que geralmente a automutilação entre adolescentes não tem intenção suicida, porém ressaltam que, a partir do momento em que tal ato induzido não mais solucionar e aliviar a angústia que o adolescente busca transferir para o corpo, o suicídio pode ser o próximo passo. Silva e Botti (2017) reafirmam essa afirmação, ao descreverem a automutilação como um parassuicídio, ressaltando a automutilação como um fator de risco para o suicídio consumado, pois é um comportamento autodestrutivo, mesmo que para isso não exista a intenção suicida conscientemente.

Em contrapartida, Mesquita et al. (2011), em seus resultados, apresentam um novo discurso acerca do adolescente e da automutilação, pois em sua concepção os adolescentes que se automutilam sentem vontade de morrer, apresentando intenção suicida ou por vezes tentativas de suicídio. Nessa dimensão, a vontade de morrer sugere uma progressão no sofrimento, quando se atinge um nível insuportável de dor, e então o adolescente busca o suicídio como estratégia para supressão do sofrimento.

Segundo Oliveira (2016), a automutilação reflete as condições socioculturais do adolescente, em seu estudo foi analisado que na atualidade não existe relacionamentos sólidos e sim relações frágeis. Carissimi (2017), ao falar sobre relações, ressalta a parental, que por vezes gera sentimentos de desamparo em seus filhos adolescentes, seja por não dar limites ou ultrapassar os limites deles.

Ainda analisando sobre as condições socioculturais e como esse fator pode influenciar na vida do adolescente, Ozella e Aguiar (2008) constataram que os conflitos vivenciados por adolescentes se diferem a partir de cada classe social onde o indivíduo está inserido, ou seja, o conflito sofrido por um adolescente de classe A não é o mesmo que vivencia um adolescente de classe E, mesmo que ambos sejam de mesma faixa etária.

Os autores falam sobre uma nova concepção de conflito na vida do adolescente que pertence à classe baixa: ele não mais vê a família como o conflito central de sua vida, pois questões financeiras começam a ser o seu problema central, como se inserir no mercado de trabalho ou ainda o medo de não conseguir arcar com os custos na constituição de uma família.

Nessa mesma perspectiva, Hutz e Bardagir (2006) fizeram um levantamento sobre bem-estar psicológico nas redes escolares pública e privada, chegando a concluir que adolescentes de rede pública apresentam menor índice de bem-estar psicológico e grandes níveis de ansiedade e depressão. Silva et al. (2007) confirmam essa hipótese ao constatarem em seu estudo que adolescentes de classes sociais menos favorecidas apresentam menor índice de bem-estar psicológico, ressaltando também que o uso abusivo de álcool é um fator negativo e crenças religiosas são um fator positivo como influências ao bem-estar psicológico.

Carvalho et al. (2016) relacionam a automutilação aos impulsos dos seres humanos, abordados por Freud, que têm como objetivo evitar a dor e buscar o prazer. Nessa perspectiva, o ato de agredir a si mesmo possivelmente está ligado ao destino da pulsão, teoria justificada por Freud ao afirmar que há pessoas que descarregam a sua tensão ao sentir a dor. A automutilação nesse aspecto é descrita como o ingresso para chegar ao estado psíquico normal.

Cedaro e Nascimento (2013) também descrevem a automutilação de acordo com a teoria de Freud, indo além ao relacioná-la ao masoquismo e ao sadismo: “as automutilações seriam manifestações consequentes de fixações pulsionais a um masoquismo primário de um Eu deveras frágil para contrapor às demandas de um gozo materno, cujo vínculo não foi totalmente rompido; ou que está submerso a um sadismo superegoico”.

Romaro (2016) descreve a relação da autodestrutividade ao masoquismo e cita que é uma forma de expiar a culpa. O grande fator preo-

cupante mencionado por ele é o fato de a dor sentida parecer liberar endorfina, o que gera sensação de prazer e alívio, conseqüentemente é fator que contribui para a compulsão à repetição e para as relações abusivas. Arcoverde (2012) reforça essa afirmação quando aponta a automutilação como um círculo vicioso, pois é um sistema de repetição, um ato que é um dano corporal que libera endorfina, gerando bem-estar.

Todavia, ele ressalta ainda que é um comportamento para o qual vai ser necessário aumentar sua repetição dia após dia, pois é um fenômeno que causa tolerância, sua sensação de alívio é temporária e para continuar gerando o mesmo efeito é preciso ele seja aumentado. Constatada também que indivíduos que induzem o comportamento de automutilação saboreiam a experiência de excitação fisiológica após o evento que trouxe o momento de estresse e usufruem da autolesão como forma de defrontar com o estresse.

Tenório et al. (2017) constata que o alívio sentido na primeira lesão não será obtido novamente, o que faz com que os cortes sejam feitos cada vez mais fortes, induzindo a repetição na tentativa de chegar a um estado de alívio vivenciado com a sensação da primeira.

Carissimi (2017) relata sobre a relação da automutilação com as pulsões, que tem por objetivo sempre buscar a satisfação, diferindo da necessidade biológica do indivíduo e assim dando lugar a uma necessidade que por vezes é simbólica. Essas pulsões são intensas e precisam de um destino, assim induzem os adolescentes a aliviar a tensão por meio do corpo, podendo ser entendidas como forma de alívio ou pedido de ajuda.

Tenório et al. (2017) fazem uma análise a esse mesmo raciocínio, descrevendo que o adolescente, ao presenciar situação que não pode controlar, usa da automutilação para transferir o acúmulo de pulsão psíquica ao seu próprio corpo.

Ao se relacionar a automutilação à autoestima, Assis et al. (2003) analisam que os adolescentes têm uma visão muito positiva de si próprios, porém ressaltam que aqueles de baixa autoestima possuem uma

visão menos satisfatória do próprio eu, aparentando um senso de proteção consigo mesmo, sentimentos de inferioridade e grande vulnerabilidade.

Já Freire e Tavares (2011) constataram que a autoestima está mais relacionada a uma satisfação subjetiva, sendo está um bem-estar com a vida e não um bem-estar psicológico. Porém, tanto o bem-estar subjetivo como o bem-estar psicológico aparentam ter em comum o gostar de si mesmo ou da vida que tem. O estado de felicidade descrito por adolescentes é um índice relacionado à autonomia, autorrealização ou motivação.

A autoestima influencia no processo de decisão da vida do adolescente. Hutz e Bardagir (2006) apontam que adolescentes do sexo feminino apresentam média mais elevada em relação à indecisão, ansiedade e depressão, o que pode estar associado à maior preocupação interna que meninas possuem, ou seja, com seu autoconhecimento. Relaciona a indecisão entre adolescentes a um estado deprimido ou ansioso. Quando esses adolescentes não conseguem ter tomada de decisão e escolha, são vistos pela sociedade como incompetentes, gerando desaprovação social.

Arcoverde (2012) constataram que pessoas que apresentavam condutas autolesivas tinham sua capacidade nas resoluções de problemas prejudicadas. Ainda segundo os autores, indivíduos que se encaixam em condutas autoagressivas apresentam baixa autoestima e desesperança, pois não acreditam que existem outras saídas que de fato supram o desejo de aliviar a dor e lidar com os problemas que não seja o ato de se automutilar.

Devido a essa influência da autoestima na vida do adolescente, Tenório et al. (2017) destacam sobre a importância de se trabalhar ao longo da infância noções de imagem corporal, pois, quando essa concepção de corporeidade não é bem desenvolvida, pode favorecer que o jovem entre em conflito consigo mesmo ao adentrar na adolescência. A automutilação é uma busca por controle e solução, através do corpo expressar sua subjetividade.

Oliveira (2016) afirma que a marca é feita no corpo para ser vista, sendo direcionada ao outro como forma de apelo. Carissimi (2017) concorda com essa afirmativa, relatando que as marcas têm o intuito de pedir ajuda, justificando que esses adolescentes não escondem os cortes superficiais na pele, mostrando assim de forma simbólica aquilo que não conseguem expressar por meio da linguagem verbal.

Entretanto, Freitas (2017) entra em divergência ao descrever que os adolescentes sentem vergonha e medo dos cortes feitos na pele, e devido a isso tentam esconder e produzem o comportamento de forma solitária, procurando modos e locais que não possam ser vistos. Por sua vez, Romaro (2016) relata que, pelo fato de os cortes se transformarem em cicatrizes, mesmo que o indivíduo tente esconder as marcas, elas significam o pedir socorro.

Castilho et al. (2010) apresentam em seu estudo uma abordagem em torno do autocrítica. Em seus resultados, eles apontam que adolescentes com auto dano são aqueles com maiores níveis de autocrítica. Nesse contexto, o indivíduo, ao se deparar com questões que não funcionam como planejado ou como era de acordo com seu querer e até mesmo quando erra, apresenta discursos de ódio interno e agressividade contra o eu, consequentemente surgem sentimentos de inadequação nesse adolescente. O autocrítica, no que se refere à automutilação, funciona como um meio de vingança interna, em que o indivíduo irá se castigar por suas falhas e erros cometidos.

Fonseca e Ozella refletem sobre o modo como a sociedade naturaliza o comportamento do adolescente, partindo do pressuposto de que são conflitos e emoções próprios da fase. Ao mesmo tempo, essa sociedade atribui culpa de tal comportamento aos responsáveis por esses adolescentes. Silva e Botti (2017) agregam a responsabilidade do auto-dano prejudicial não apenas ao indivíduo que o faz, trazendo também a reflexão de que o dano também pode ser produzido pela família.

Nesse mesma perspectiva, Mesquita et al. (2011) constataam a influência do funcionamento familiar na vida do adolescente, princi-

palmente referente a comportamentos de risco. Confirmam a hipótese de que o âmbito familiar e humor depressivo estão relacionados, porém nem todo ciclo familiar exerce a mesma influência sobre a sintomatologia depressiva.

Já Pratta e Santos (2017) ressaltam sobre a importância do contexto familiar e pontuam que por mais complexas que sejam essas relações entre família e adolescente, o adolescente continua depositando sentimento de segurança e bem-estar ao meio familiar, indicando valorização à família. Esse fato pode ser justificado em que, por mais disfuncional que seja esse ciclo, é nesse meio que o adolescente se desenvolve e lá permanece por um tempo. Fonseca e Ozella (2010) descrevem o comportamento do adolescente como nada mais que o resultado da cultura e do grupo social em que está inserido.

Em relação ao momento contemporâneo e à automutilação, Romaro (2016) traz um alerta importante a ser observado em nossa sociedade, apontando sobre adolescentes que têm postado fotos em suas redes sociais, expondo a autoagressão aos seus corpos. Esse fato ocorre como forma de arrebanhar muitos seguidores, configurando um entrosamento em forma de comentários de apoio e carinho, o que gera a esses adolescentes o sentimento de pertencimento e identificação. Ressalta também sobre aspectos existentes na atualidade que servem de gatilhos para a autoviolação, como o *bullying*, violência doméstica e sexual, dificuldades acadêmicas e problemas em lidar com críticas.

Ao refletir sobre esse buscar por pertencimento e identificação com outros adolescentes, Silva e Botti (2017) observaram a existência de uma relação entre adolescentes praticantes do ato conhecerem alguém, ter amigos ou familiares que em algum momento também usaram da ferramenta de se automutilar, assim sendo influenciados direta ou indiretamente por eles.

Carvalho et al. (2016) ressaltam que não devemos entender a automutilação como um transtorno, e sim como uma prática, agindo

como um descarregamento das pulsões, que se manifesta na vida psíquica do indivíduo.

Deste modo, é importante proporcionar uma problematização acerca da automutilação. Romaro (2016) incentiva pais, professores e a sociedade a terem um olhar mais cuidadoso e perceptivo às condutas e comportamentos dos adolescentes, pois eles expressam sentimentos de tristezas, ansiedades, agressividade, isolamento e precisam se sentir acolhidos e compreendidos, para que assim possam se assegurar e tornar esses sentimentos carregados em palavras.

Freitas e Souza (2017) refletem sobre a importância de promover reflexões e de expor estratégias e programas preventivos, no intuito de minimizar tais comportamentos autodestrutivos induzidos, ou, até mesmo, evitar que esses comportamentos aconteçam.

4 CONCLUSÃO

Por meio da pesquisa realizada, identificou-se que a busca pelo prazer e pelo alívio, a incapacidade, autoestima, gênero, indecisão profissional, socorro, autocriticismo, vergonha interna, relações familiares, classe social, uso abusivo de álcool, *bullying*, violência, crenças religiosas, contexto, cultura e momento social são fatores que influenciam a automutilação por adolescentes.

Entre as limitações deste trabalho, vale ressaltar que a quantidade de estudos sobre automutilação em adolescentes é baixa, levando assim a buscar outros tipos de descritores que estão relacionados ao tema, ou seja, angústias e conflitos psicológicos na adolescência, que, no caso, possibilitaram um maior esclarecimento acerca do adolescente e sua possível ligação com a automutilação. Foi possível observar que o fenômeno da automutilação é resultante de variadas questões subjetivas, o que dificulta um melhor entendimento do comportamento autolesivo.

Com base nisso, sugere-se que novas pesquisas sobre automutilação sejam realizadas com adolescentes, já que o comportamento au-

tolesivo manifesta-se principalmente na adolescência, tendo em vista a quantidade de artigos publicados nos banco de dados investigados. Recomenda-se também que a investigação seja realizada por meio da análise de estudos de casos, já que é uma importante ferramenta para se compreender diferentes fenômenos acerca do indivíduo.

Diante disso, conclui-se que esta pesquisa, ao trazer possíveis fatores influenciadores à automutilação, contribuirá para que novos estudos científicos sejam realizados, a fim de também contribuírem para que a sociedade esteja aberta a acolher e compreender os conflitos que os adolescentes podem estar vivenciando e enfrentando.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.F.B.; CHATELARD, D.S.; CARVALHO, I. S.; VIANA, T.C. O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. **Revista Estilos da Clínica**. Vol. 21. No.2 São Paulo, 2016.

ARCOVERDE, R. L., SOARES, L. S. L. C. Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. **Psicologia: reflexão e crítica**. Vol. 5. No. 2. Porto Alegre, 2012.

ASSIS, S. G. AVANCI, J. Q., SILVA, C. M. F. P. MALAQUIAS, J. V., SANTOS, N. C., OLIVEIRA, R. V. C. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Revista Ciência & saúde coletiva**. Vol.8 No.3

CARISSIMI, A. C. B. O enigma da adolescência e automutilações na dança da vida. In: **Repositório Digital – Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2017.

CASTILHO, P., GOUVEIA, J. P., BENTO, E. Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes. *Psychologica*. Vol.2. No. 52. P.331-359. Coimbra, 2010.

CEDARO, J.J.; NASCIMENTO, J.P.G. Dor e gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilação. **Psicologia USP**. Vol. 24. No.2. São Paulo, 2013.

DAMOUS, I., KLAUTAU, P. Marcas do infantil na adolescência: automutilação como atualização de traumas precoces. **Tempo psicanalítico**. Vol. 28. No. 2. Rio de Janeiro, 2016.

DRIEU, D.; LELOUEY, N. P.; ZANELLO, F. Ataques ao corpo e traumatofilia na adolescência. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. Vol. XIV. No.1. Rio de Janeiro, 2011.

FREIRE, T.; TAVARES, D. Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. **Revista Psiquiatria Clínica**. Vol. 38 No.5. São Paulo, 2011.

FREITAS, E.Q.M., SOUZA, R. Automutilação na adolescência: prevenção e intervenção em psicologia escolar. **Revista Ciência (In) Cena**. Vol. 1 No.5. Bahia, 2017.

FONSECA, D.C. OZELLA, S. As concepções de adolescência construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Interface – Comunicação, saúde e educação**. Vol.14, No.33, Botucatu, 2010.

HUTZ, C.S., BARDAGIR, M.P. Indecisão profissional, ansiedade e depressão na adolescência: a influência dos estilos parentais. *Psico-USF*. Vol.11 No.1. Itatiba, 2006.

MESQUITA, C. RIBEIRO, F. MENDONÇA, L. MAIA, A. Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**. Lisboa, 2011.

OLIVEIRA, M. C. S. L. Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. **Psicologia em Estudo**. Vol. 11. No. 2. Maringá, 2006

OLIVEIRA, T. A. Automutilação do corpo entre adolescentes: um sintoma social ou alerta de transtorno mental? **In: Repositório Institucional – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**. Salvador, 2016.

OZELLA, S. AGUIAR, W.M.J. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de Pesquisa**. Vol.38, No.133. São Paulo, 2008.

PRATTA, E. M. M., SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**. Vol.2. No. 2. Maringá, 2007.

ROMARO, R. **Autoagressão na infância e na adolescência**. Vilhena, 2016.

SANTOS, A. M. A.; SANTOS, C. A.; FREITAS, L. R. F.; TENÓRIO, M. M. C.; SILVA, R. S. Corpo, injúria e símbolo: a automutilação em jovens. **In: Anais da Mostra de pesquisa em Ciência e Tecnologia 2017**. Fortaleza, 2017.

SILVA, A. C., BOTTI, N. C. L. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. 2017.

SILVA, R.A., HORTA, B. L., PONTES, L. M., FARIA, A. D., SOUZA, L. D. M., CRUZEIRO, A. L. S., PINHEIRO, R. T. Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2007.

A RELAÇÃO DO CIÚME NA VIOLÊNCIA CONJUGAL CONTRA A MULHER

Jéssica Souza Oliveira
Isadora Oliveira Rocha

RESUMO: O presente estudo teve por objetivo a análise das percepções do agressor sobre a violência conjugal contra a mulher e sua relação com o ciúme pelas influências culturais. Foi realizada uma pesquisa onde três (03) participantes agressores do sexo masculino responderam a uma entrevista semiestruturada. Após a transcrição, os dados foram analisados por meio da técnica análise de conteúdo. Os resultados obtidos levaram a construção de três categorias: “Papeis de gênero: Submissão feminina x dominação masculina”, “Vitimização masculina: a não aceitação da violência” e “O ‘desconhecimento’ do ciúme”. Sendo assim conclui-se que são amplos os motivos que levam o homem a cometer tais atos violentos e enfatiza-se a importância da continuidade de estudos aprofundados na Psicologia e em outras áreas do conhecimento sobre a temática.

Palavras-chave: Ciúme; Violência contra a mulher; Relacionamento.

1. Introdução

O número de mulheres agredidas no Brasil vem crescendo constantemente e se tornando um problema de saúde pública, segundo o último Mapa da Violência – Homicídios de Mulheres no Brasil (WAI-

SELFISZ, 2015). De acordo com Adeodato et al (2005), a maioria das agressões contra as mulheres vem do âmbito familiar e são perpetradas não por estranhos e sim pelos parceiros íntimos, caracterizando um contexto de vínculos afetivos/sexuais.

Os elementos que motivam as agressões são diversos. Diante a pesquisa realizada por meio dos estudos de Deeke et al (2009), nota-se que o ciúme tem sido um grande e até um dos principais fatores que levam o homem a agredir uma mulher. Na dinâmica da violência contra a mulher, fenômenos que envolvem o ciúme precisam ser considerados, portanto.

Durante o curso de Psicologia no Centro de Ensino Superior de Catalão (CESUC) são realizadas diferentes oportunidades de Estágio, no vasto âmbito da Psicologia. Durante o nono período, foi possível vivenciar a experiência de estágio na ênfase de Psicologia Jurídica. No estágio eram realizados atendimentos individuais com vítimas e agressores que compareciam à Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM), também na cidade de Catalão, Goiás.

No decorrer do estágio, questionamentos sobre a influência do ciúme no relacionamento conjugal violento começaram a emergir. O elemento “ciúme” aparecia com certa frequência no relato de pessoas atendidas, sejam os homens agressores e/ou mulheres vítimas da referida violência.

Os questionamentos motivaram a busca teórica por artigos científicos e estudos da área, sobre os comportamentos agressivos decorrentes de comportamentos ciumentosos. A partir da pesquisa realizada, tornou-se possível compreender a gravidade das situações encontradas nos inúmeros casos de violência contra a mulher. Ao considerar a gravidade é importante compreender as influências na sociedade e qual a relação do próprio homem com o seu sentimento de “ciúme”. É neste sentido que a presente pesquisa se propõe a ser desenvolvida.

O objetivo principal do presente trabalho, consiste em analisar e compreender como o ciúme do homem pode estar relacionado na

violência conjugal contra a mulher, considerando suas influências culturais. Como objetivos específicos, considera-se a realização de pesquisas bibliográficas sobre as demais definições de ciúme, a compreensão da violência conjugal contra a mulher enquanto grave problema social contemporâneo, assim como analisar a influência da cultura no comportamento do homem sobre a mulher.

2. Referencial teórico

Segundo Adler (1967), o ciúme é definido pelo sentimento onde o homem exerce poder sobre a mulher, “rouba” a liberdade desta e faz com que com que ela ande sobre um determinado trilho. Fala-se do chamado “domínio de propriedade”, aprendido pelo homem por meio da cultura patriarcal, tornando-se um traço de caráter e, ao mesmo tempo, uma “luta” por essa dominação sobre a mulher.

Ao considerar o ciúme como um sentimento emocional, Cavalcante (1997) em seus estudos demonstra que os comportamentos derivantes do ciúme estão presentes em diversas psicoses delirantes associado ao ciúme patológico. O ciúme pode, portanto, se tornar até um problema de ordem psíquica a ser encarado pela Psicologia. Como comportamentos oriundos do ciúme, podem ser apontados: comportamentos violentos, de privação, posse, controle, entre outros (DIAS; MACHADO, 2011).

Devido a tais comportamentos derivados do ciúme, nota-se que a cultura sobre a qual o homem vive, influencia em seu histórico de agressões. Anjos (2000) caracteriza e relaciona o comportamento com a cultura e o gênero. Assim, existem os comportamentos sociavelmente aprovados por cada sexo (o que é correto de uma mulher ser, como o homem deve se comportar). Desde seus primórdios e enraizado pela cultura, a masculinidade é definida por meio da predominância de superioridade do masculino ao feminino, onde a mulher se torna submissa às vontades do homem (CISNE, 2015).

Após anos de lutas pelos direitos das mulheres, no final da década de 80, podem-se encontrar estudos desenvolvidos pelas feministas sobre a definição social dos papéis destinados a homens e mulheres. As diferenças direcionadas entre a construção do feminino e masculino são notáveis neste contexto. Como principal referência, Scott (1989) define gênero em duas partes: uma delas compreende gênero como construção de valores sociais nas diferenças entre os sexos e, outra, como relação de poder associada como forma de demonstrar autonomia diante determinado corpo.

Nos estudos feministas, o fato da predominância do patriarcado não justifica suficientemente a violência contra a mulher. A violência de gênero quando relacionada ao romantismo, consegue mostrar as formas que o homem encontra em exercer poder sobre sua companheira, no sentido tanto físico quanto emocional (BUENO; CARVALHO, 2012). Almeida, Rodrigues e Silva (2007) enfatizam que por ser um espaço único e fechado com características morais, a violência de gênero tende a acontecer mais fortemente ao se estabelecer com as relações íntimas.-

Desde sua colonização, o Brasil segue um modelo para formação da sociedade, na qual a política exercida pelo coronelismo estabeleceu uma relação patriarcal que vem sendo estudado até os dias de hoje (SAFFIOTI, 1979). Nas famílias, as condições das mulheres eram de dependência, da aceitação ao homem para qualquer atividade que lhes fossem submetidas. Na dinâmica da dominação X submissão, o poder do homem sobre a mulher é estabelecido e, então, torna-se caracterizado o patriarcado brasileiro (D'ÁVILA NETO, 1994).

Com o estabelecimento de estereótipos para cada sexo, em uma família a mãe exerce um papel exclusivo de cuidados com filhos e afazeres de casa e o homem como sustentador do lar e provedor da família, de acordo com Cisne (2015). O trabalho desempenhado pela mulher é desvalorizado e o realizado pelo homem é valorizado na sociedade (CISNE, 2015). Nota-se que ainda nos dias atuais, a situação patriarcal

prevalece nas famílias e sociedades, agregando aos valores contemporâneos (CISNE, 2015; VAITSMAN, 1997).

A violência, seja ela contra a mulher ou não, nos leva em busca de uma reflexão por tamanha visibilidade alcançada, se tornando um problema de saúde pública, devido à quantidade de vítimas que procuram por ajuda para suas necessidades (WAISELFISZ, 2015). Em relação a violência sofrida por mulheres, Cirillo e Blasio (1991) relatam que são múltiplos os fatores que buscam entender o silêncio de mulheres que passam por relacionamentos conjugais violentos. A incompreensão social é um desses fatores, assim como o medo dos julgamentos ou até mesmo de ameaças, podem interferir na problemática.

O relacionamento se torna abusivo, quando o homem reconhece que tem poder sobre qualquer atitude de sua companheira (TURATTI; LUCAS, 2016). Castells (1999) indica que a sociedade patriarcal é considerada como base de dificuldade na ruptura das ações culturais onde o homem tem poder sobre a mulher.

Ao se falar da prevalência da mulher no relacionamento mesmo após sofrer os abusos, vários questionamentos começam a surgir. Bucher-Maluschke (2004) salienta que os fatores existentes na relação abusiva vão além de medos e necessidades (como dependência financeira ou afetiva). A afetividade e personalidade são fontes que são encontradas para lidar com esses acontecimentos, portanto é importante buscar conhecer a natureza dos relacionamentos e como eles são construídos (BUCHER-MALUSCHKE, 2004). É notável que o contexto de relacionamentos violentos deva ser compreendido a partir sua complexidade.

3. Metodologia

O presente estudo trata-se de um artigo original, a partir de uma pesquisa qualitativa. A pesquisa segundo Demo (1988) veio para desvendarmos aquilo além do que vimos à primeira vista, um estudo científico mais aprofundado da realidade e que nunca se esgota. Sendo

assim a pesquisa qualitativa se define na obtenção de dados a partir da vivência e contato direto com o objeto de estudo, a fim de compreender sentimentos, comportamentos por meio da perspectiva dos sujeitos analisados.

O estudo de caso foi utilizado como método de pesquisa e fonte para conhecimento de novos fenômenos. Pesquisas de estudo de caso, sejam elas individuais ou grupais, visam entender a complexidade dos casos analisados e tem por objetivo estudar uma unidade ou parte desse todo em profundidade dentro de um período de tempo limitado (CHIZZOTI, 2006).

Para essa pesquisa a abordagem qualitativa foi escolhida a fim de sua interpretação. Para Flick (2009) a abordagem qualitativa é uma ênfase com processos e significados que não são examinados nem medidos rigorosamente em termos de quantidades ou volumes, mas tem por objetivo estudar o fenômeno em toda sua complexidade no contexto natural.

Para a psicologia o estudo de caso é importante e tem certa semelhança com a própria ciência psicológica, pois trata-se de uma investigação delimitada, contextualizada em tempo e lugar para a busca de informações, assim como suas características importantes sobre o objeto de estudo (FLICK, 2009). Sendo assim uma das vantagens do estudo de caso é estimular novas descobertas e enfatizar as dimensões de um determinado problema permitindo a análise desses processos e suas relações sobre eles.

Os participantes da pesquisa foram três (03) homens, agressores atendidos e acompanhados pela Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM – GO) na cidade de Catalão, Goiás. A instituição concordou com a realização da pesquisa nas dependências desta.

Para o processo da coleta de dados foi preciso do auxílio da escrivã da delegacia. A partir de sua intermediação, foi possível estabelecer contato com os agressores que prestavam depoimentos e, assim, poderiam estar presentes para realização da pesquisa. O primeiro contato

com a escritã se deu devido ao estágio realizado na instituição, como processo obrigatório de graduação do curso de psicologia. O estágio na delegacia despertou o interesse pelo tema, pois havia uma procura muito grande de mulheres agredidas por seus companheiros, no qual seus maiores relatos eram sobre os ciúmes exagerados do homem que atrapalhavam a relação do casal.

Uma vez que consentiram com a participação na pesquisa, foi realizada a leitura junto aos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este, emitido em duas cópias e assinado pelos participantes – uma cópia ficou com o participante e a outra com a pesquisadora/autora do presente artigo.

As entrevistas semiestruturadas foram escolhidas como instrumento de coleta de dados. As entrevistas fazem parte do processo de pesquisa e têm por objetivo ir além de observações, por meio do processo de interação entre duas pessoas no qual o entrevistador retira informações do entrevistado (HAGUETTE, 1997).

A entrevista semiestruturada se baseia em perguntas abertas e fechadas previamente definidas, porém feitas informalmente com o entrevistado, podendo assim acrescentar perguntas no momento em que achar necessário a intervenção, para chegar ao assunto de interesse (QUARESMA, 2005). A definição das perguntas que facilitaram as entrevistas se deu a partir da pesquisa e leitura do referencial teórico especializado sobre violência contra a mulher e os sentimentos de ciúme presente nesta violenta dinâmica (DIAS; MACHADO, 2011; CISNE, 2015; TURATTI; LUCAS, 2016).

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Os nomes aqui utilizados são fictícios, apenas as idades são verdadeiras. É importante destacar que todo o processo da pesquisa foi realizado com base em cuidados éticos determinados pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

Os dados foram analisados a partir da teoria de Bardin (1977) por meio da técnica de categorização. A categorização é uma classificação

do que existe em um conjunto pelo isolamento das partes e em seguida sua junção com os critérios já definidos. Como forma de análise do conteúdo aqui estudado a forma de categorização foi escolhida por se basear no agrupamento das partes comuns existentes, como uma forma de organização do conteúdo estudado (BARDIN, 1977).

4. Resultados e Discussão

A partir da categorização foi possível desenvolver três categorias de análise das falas dos participantes, a partir de similaridades entre elas. Como método de apresentação, cada uma das categorias será discutida separadamente, visando maior destaque as suas particularidades e relevância. As categorias são: “Papeis de gênero: submissão feminina X dominação masculina”; “Vitimização masculina: a não aceitação da violência” e “O ‘desconhecimento’ do ciúme”.

4.1 Papeis de gênero: submissão feminina X dominação masculina

Os discursos entre os agressores sobre suas percepções se igualaram em grande concordância quando se tratava dos papeis estabelecidos entre homens e mulheres pela sociedade em uma relação conjugal. Nota-se que a cultura onde determinado ser vive influencia em sua maneira de pensar, assim a violência contra a mulher passa a ser entendida como violência de gênero no qual se estabelece as relações de poderes e distinções entre as características culturais ali estruturadas.

No momento das entrevistas todos os agressores relataram sobre como deveriam ser os papeis em que sua companheira deveria exercer na relação. O participante João, 37 anos, afirma:

Espero que ela exerça um papel de realmente, uma companheira pra estar ao meu lado nas horas boas e nas ruins, e de modo geral sei que algumas mulheres se

destacam melhores do que os homens em algumas profissões, mas eu particularmente eu prefiro uma pessoa que a gente tenha um suporte, uma base familiar.

Segundo Scott (1990) o homem entende que a casa e suas funções dentro dela são deveres da mulher. Ela deve, portanto, exercer o papel de “meretriz do lar”, enquanto o homem é quem tem o domínio desse lar e entende que tudo sempre tem que estar sob controle, mostrando assim sua visão de não autonomia da mulher nas decisões. Pode-se relacionar a teoria de Scott (1990) com a fala de Ismael, 44 anos, que indicou:

Tem que ser mulher, amiga e fazer a matriarca da casa, queira ou não queira ela é mãe então tem que cuidar bem dos filhos, entendeu? Tem uma responsabilidade grande, pois temos dois filhos pequenos, esse é o papel da mulher e o papel do homem é igual ao meu que levanto todo dia às 6 horas da manhã e chego meia noite em casa trabalhando em minha oficina.

Através dos dados coletados nota-se que os agressores entrevistados buscam um papel socialmente dito e influenciado pela mídia sobre um padrão ideal de mulher. Como pode ser observado na fala de Ismael: “Cada um tem que fazer sua parte na relação, como posso chegar mandando em casa não estando no dia-a-dia lá? Da mesma forma é ela dentro da minha oficina, eu falo desse jeito, pois é o que eu penso e falo para ela”. Saffioti e Almeida (1995) salientam como “Síndrome do pequeno poder”, onde o homem tem a reação masculina de se colocar superior às mulheres com quem convivem, e usam a violência como forma de demonstrar sua dominação sobre elas. A forma como o homem é socializado, influencia em sua tomada de decisão na construção do gênero (“ser homem”).

Nota-se que ao relatar sobre o que o homem entende do papel de sua companheira na relação, dois dos participantes relataram que a mulher deve ser companheira e deve apoiá-lo em suas decisões. Os participantes entendem que a mesma tem uma fragilidade maior e mostra inferioridade diante dos papéis estabelecidos entre o casal.

João e Ismael, respectivamente, salientam este dado em suas falas, ao afirmarem que “Existem mulheres que se destacam mais em algumas profissões, mas eu particularmente prefiro uma pessoa que tenha uma base familiar para que as coisas aconteçam no momento de hoje” e “(...) a mulher tem uma responsabilidade grande de cuidar de casa, como lá em casa temos dois filhos então ela tem que estar lá e cuidar da casa e dos nossos filhos”.

Durante a questão: “Em sua opinião, o que você entende sobre o papel de sua companheira na relação? ”, dois dos participantes, João e Ismael, relataram que esperavam que suas companheiras entendessem melhor sua maneira de pensar e soubessem resolver os problemas do casal por meio de conversas para que não tomassem uma “proporção maior” em situações em que não os agradassem. A partir dos estudos sobre a violência contra a mulher, levanta-se o questionamento: evitar que os problemas do casal não assumam proporções maiores seria evitar situações de violência cometidas contra as parceiras?

Villa (2005) entende que uma relação se dá pela escolha livre dos cônjuges para que possam desfrutar de uma boa convivência. As ditas “proporções maiores” em qualquer forma que possam assumir, sejam elas violentas ou não, tratam-se de uma escolha a ser realizada pelos cônjuges no modo de lidar com possíveis conflitos no relacionamento.

A autora referida defende outra interessante ideia. As habilidades sociais existentes entre as pessoas envolvidas no relacionamento, se caracterizam como prefácio para a satisfação conjugal, habilidades essas muitas das vezes confundidas pelo casal como tarefas. Essas tarefas são definidas como o que cada um deve fazer dentro de casa (lavar roupa,

cuidar dos filhos, assistir jogo de futebol, mandar em casa, entre outros) (VILLA, 2005).

Uma relação se dá pelo compartilhamento de ideias e experiências mantendo o respeito prevalecido diante qualquer situação. Quando se dá oportunidade do outro mostrar suas ideias e disponível a receber novas experiências positivas, se torna mais fácil de evitar conflitos posteriores em situações desagradáveis. Não se deve descartar a hipótese, portanto, de que a utilização da violência é uma estratégia para o enfrentamento desses conflitos. De acordo com Alvim e Souza (2005) quando um homem ou uma mulher são agredidos, o foco recai em como são construídos esses relacionamentos e quais são os efeitos em suas vidas. Há, afinal, diferentes estilos de conjugalidade e são diversos os fatores que causam a violência conjugal.

4.2 Vitimização masculina: a não aceitação da violência

No que se referem aos comportamentos internalizados pelos homens, pode-se notar na pesquisa que as vitimizações dos participantes foram semelhantes no decorrer das situações ocorridas com suas companheiras. É notável na fala de Roberto, 37 anos, que relata: “Eu fiquei preso esses dias atrás sem ter feito nada com ela, ela me acusou de ter machucado ela o dia que ela avançou em mim e eu empurrei ela de cima da moto, eu fui preso sem ter encostado um dedo nela”.

Os participantes expressaram a naturalização nos comportamentos que não lhes satisfazem, utilizando dos papéis sexuais estabelecidos como justificativas para o ato de violência quando as mulheres não cumprem os seus deveres domésticos apresentados. Pode-se notar, novamente, na fala de Ismael:

Eu não importo com o que ela faça longe de mim, sempre fui um pai e uma mãe dentro de casa, faço comida, faço tudo, nunca tive ciúme, só que é o seguinte, eu te-

nho meus direitos também de chegar e conversar com ela, se eu não tiver esse direito então fica difícil de um casal viver junto.

Nolasco (1999) relata que devido aos papéis culturalmente aprendidos, os homens encaram o comportamento agressivo e destemido como parte do seu “eu” masculino, levando-os para que desconsiderem seus atos como violentos. Entende-se que o comportamento agressivo é entendido como natural para os homens (NOLASCO, 1999).

É importante ressaltar que todos os entrevistados (João, Ismael e Roberto) negaram a agressão com suas parceiras e mudavam de assunto todas as vezes que a violência que cometeram contra suas parceiras era mencionada na entrevista. Todos os participantes justificaram sua presença na delegacia por meio de outros fatores, se não a violência praticada contra as companheiras. A fala de Ismael retrata o fato citado: “Primeiro temos que saber o que está acontecendo no momento, para depois chegar a uma conclusão. E acontecer o que está acontecendo, não foi da minha parte foi da parte dela, senão eu não estaria aqui, quem sente ciúmes é ela, pelo que fez só pode ser”.

Os homens em geral, veem a princípio a violência como algo condenável e, contrastantemente, tolerável já que ela faz parte dos seus “instintos naturais”. Esse poder que os homens atribuem para sua personalidade, não é construído apenas na forma como eles interiorizam e reforçam comportamentos violentos, mas se dá também pelas influências das instituições sociais, tais como a mídia, a escola, os ambientes de trabalho que exigem comportamentos masculinos voltados à dominação, superioridade (BORDIEU, 2003; NOLASCO, 2001). A violência perpetrada pelos homens, ocorre a partir de uma cultura e de toda uma construção histórica que naturaliza e/ou banaliza a representação masculina, na medida em que o coloca como “bode expiatório” dos problemas atuais da violência, de acordo com Nolasco (2001).

Nos relatos dos participantes, uma característica notável é a vitimização do homem, no processo de culpabilizar os atos femininos. Segundo os participantes, se a mulher não tivesse começado uma discussão ou não aborresse as verdades e/ou crenças masculinas, nenhum conflito na dinâmica conjugal teria sido ocasionado.

Este dado é notável quando Roberto aponta: “Se eu tenho alguma desconfiança eu procuro conversar e espero sempre receber a verdade, mas nem sempre a gente recebe (*confiança*), nem todos são assim, isso que leva a acontecer algo pior”.

Um outro aspecto que merece ser destacado na presente pesquisa, é o fato de que os participantes tendem a acrescentar terceiros as suas histórias, para demonstrar que não se comportam como todos os homens deveriam se comportar, caso houvesse alguma situação que os contrariassem. Por trás desta postura, mais uma vez, pode-se observar a transferência da responsabilização dos seus atos para as vítimas. Como podemos ver na fala de Ismael:

Eu falei daquelas amizades, que não presta e ela insistiu em uma coisa até acabar com o casamento, uma amizade de cinco meses acabar com um casamento de dez anos. As amizades vêm em primeiro lugar para ela, infantilidade da cabeça dela, pois eu havia avisado que não presta que eu não queria, tentei avisar não foi só uma vez, e não adiantou e chegou ao ponto em que chegou.

Freitas (2011) afirma que os agressores têm uma significativa dificuldade em observar os seus próprios sentimentos. Assim, os homens não se sentem responsáveis pelos seus atos violentos e com frequência direcionam a culpa à quem esteja por perto (FREITAS, 2011). Como no exemplo citado anteriormente, do participante Ismael, este chega a afirmar que “não queria” o relacionamento de amizade da ex-companheira,

mas conclui que a culpa do relacionamento ter acabado é justamente de sua então esposa, não percebendo o impacto de suas ações restritivas no relacionamento deles.

É notável que uma das formas em que o homem encontra ao retirar sua culpa do ato agressivo é de desqualificar suas companheiras por um comportamento não esperado e reconhecer seus próprios atos como aceitáveis pelo que a sociedade impõe. O homem age como aquele que procure manter a ordem do casamento e a mulher, aquela de comportamento desviante.

4.3 O “desconhecimento” do ciúme

Em um dos momentos da entrevista, houve uma determinada fala semelhante e repetitiva entre todos os participantes, que chama a atenção da presente pesquisa. Os participantes “desconheceram” o significado da palavra ciúme. Na ocasião da entrevista, era realizada a seguinte pergunta: “O que é ciúme para você?”. Ao esperar a resposta, fez-se notável que todos os participantes não encontraram palavras para descrever o “ciúme”. Todos os participantes afirmaram “não saber” o que é o ciúme.

Em contraste, um elemento que merece atenção é o fato de que logo adiante, no decorrer da entrevista, todos os participantes diziam “não sentir ciúmes” de suas companheiras. Podemos observar a contradição na fala de Roberto, por exemplo: “Eu não sei te responder, não tenho palavras, eu não tenho ciúmes, ela é quem tem ciúmes exagerados de mim, tem ciúmes até dos meus amigos homens”.

A palavra “ciúme” pode ser definida por diversos autores com significados diferentes. Entre eles, Silva, Fonseca e Gomes (2007), relatam que o ciúme é entendido pelo homem como componente do amor, e nas relações de violência é usado para camuflar a atividade agressiva contra a mulher. É perceptível nos participantes essa concepção (ou confusão) do significado. Uma hipótese possível de ser levantada é o fato de que os

papéis estabelecidos pela sociedade indicam a relação do poder do homem, quanto à submissão da mulher, entendendo assim que suas atitudes não são agressivas, mas sim protetivas (SILVA; FONSECA; GOMES, 2007; TURATTI; LUCAS, 2016).

João, em um dos momentos da entrevista, afirma o seguinte: “o ciúme pode ser uma insegurança e também pode ser uma demonstração de afeto, desde que tenha uma certa dosagem, lógico. Seria mais uma forma de cuidado a mais e que demonstra uma certa ligação no afeto”. A negação desse ato de ciúme se dá pelo sentimento de posse e dominação, escondida por meio de um afeto positivo expresso por meio da figura do cuidado (SILVA; FONSECA; GOMES, 2007).

A psicologia utiliza do conceito “percepção” para compreensão dos aspectos exigidos em um caso. No presente estudo não há como falar de percepção, sem falar das influências sociais as quais o homem está sujeito a sofrer. Percepções estas vindas por heranças culturais que atribuem a desigualdade entre os direitos e deveres sobre as mulheres, levando assim ao desconhecimento da palavra ciúme e ao mesmo tempo a justificativa de não existir ciúme na relação (BARROSO, 2008).

O desconhecimento do ciúme também é perceptível na fala de Ismael: “Eu aprendi que o ciúme é uma doença, e eu não sinto ciúmes, eu apenas faço orientações de marido para mulher, eu acho que eu tenho o direito de perguntar o que está acontecendo em nossa relação, se eu não tiver esse direito eu não sei como funciona uma relação”. Muitos utilizam dessa percepção para desviar o foco da atenção sobre o ciúme. Goleman (2003) destaca que uma das formas de bloquear o ato agressivo do homem é a “racionalização”. Ato este que pode ser observado na fala de Ismael ao tentar relacionar o “ciúme” como um “direito” de marido para/com a sua mulher – e, mais uma vez, demonstrando também o sentimento de posse e dominação masculina (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995; TURATTI; LUCAS, 2016).

A violência como já vista anteriormente vem influenciada de alguns outros estímulos incentivadores, e um dos motivos encontra-

dos na pesquisa foram o jogo de poder e o ciúme. Galvão e Andrade (2004) indicam que essas são características encontradas na construção dos papéis masculino e feminino e das desigualdades presentes nas relações.

Sendo assim, percebe-se que a forma como o homem compreende os seus atos agressivos influenciam ao não reconhecimento da violência relacionado ao ciúme. Giddens (1993) afirma que os homens são privilegiados nos envoltimentos violentos. O homem, portanto, entende que tem que compor uma identidade honrada e digna de admiração e respeito, caso contrário estes fatores podem ameaçar sua masculinidade (BORDIEU, 2003).

Este fato pode ser percebido na fala de João ao indicar: “Não tenho essa característica tão forte de ciúme por experiências passadas minhas, tenho mais é insegurança por questão de confiança. Sou homem e às vezes há desconfiança de existir outra pessoa, preciso impor meu respeito como tal.” No caso, é notável que João afirma precisar impor o seu respeito, justamente por ser homem.

A condição “ser homem” e “ser mulher”, determinam as imagens que as pessoas devem ter em sociedade (CISNE, 2015; ROCHA, 2017; SAFFIOTI, 1979; SCOTT, 1989). Como um dos principais desencadeadores do comportamento agressivo, o ciúme e o sentimento de traição, prevalecem como sentimentos de medo e perda de controle sobre sua parceira, ferindo sua crença de virilidade masculina (DEEKE, BOING; OLIVEIRA; COELHO, 2009). As ditas imagens que homens e mulheres devem ter em sociedade, são determinantes na divisão entre os papéis de um casal, no qual há a imagem permitida para quem pratica violência (homem) e quem deve recebê-la (mulher).

5. Conclusão

Este estudo teve por base compreender qual seria a influência do ciúme na relação conjugal e a violência contra a mulher. Considerou-se

a indicação de quão ampla são as visões dos agressores, referente às suas percepções sobre a violência contra sua companheira.

O ciúme é considerado como um dos principais fatores que levam o homem a agredir tanto físico quanto verbalmente uma mulher (SILVA; FONSECA; GOMES, 2007; TURATTI; LUCAS, 2016). O presente estudo possibilitou a compreensão de como os fatores culturais influenciam na percepção do homem sobre si, o modo como os costumes são internalizados e como interfere diretamente no relacionamento com o outro – ou, no caso da pesquisa, com a outra, a cônjuge.

A partir dos resultados obtidos pode-se observar que o homem tende a negar para si próprio o sentimento de ciúme. Todos os homens participantes se colocaram enquanto vítimas nas situações de agressões. A dificuldade do homem em entender o impacto de suas ações, é possível de ser compreendida a partir do que os é ensinado desde seu nascimento, relativo aos seus comportamentos serem naturais do próprio homem e que ele precisa sempre reafirmar para o outro e manter a sua postura de masculinidade para a sociedade (CISNE, 2015; NOLASCO, 1999). O reconhecimento da agressão motivada pelo ciúme é nulo na presente pesquisa. O homem tende a culpabilizar a sua companheira pelos seus atos ou até mesmo a presença de terceiros como justificativa da sua vitimização.

Pode-se verificar que os participantes não souberam definir ao certo o que entendiam por ciúmes mas que ao relatar em como eram suas relações negaram ter a característica “ciumento”. Demonstraram, assim, que existe uma confusão nas percepções dos seus atos. Ao assumir esta postura, os homens parecem não se sentir culpados, porque, para eles, a ação violenta não existiu.

A partir da realização deste estudo, notou-se a importância da atenção da Psicologia a estudos no vasto campo das violências contra as mulheres (ROCHA, 2017). Percebe-se que as justificativas para quaisquer tipos de comportamento (principalmente os de ordem violenta), vão além do que foi visto em uma primeira vez/primeiro con-

tato, principalmente no que se refere às ideias do senso comum entre relacionamentos heteronormativos e os papéis de homens e mulheres na sociedade. Salienta-se aqui, a importância da realização de estudos nesta mesma ênfase com maior amostra, a fim de dar continuidade à compreensão do proposto fenômeno.

Intermediado por um estudo mais aprofundado, foi possível compreender como esses atos violentos tendem, infelizmente, a perpassar a conjugalidade e quais aspectos os influenciam – o ciúme tendo destaque neste cenário, mesmo quando negado. A realização de pesquisas voltadas a esta problemática, principalmente na Psicologia, deve ser entendidas não como justificativas para as agressões, mas, sim, para divulgar a complexidade do funcionamento sentimental, comportamental e mental das pessoas envolvidas, sejam elas agressores ou vítimas. Há o intuito de visibilizar a dinâmica dos relacionamentos violentos, assim como proporcionar possibilidades em saber como lidar com a violência contra a mulher, fenômeno tão preocupante e crescente na atualidade.

Referências Bibliográficas

ADEODATO, V. G. et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 108–113, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/14.pdf>>. Acesso em 05 de ago. 2018.

ADLER, A. **A ciência da natureza humana**. 6. Ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1967.

ALMEIDA, T; RODRIGUES, K. R. B; SILVA, A. A. O ciúme romântico e os relacionamentos amorosos heterossexuais contemporâneos. **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 83–90, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n1/10.pdf>>. Acesso em 19 de ago. 2018.

ANJOS, G. **Identidade Sexual e Identidade de Gênero**: subversões e permanências. Porto Alegre: Sociologias, v. 2, n. 4, p. 274–305, 2000.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n4/socn4a11.pdf>>. Acesso em: 08 de maio 2018.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Edições 70, Lisboa: 2010.

BARROSO, Z. Violência na relação amorosa. In: **VI Congresso Português de Sociologia** – Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Nova de Lisboa, 2008. Disponível em: <<http://historico.aps.pt/vicongresso/pdfs/597.pdf>>. Acesso em 19 de set. 2018.

BORDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Vínculo, afetividade e violência: Desafios para a família e a sociedade. In: Bucher-Maluschke, J. S. N. F. ; Maluschke, G.; Hermanns, K. (Eds.), **Direitos humanos e violência: Desafios da ciência e da prática**. Fortaleza, CE: Fundação Konrad Adenauer, p. 157-170, 2004.

BUENO, J. M. H.; CARVALHO, L. F. Um estudo de revisão do Inventário de Ciúme Romântico (ICR). **Psicologia e Reflexão Crítica**. Recife, v. 25 n.3. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n3/v25n3a03.pdf>>. Acesso em 07 de nov. 2018

CARDOSO, B. L. A. **Habilidades sociais e satisfação conjugal de mulheres em situação de violência perpetrada pelo parceiro íntimo**. Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Luiz, 2017. Disponível em: <<https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/1746>>. Acesso em 10 de out. 2018.

CASTELLS, M. A. **A Era da informação: economia, sociedade e cultura**. Porto Alegre: Sociologias, 1999.

CAVALCANTE, M. **O ciúme Patológico**. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997.

CISNE, M. Direitos humanos e violência contra as mulheres: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Serviço Social em Re-**

vista, v. 18, n.1, p. 138-154, 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/23588>>. Acesso em 10 de set. 2018.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

DEEKE, L. P. et al. A Dinâmica da Violência Doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n.2, p. 248-258, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/08.pdf>>. Acesso em 10 de ago. 2018.

DEMO, P. **Introdução à metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1988.

DIAS, A. R. C. D.; MACHADO, C. Amor e violência na intimidade: da essência à construção social. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 496-505, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n3/07.pdf>>. Acesso em: 18 de set. 2018.

D'ÁVILA NETO, M. I. **O autoritarismo e a mulher**: o jogo da dominação macho-fêmea no Brasil. Ed. 07. Rio de Janeiro: Artes & Contos, 1994.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa**. Ed. 03. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAS, L. Representações de Papeis de Gênero na violência conjugal em inquéritos policiais. **Cadernos de linguagem e Sociedade**, v. 12, n.1, p. 128-152, 2011.

GALVÃO, E. F.; ANDRADE, S. M. **Violência contra a mulher**: análise de casos atendidos em serviço de atenção a mulher no município do sul do Brasil. Ed. 13. Londrina: Saúde e Sociedade, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/09.pdf>>. Acesso em: 18 de set. 2018.

GIDDENS, A. **A transformação da Intimidade**. São Paulo: UNESP, 1993.

GOLEMAN, D. **Mentiras essenciais, verdades simples**: A psicologia da autoilusão. Rio de Janeiro, ROCCO, 2003.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologia qualitativas na sociologia**. Ed. 05. Petrópolis: Vozes, 1997.

NOLASCO, S. **O peso da cultura**. Brasília: Rev. Maria Maria, 1999.

NOLASCO, S. De **Tarzan a Simpson, banalização e violência masculina**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

QUARESMA, V. B. S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>>. Acesso em 20 de set. 2018.

ROCHA, I. O. **Perspectivas de adolescentes do sexo feminino sobre gênero e violência: um estudo feminista**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, Brasil, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24777/1/2017_IsadoraOliveiraRocha.pdf>. Acesso em 17 de out. 2018.

SAFFIOTI, H. I. B. **A Mulher na Sociedade de Classes**: Mito e Realidade. São Paulo: Livraria Quatro Artes Editora, 1979.

SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero, poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 1995.

SILVA, F. D.; FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Relação entre ciúme e violência na percepção dos agentes comunitários de saúde. **VITALLE**, v. 19, n. 2, P. 11–27, 2007.

SCOTT, J. W. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. New York: Columbia University Press, 1989.

SCOTT, R. P. O homem na matrifocalidade: Gênero, percepção e experiências do domínio doméstica. **Cad. Pesq.**, v. 73, p. 38–47, 1990.

Disponível em: <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1095>>. Acesso em 17 de out. 2018.

TURATTI, M. C.; LUCAS, M. G. Compreendendo o ciúme na relação conjugal: um olhar sistêmico. **Unoesc & Ciência**, v. 7, n. 2, p. 145-152, 2016. Disponível em: <<https://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/11945>>. Acesso em 17 de out. 2018.

VILLA, M.B. **Habilidades Sociais no Casamento**: avaliação e contribuição para a satisfação conjugal. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-22012008-083741/pt-br.php>>. Acesso em 04 de set. 2018.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil**. Brasília: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, 2015.

O PROCESSO DE ESCOLHA PROFISSIONAL E A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS: UM ESTUDO À LUZ DE PERSPECTIVAS CRÍTICAS EM PSICOLOGIA

Isadora Oliveira Rocha
Janaína Cassiano Silva

RESUMO: A partir de um viés crítico em Psicologia, compreende-se que o ser humano é constituído em grande parte pelo meio social, com influência de relações igualmente sociais e também do contexto histórico e cultural o qual cada indivíduo vive em diferentes etapas de vida. O trabalho é frequentemente visto por teorias marxistas como mais um elemento que ajuda a compor esta subjetividade. Pensando em como os adolescentes participam deste processo de composição da identidade, a presente pesquisa foi delimitada a partir do objetivo em compreender o processo de escolha profissional de por alunas/os do ensino médio, a partir da perspectiva de em uma escola estadual, na cidade de Catalão, Goiás. O estudo também buscou compreender a inserção da Psicologia no contexto escolar, focada na realização da orientação profissional em escolas estaduais, a fim de refletir acerca da prática destes profissionais. Para atingir os objetivos, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. Os resultados apontaram a não realização de orientação profissional por parte da psicóloga ou uma orientação feita de maneira equivocada pela escola. Deste modo, acreditamos que esse estudo possa contribuir para

que a Psicologia (re) pense modos de atuação que abarquem jovens em fase de escolha, assim como a problematização sobre o modo o qual os adolescentes tendem a realizar suas escolhas profissionais.

Palavras-chave: Orientação Profissional. Psicologia. Trabalho. Adolescência

Introdução

Ao pensar de acordo com estudiosos da Psicologia Crítica e sua associação ao marxismo, o indivíduo é um ser social. Este homem¹, portanto, é formado a partir de uma vivência histórica, um meio cultural e as relações sociais que o permeiam (AGUIAR, 2006; AITTA; FACCI, 2011; MARTINS, 2011).

Segundo Aguiar, Bock e Ozella (2001), o adolescente visto a partir desta perspectiva, é um indivíduo que, não diferente de qualquer outro, sofre incontáveis influências de todos estes três elementos para a construção de sua subjetividade. Contudo, o que difere a adolescência de outras fases do desenvolvimento humano, é que este período é “significado, interpretado e construído pelos homens” (AGUIAR; BOCK; OZELLA 2001, p. 168). Pode-se concluir que para compreender as múltiplas características que podem vir a contemplar a adolescência, faz-se necessário entender o desenvolvimento e o contexto histórico da mesma.

Dito isso, pensa-se que talvez o ambiente escolar possa ser o local mais propício para obter uma ideia desta “heterogeneidade” que perpassa a escola, sendo esta formada pelas diversidades da juventude (CARRANO, 2005).

Seguindo este viés da convivência escolar, Freire (1996, p.19) aponta o quão é raro conceber a escola como um ambiente de caráter

1 É importante ressaltar que o uso frequente do conceito de “homem” no presente trabalho, não se refere a uma questão de gênero, mas sim, quanto ao substantivo geral, mais comumente utilizado por autores da Psicologia Crítica, ao se dirigirem aos indivíduos, sendo estes mulheres ou homens. Consideramos, contudo, as interseccionalidades de gênero, raça e classe social, na compreensão dos seres humanos.

socializante, sendo que o que é constantemente associado ao ambiente escolar, são os conteúdos aprendidos, a chamada “transferência do saber” e “atividade ensinante”. Enquanto isso, as experiências de trocas pessoais - em nível de relação professor e aluno, assim como aluno e demais colegas e/ou outros funcionários da instituição – que são vivenciadas neste local, são esquecidas.

Martins (2011, p. 212) indica a aquisição das particularidades humanas, sendo feita a partir destas relações pessoais, as quais “constituem-se a partir do universo de objetivações humanas disponibilizadas para cada indivíduo singular pela mediação de outros indivíduos, ou seja, por meio de processos educativos”.

É justamente neste ponto que o presente trabalho começa a delinear-se, pois é possível compreender a educação escolar a serviço de um mesmo desenvolvimento para os estudantes, sendo que Saviani (2011) indica:

[...] o trabalho educativo é o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens. Assim, o objeto da educação diz respeito, de um lado, à identificação dos elementos culturais que precisam ser assimilados pelos indivíduos da espécie humana para que eles se tornem humanos e, de outro lado e concomitantemente, à descoberta das formas mais adequadas para atingir este objetivo. (SAVIANI, 2011, p. 13).

Para a composição do presente estudo, pensou-se a partir da perspectiva do trabalho como o formador da essência humana (SAVIANI apud SILVA; HAI, 2011) e como o espaço escolar se vê atrelado a esta realidade, uma vez que este é um local que contém – e, aqui, delimita-se o foco - adolescentes vivenciando uma fase de escolha profissional,

os quais deveriam optar por trabalhos que os auxiliem no processo de construção e humanização, fugindo de uma ocupação aleatória e alienante. O desenvolvimento desta pesquisa pretende esclarecer dúvidas referentes a temática exposta, pensando sempre no ambiente escolar como espaço de produção de subjetividade, assim como um local que possibilita o diálogo acerca de novas práticas e discursos, especialmente aqueles que dizem respeito ao futuro profissional dos jovens e a formação de um pensamento crítico acerca desta escolha.

O objetivo geral deste trabalho foi compreender o processo de orientação/escolha profissional em instituições públicas de um município do sudeste goiano à luz de uma perspectiva crítica em Psicologia. Como objetivos específicos temos: a) Reiterar o ambiente escolar como um campo de atuação do psicólogo; b) Compreender o ambiente escolar como espaço de produção de subjetividade; c) Refletir acerca da orientação/escolha profissional e a sua vinculação com o processo de escolarização do sujeito.

A orientação profissional e a constituição da subjetividade

De acordo com Saviani (2004), o/a professor/a se encontra em uma posição que lida constantemente com um aluno que é concreto, ou seja, um estudante que é caracterizado por ser resultado de inúmeras relações sociais, que, por sua vez, são muito específicas da cultura em que este sujeito está inserido. Do mesmo jeito, a perspectiva da escola que ele frequenta é caracterizada de acordo com as localidades em determinada sociedade, sendo que elementos que compõem este espaço, possuem relevância quando se pensa na concepção deste local de estudo.

Ao pensar na adolescência e nesta construção do indivíduo a partir das relações sociais, é notória a relação que se faz entre adolescente e a identidade grupal, sendo esta, referente ao grupo o qual este pertence. Facci (2004) aponta que neste período do desenvolvimento, o adolescente tende a recorrer na relação com o seu grupo, uma “forma de po-

sicionamento pessoal diante das questões que a realidade impõe à sua vida pessoal e social” (FACCI, 2004, p. 71).

A relevância em pertencer a um grupo por parte dos adolescentes, é interpretada por Becker (1994) a partir da análise de que o adolescente se encontra, de certa forma, marginalizado em relação ao estado anterior de criança e ao estado futuro, que seria a fase adulta, é como se um sentimento de “deslocado” apossasse deste jovem. Com isso, o grupo aparece na realidade da adolescência como um auxílio para o mesmo encontrar sua própria identidade em um contexto voltado ao social.

Nesse sentido, a escola é a instituição que mais influência na formação da personalidade do sujeito, sendo que este processo ocorre, principalmente por meio do ensino (MARTINS, 2011). Este ensino auxilia no desenvolvimento e formação dos processos funcionais e demonstra ser uma “condição imprescindível ao desenvolvimento do pensamento”, indicando que o estudante obtém o real conhecimento de diversas questões que abarcam conteúdos cotidianos, a partir da vivência de uma educação proveniente do meio escolar (MARTINS, 2011, p. 237).

Para Saviani (2012) o conteúdo da essência humana é o trabalho e tal afirmação se dá com base na construção do homem por meio de sua própria ação no mundo, visando sua respectiva mudança. Isto é o que Bock (2006) aponta como o ser humano ser autor e ator de sua própria história.

Quando se pensa na temática central da presente pesquisa – Orientação Profissional – é possível relacionar se esta proposta de orientação vem sendo aplicada em escolas a partir do viés explicitado por Saviani (2011). O autor afirma que a existência da escola não é suficiente se houver apenas um saber sistematizado. Portanto, seria interessante pesquisar se as orientações desta natureza vêm sendo desempenhadas a partir de um processo dosado e sequencial, no qual o adolescente possa participar e refletir cada etapa do processo.

Aguiar, Bock e Ozella (2001) defendem a Orientação Profissional enquanto uma possibilidade de se criar uma intervenção, que aja em

conjunto com reflexões e informações sobre múltiplos aspectos da escolha profissional, para que o sujeito que se localiza em uma posição de escolha, possa se apropriar de suas vontades, conhecendo-se a partir da perspectiva de que é um sujeito singular, social e histórico.

A função de psicólogas/os que se propõem a desenvolver uma orientação profissional, engloba a necessidade de discutir com os sujeitos como escolher, como desenvolver esse processo de escolha, ao invés de o que escolher. É preciso, portanto, desenvolver um trabalho que não se direcione as aptidões e interesses do adolescente como elementos norteadores desta escolha profissional. Na verdade, o caminho a se percorrer, é inversão a este, pois é necessária a promoção de reflexão de que estes interesses e aptidões, não são permanentes na vida de nenhum sujeito, por isso a importância de focar e problematizar aspectos como estes, tais como a composição da identidade a partir de um autoconhecimento e correlação entre a subjetividade do jovem e fatores que compõem a realidade do mundo trabalhista (DUARTE et al, 2009).

Metodologia

Trata-se de um trabalho pautado a partir dos preceitos de pesquisa de campo, qualitativa. De acordo com Spink (2003) a pesquisa de campo é comumente conhecida no âmbito da pesquisa em Psicologia Social e tem como objetivo descrever um tipo de pesquisa realizada, como o próprio nome já indica, em um meio natural em que as pessoas vivem, sendo que este, não seja restrito aos laboratórios de estudos.

O processo metodológico do estudo pode ser descrito da seguinte forma: a) estudo bibliográfico; b) levantamento de dados; c) análise dos dados à luz da psicologia crítica. O primeiro elemento é igualmente pautado a partir da abordagem supracitada, pretendendo iluminar alguns aspectos como, por exemplo, a visão de homem e sua relação com o trabalho, impacto escolar na construção da identidade do adolescente,

as escolhas que estes necessitam fazer ao alcançar certa idade e o peso que as mesmas impõem a estes jovens, entre outros.

O levantamento de dados foi realizado com a anuência da Subsecretaria Regional de Educação de Catalão e do Colégio Estadual Dona Iaya – Colégio indicado pela própria subsecretaria para realização da pesquisa. Houve a participação de 03 (três) alunas/os Catalão/Goiás e da psicóloga que trabalha na Subsecretaria Regional de Educação deste município.

É importante ressaltar que a escolha das/os alunas/os, foi feita aleatoriamente, a partir da aceitação da escola que estas/es estudam. O primeiro contato foi estabelecido por meio da explicação acerca da concepção do estudo, em conjunto com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) pelas/os participantes. Neste momento esclarecimentos referentes ao estudo e aos objetivos deste, informações sobre a entrevista, garantia de anonimato, entre outras questões, também foram disponibilizados, pois o presente estudo foi constituído pelos cuidados éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, sendo uma entrevista direcionada à psicóloga da instituição e outra as/aos alunas/os. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Os nomes das/os participantes utilizados na pesquisa são fictícios.

Resultados

1. Entrevista com Alunas/os

As entrevistas foram realizadas no período matutino, durante uma aula de quarenta e cinco (45) minutos de Biologia, turma “A”, de maneira individual e na biblioteca da escola – local este indicado pela própria coordenadora, devido a privacidade deste.

A partir dos dados coletados nas entrevistas com os estudantes, foi notório o fato de que não é realizado um projeto que visa abordar e discutir a questão da escolha profissional na escola. Muitas vezes, há a intenção de desenvolver uma ação que promova uma discussão deste tema, entretanto, este intuito se confunde com outros elementos e é colocado em prática a partir da perspectiva de palestras motivacionais. A partir dos diversos assuntos que são tratados de acordo com o método de motivação, também se aborda mais diretamente o tema *futuro profissional* com alunas/os do segundo e terceiro ano do Ensino Médio – o que tende a não ser bem visto pelos próprios estudantes, pois estes consideram estas palestras “chatas” e que “não tem nada a ver com escolha de profissão”.

Outro dado que demonstra considerável importância e foi verbalizado por todos os estudantes entrevistados, é referente à ausência de um/a Psicólogo/a Escolar na instituição e, o desconhecimento por parte das/os alunas/os, da existência de uma psicóloga que atende na Subsecretaria Estadual Regional de Educação da cidade.

Quanto a esta participação dos professores na fase de escolhas, as/os participantes relataram que não há muito tempo em abarcar tais questões, entretanto cada um mencionou um professor específico e suas contribuições ao tema. Eliana², por exemplo, afirmou que há “uma orientadora, ela ajuda os meninos que têm problema na sala, que são especiais, então ela ajuda muito (...) porque as vezes a pessoa sonha demais com uma coisa que você não consegue no momento, então ela ajuda a abrir os olhos da pessoa”. Já Laura, atribuiu tal contribuição a professora de Ensino Religioso, que por sua vez, realiza dinâmicas de grupo com os estudantes..

Ao tentarem explicar a ausência de uma discussão mais frequente realizada na sala de aula, partindo da iniciativa do grupo de professores, Diogo, afirmou que este fato ocorre devido o último ano do Ensino

2 Foram atribuídos nomes fictícios aos alunos entrevistados visando resguardar o sigilo quanto à identidade dos mesmos, atendendo aos preceitos éticos na pesquisa.

Médio ser muito “corrido” e, desta forma, “às vezes não tem tempo, porque é muito conteúdo e às vezes não dá tempo de ter esses debates na sala”.

Eliana, ainda frisa que os professores contribuem mais exclusivamente na discussão de prováveis conteúdos das provas do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e conclui, que em relação às discussões são “(...) nada assim de profissão”. Com isso, entende-se as queixas das/os alunas/os não em relação a postura do professor, mas sim no que concerne a necessidade de haver um espaço para discutir as ideias do grupo em grupo, ao mesmo tempo que poderiam problematizar e verbalizar as angústias e possibilidades frente à escolha profissional.

As perguntas referentes ao processo de escolha profissional foram abordadas por último. Abaixo listamos algumas constatações: a) O quanto as/os alunas/os tendem a se angustiar por diversos motivos ao vivenciarem essa etapa decisiva; b) Conhecimento precário acerca dos programas de bolsas oferecidos pelo governo; c) Devido o fator anterior e em conjunto com a condição financeira de cada um, certa inclinação para escolherem cursos localizados na cidade natal, contudo, cursos que não são os que os adolescentes mais se identificam e/ou gostariam de estudar, demonstrando, portanto, a indecisão constante na vida destes estudantes; d) Ausência dos cursos técnicos como opção de continuidade de estudo; e) Um estudante queixou-se da pressão familiar; f) Dois estudantes mencionaram certa tendência crescente de alunas/os que demonstram interesse em cursar Psicologia; g) A existência de um número considerável de colegas que pretendem não cursar nenhuma faculdade, porque, assim como a aluna Laura indicou: “(...) acham que é bicho de sete cabeças, outros já pensam que talvez não vai dar certo, outros pensam no futuro, que vai dar tudo certo, então tem essa autoestima nessas pessoas.”.

Por fim, quanto ao desejo em serem auxiliados neste processo de escolha profissional, a resposta foi unânime e, as/os alunas/os indica-

ram que gostariam de passar por esta etapa com a ajuda da Psicologia. Inclusive poderia auxiliá-los em situações do cotidiano. Eliana, afirmou que: “Eu queria muito, é preciso. (...) eu acho que todo mundo precisa de um direcionamento melhor, pro que quer fazer assim. Tem muita gente que está desmotivado, que não quer fazer porque acha que não vai conseguir, então precisa de uma ajuda mais ampla assim, focada mesmo só nisso, eu acho.”.

Diogo, destacou que:

Seria interessante, porque eu tô em dúvida né? E seria interessante pra eu decidir, até porque as pessoas já conhecem mesmo (...) conhecem como é o processo, então talvez tem um amigo que estuda, e ele fala sobre a faculdade e já dá pra ter uma ideia de como funciona naquele curso, e poderia dar um pontapé inicial pro aluno, explicando como funciona, ajudando ele a se decidir quanto a isso. (...) Porque as vezes pode até nos atrapalhar assim, na hora de fazer uma prova, você está em dúvida sobre o que vai fazer, te mate a nota de corte, você fica com essa dúvida e isso pode até atrapalhar na hora de fazer avaliação pra ingressar no ensino superior. Eu acho que iria ajudar bastante se tivesse ajuda psicológica na escola.

Por fim, Laura, demonstrou empolgação ao afirmar que “gostaria muito” que um trabalho desta ordem fosse implantado na escola e justificou dizendo que este trabalho poderia ajudar a “(...) abrir a mente das pessoas que não quer fazer, por exemplo, faculdade e abrir a mente deles, ter mais conhecimento, porque aqui na escola não tem esse negócio de Psicologia, dos Psicólogos ajudar”.

2. Entrevista com a Psicóloga

A entrevista com a psicóloga foi realizada no período vespertino, a partir de um horário previamente estabelecido e marcado, que não prejudicasse os compromissos da profissional. Com isso, a entrevista se deu na sala da mesma (localizada na Subsecretaria Regional de Educação) que é dividida com outros especialistas.

A profissional atua na área de Educação há vinte e dois anos e atualmente desempenha um trabalho voltado à inclusão nas escolas da cidade, assim como em algumas cidades vizinhas. Em relação ao tema de pesquisa, afirmou não ser de sua função realizar ações voltadas à escolha profissional ou uma orientação profissional com os jovens, ressaltando ainda, que na cidade pesquisada, não existe nenhuma equipe ou Psicólogo (a) contratada pelo Estado que realize um trabalho deste viés em escolas públicas.

Contudo, a entrevistada acredita que um projeto e/ou trabalho nesta temática, seria muito interessante se fosse executado e, defendeu sua posição a partir da seguinte afirmação:

Eu acredito assim, primeiramente por conta da juventude que tá saindo do ensino médio e entrando na universidade cada vez mais jovem né? Cada vez menos maduro, não diria imaturo, mas por causa do tempo mesmo, 15, 16 anos, e é uma fase ainda muito ambivalente na fase do ser humano. Então se tiver alguém para orientar, para direcionar, porque a gente vê muitos jovens frustrados em seus cursos de graduação por conta mesmo dessa imaturidade e de não ter quem orienta.

Beatriz ao ser perguntada se teria intenção ou vontade de desenvolver um projeto voltado a esta temática, apontou que, atualmente não tem, embora já tenha tido interesse nesta área. Ao justificar sua posição,

a entrevistada afirmou que nos dias de hoje está realmente engajada na questão da inclusão nas escolas estaduais e que seu tempo também é voltado a um projeto paralelo, relacionado à dependência química.

Quando questionada por qual motivo ela acreditava que um trabalho referente a orientação profissional não era realizado na cidade em que ela trabalha, a psicóloga afirmou que é devido ao fato de não haver um interesse voltado para esse âmbito, uma vez que a Psicologia ainda não ocupou um espaço adequado na Educação, e, que, portanto, as escolas estaduais acabam, de certa forma, “negligenciadas”.

Segundo a entrevistada, na maioria das escolas de Educação Infantil não há a presença de um psicólogo e esta seria “o berço da Psicologia Escolar”, justamente pelo fato de que neste local “começa tudo” no que diz respeito à educação e acompanhamento psicológico.

Discussão

A partir das entrevistas, foi possível compreender que, de fato, não há a realização de um projeto que abarque questões relativas à escolha profissional e um trabalho continuado que lide com as angústias que os adolescentes enfrentam nesta fase específica.

O que também se torna preocupante, é o fato de que, assim como Silva (1995) ressalta, a relação do jovem com o mundo do trabalho não se inicia nesta etapa e muito menos se encerra quando a escolha é, de fato, realizada. Este apontamento não somente é reconhecido pelo autor, mas também por todas/os entrevistadas/os na presente pesquisa, uma vez que os mesmos indicaram a necessidade de promover discussões acerca da escolha profissional de um modo que não seja restrito aos terceiranistas.

Ao se pensar na relação de adolescentes com as ocupações, Bock (2002) aponta que as ideias destes jovens quanto a uma determinada profissão, são moldadas a partir do contato pessoal de cada um deles, de acordo com o modo que eles obtêm a experiência (seja por meio da

mídia e/ou leituras). E, também a partir de todo o processo de socialização desta pessoa, ou seja, o processo de escolha profissional não pode ser visto como abstrato ou prático, pois se for encarado desta forma, pode ser que o mesmo resulte no que Martins (2004) aponta como um trabalho que não modifique efetivamente a identidade do sujeito, um trabalho que acaba sendo realizado de maneira alienada.

Quanto a necessidade de evitar um trabalho alienado, a fala de alguns das/os alunas/os ressalta atenção quando se pensa nesta identificação por alguma profissão em particular ou pela falta desta identificação. Todas/os as/os alunas/os entrevistadas/os manifestaram a vontade de ingressar em determinada universidade que oferece um curso de interesse deles, entretanto, estão tendendo a optar por um curso cujas condições de cursá-lo sejam mais fáceis, seja pelo fator financeiro, ou para agradar os próprios familiares.

Dias (1995) aponta o quanto o sujeito que vive o processo de escolha por uma profissão está vinculado com as pressões e opiniões da própria família. Sendo quase que impossível se desvincular desta realidade, o adolescente vive essa *cultura do grupo familiar*, que influencia até mesmo no modo de enxergar características de determinadas profissões.

Esta posição de Dias (1995) remete a fala de uma das adolescentes entrevistadas (Eliana), quando ela indica que tem de fazer sua escolha ainda pensando na pressão que sua mãe vem depositando nela e no que a mesma considera como certo (“algo que dá dinheiro”) e em conjunto com o ingresso em uma faculdade, sendo que a própria adolescente se demonstra angustiada ao perceber que tem considerar tudo isso e ainda equilibrar com algo que ela goste, algo que ela se imagine exercendo no futuro.

Outro caso narrado por uma das adolescentes entrevistadas, diz respeito a postura de alguns colegas de classe que nem pensam em passar pela experiência de ingresso em faculdades, pois acreditam que isso seria “bicho de sete cabeças” ou que a própria experiência no Exame

Nacional do Ensino Médio (ENEM) “não daria certo” e, desta forma, acabam optando por nem ao menos tentar.

Os dados remetem ao que Silva (1995) aponta ao dizer que o ato de optar por um curso universitário é privilégio de um grupo seletivo, voltado a uma determinada classe social, que seriam aqueles que realmente possuem o poder de escolha, demonstrando assim a realidade (precária) dos serviços públicos voltados a área da educação - principalmente a pública.

Esse dado é de importância uma vez que, a psicóloga entrevistada também se posiciona em acordo com o mesmo fato, afirmando que não tinha conhecimento de nenhum trabalho de orientação profissional nas escolas estaduais de toda a cidade e região, seja este desenvolvido por psicólogos ou pedagogos. Este fato ocorria devido à ausência por parte dos governantes, de “um interesse voltado para essa área”, refletindo até mesmo na atuação de psicólogos em todo o estado que, por sinal, ainda não ocuparam completamente o seu espaço adequado nem mesmo na Educação Infantil, segundo a entrevistada.

Ao pensar na escola como um espaço de facilitação e produção de subjetividade (COUTINHO, 2011), é também possível perceber a mesma como um local capaz de facilitar a ocorrência das relações sociais que poderão ser ali estabelecidas, sendo relações desta natureza, uma influência significativa na própria construção de identidade dos jovens (SAVIANI, 2004; MARTINS, 2004; FACCI, 2004; BECKER, 1994), assim como no processo de escolha profissional (BOCK, 2002; SOUZA; LASSANCE, 2010). Dito isso, percebe-se na fala dos jovens entrevistados, o quanto o ambiente da sala de aula é utilizado para discussão e troca de ideias em relação a escolha das profissões, sendo estes, eventos que ocorrem frequentemente no contexto escolar, ressaltando certas qualidades e características destes adolescentes, as quais eles, frequentemente associam com uma ou outra profissão.

Todos os adolescentes entrevistados relacionaram aos colegas de sala às maiores discussões acerca do tema, e não à figura de um professor ou de um palestrante, figuras estas, que aparecem ocasionalmente

quando se fala da temática, entretanto não desempenham muita influência como os colegas de classe.

De acordo com Uvaldo (1995) os próprios professores tendem a não ver discussões referentes à escolha profissional como de sua responsabilidade, e preferem, muitas vezes “que esse trabalho seja realizado por terceiros na própria escola ou encaminhando alunas/os que requirirem algum tipo de ajuda a serviços especializados ou consultórios particulares” (UVALDO, 1995, p. 230). Portanto, talvez seja por isso que as discussões tendem a se concentrar mais entre as/os alunas/os, sendo importante ressaltar que, de acordo com Souza e Lassance (2010, p. 281) é justamente em grupo que o “adolescente faz seus primeiros ensaios de autonomia, desempenhando seu papel social da forma como gostaria de ser visto, ou seja, faz seus primeiros ensaios de imagem social”.

Nesta questão referente à ausência de um profissional capacitado para trabalhar questões relacionadas à escolha profissional com jovens e o uso de medidas práticas (tais como palestras motivacionais), Uvaldo (1995) destaca o fato de o Ministério da Educação do Brasil colocar a Orientação Profissional como um dos objetivos a serem realizados pela escola. Os profissionais responsáveis pela efetivação desta seriam o professor, o psicólogo escolar e o orientador educacional.

A presente pesquisa não entrevistou professores/as para, de fato, saber o que se passa no cotidiano escolar e as dificuldades que eles enfrentam para não poderem dedicar uma maior atenção aos problemas relativos a escolha profissional destas/es alunas/os. Entretanto, os próprios estudantes tentam justificar esta ausência em falas como a de Diego, que disse que “não há tempo”, uma vez que é muito conteúdo a ser trabalhado nos últimos anos e este período acaba sendo “corrido” para os profissionais e estudantes.

Todas/os as/os jovens entrevistados solicitaram a ajuda profissional especializada para dar conta desta demanda referente às frustrações e indecisões vivenciadas nessa fase de escolha. Um dado curioso, é que, durante o primeiro contato para a realização da coleta de dados, o fato de

a entrevista ter sido relacionada com a temática *escolha profissional* despertou uma imensa empolgação na sala de aula, na qual todos as/os alunas/os demonstraram interesse em participar e, prontamente, começaram a perguntar em voz alta se seriam realizados testes, se a pesquisa tinha intuito de ajudá-los a escolher uma profissão ou amenizar as dúvidas.

Por mais que algumas das percepções destes jovens quanto as funcionalidades da orientação profissional estejam equivocadas, entende-se a partir das contribuições de Bock e Aguiar (1995) e relacionando-as com os dados coletados, o quanto a realização de uma orientação profissional precisa ser desenvolvida nas escolas, podendo principalmente ser colocada em prática a partir uma atividade que tenha por objetivo a promoção de saúde. Consideramos que esta “é estimuladora e promotora de reflexões sobre a própria adolescência – suas dúvidas, suas buscas e possíveis identificações; suas questões a respeito do mundo adulto e da sociedade onde vive” (BOCK; AGUIAR, 1995, p. 16).

Desta forma, a orientação profissional, segundo Bock (1995, p.17) poderia ser constituída a partir da seguinte definição:

É um processo onde emergem conflitos, estereótipos e preconceitos que devem ser trabalhados para sua superação, onde a desinformação é enfrentada e possíveis caminhos são traçados; onde o autoconhecimento adquire o *status* de algo que se constrói na relação com o outro, e não como algo que se dá a partir de uma reflexão isolada, descolada da realidade social, ou que se conquista através de um esforço pessoal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base em todos os procedimentos metodológicos os quais o trabalho foi pautado, torna-se praticamente impossível não se questionar: quem seriam os jovens que poderiam exercer este ato de escolha

profissional? Sendo que não parece haver interesse em desenvolver uma Orientação Profissional presente em instituições públicas e também o fato de que as/os alunas/os participantes relataram a existência de outros colegas que não se interessam pelo ensino superior, pois já sabem que não conseguiriam uma nota satisfatória no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e por isso não sabem qual profissão seguir.

Desta forma, é relevante entender que a realização de uma Orientação Profissional em escolas públicas, poderia agir em conjunto com o ideal de provocar nos jovens que possuem ideias preconcebidas. A provocação vai de encontro as suas certezas de que não podem escolher sua própria profissão, a possibilidade de auxílio e combate à marginalização que estes são tão frequentemente impostos por serem menos favorecidos financeiramente, o que ocasiona em uma clara negligência social (PAULINO-PEREIRA; SILVA, 2011).

Em conjunto com este fator, também é importante que, ao abordar a questão da escolha profissional em escolas, a restrição de que escolher uma profissão é o mesmo de ingressar em alguma universidade deve ser uma ideia combatida pelos profissionais uma vez que, o campo das profissões se estende para além do ensino superior, abarcando também trabalhos autônomos, cursos técnicos, entre tantos outros.

O ideal, assim como Bock (2002) ressalta, seria que a orientação profissional fosse realizada de uma maneira interdisciplinar para obter uma efetividade ainda maior, já que contaria com a contribuição de variadas ciências. Visto que esta colaboração é demasiada complicada, muitas vezes não é implementada em escolas ou centros de orientação profissional.

Contudo, o trabalho quando realizado somente pelo viés da Psicologia não significa que será mais simples, pelo contrário. É imprescindível que a/o psicóloga/o ao atuar no âmbito de uma orientação desta natureza, estimule o senso crítico do jovem para que o mesmo não caia no status de alienação que Saviani (2011) destaca, lembrando principalmente que a escolha profissional não é algo permanente, havendo a possibilidade de recomeço, uma vez que a reflexão está presente (LEHMAN, 1995).

É possível se perguntar até que ponto é possível culpar somente as escolas públicas por não facilitar discussões como as propostas no presente trabalho. É necessário refletir quanto a atenção que o governo demonstra ter com a ação de psicólogas/os nas escolas e se há incentivo por parte deste para que um trabalho valorizado seja desempenhado e, por fim, pensar de fato no trabalho da Psicologia no âmbito escolar.

Ainda existem poucas contribuições científicas a respeito da problemática aqui proposta (DUARTE et al, 2009; LEHMAN, 1995). Talvez seja possível associar este fato a composição dos cursos universitários de Psicologia, nos quais poucos abordam a questão de Orientação Profissional e a problematizam (assim como tantos outros temas que dizem respeito a esta ciência), entendendo o indivíduo – e por que não, o adolescente – como um sujeito que vai além de possíveis patologias, mas compreendendo como um cidadão em sua completude e concretude.

Referências bibliográficas

- AGUIAR, Q. M. J.; BOCK, A. M. B.; OZELLA, S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.) **Psicologia sócio-histórica**. São Paulo, Cortez Editora, 2001. p.163-178
- AITTA, E. B.; FACCI, M. G. D.; Subjetividade: uma análise pautada na Psicologia histórico-cultural. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 32-47, 2011.
- BECKER, D. **O que é adolescência**. Ed. Brasiliense, São Paulo, 1994. 98 p.
- BOCK, A. M. B.; AGUIAR, W. M. J. Por uma prática promotora de saúde em Orientação Vocacional. In: BOCK, A. M. B... |et al.| **A escolha profissional em questão** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. p. 09-24.
- BOCK, S. D. **Orientação Profissional: a abordagem sócio-histórica**. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 0196/96, de 10 de outubro de 1996 que estabelece as normas para pesquisa com seres humanos. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 de outubro de 1996.

CARRANO, P. C. R. Identidades juvenis na escola. In: **Construção coletiva: contribuições à educação de jovens e adultos**. Brasília: UNESCO, MEC, RAAAB, 2005. (Coleção Educação para todos; 3). p. 153-164. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me000375.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2014.

COUTINHO, L. G. Pesquisa-intervenção na escola: adolescência, educação e inclusão social. In: **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n.1, p. 2-10, 2011.

DIAS, M. L. Família e escolha profissional. In: BOCK, A. M. B et al. **A escolha profissional em questão** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. p. 71-92.

DUARTE, M. E. et al. A construção da vida: um novo paradigma para entender a carreira no século XXI. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology**, v. 44, n.2, p. 392-406, 2009.

FACCI, M. G. D. A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva Leontiev, Elkonin e Vigotski. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 24, n. 62, p. 64-81, 2004.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 22. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

LASSANCE, M. C.; SPARTA, M. A orientação profissional e as transformações no mundo do trabalho. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, São Paulo, v. 4, n. 1-2, p. 13-19, 2003.

MARTINS, L. M.; **O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar: contribuições à luz da psicologia histórico cultural e da pedagogia histórico-crítica**. 2011. 250 p. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) - Faculdade de Ciências, Departamento de Psicologia; Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, 2011.

_____. A natureza histórico-social da personalidade. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 24, n. 62, p. 82-99, 2004.

PAULINO-PEREIRA, F. C.; SILVA, R. A. J.; Educação e trabalho: a orientação vocacional/profissional com jovens de escola pública. In: *Revista Pedagógica – UNOCHAPECÓ* – Ano-14, n. 27, v. 02; jul./dez., 2011.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica**: primeiras aproximações. 11.ed.rev.Campinas - São Paulo: Autores Associados, 2011. (Coleção educação contemporânea)

_____. Perspectiva marxiana do problema subjetividade-intersubjetividade. In: DUARTE, N. (Org.); **Crítica ao fetichismo da individualidade**. São Paulo: Editora Autores Associados, 2004, p. 21-46.

SILVA, F. F. O atendimento em orientação profissional numa instituição pública – modelos e reflexões. In: BOCK, A. M. B... |et al.| **A escolha profissional em questão** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. p. 161-175.

SOUZA, L. K.; LASSANCE, M. C. P. Amizade no processo de orientação profissional: três abordagens na intervenção com jovens. In: **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, jul.-dez. 2010, vol. 11, nº 2, p. 279-287

SPINK, P. K.; Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, v.15, n.2, p. 18-42, jul./dez.2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n2/a03v15n2>>. Acesso em maio de 2014.

UVALDO, M. C. C. Relação homem-trabalho: campo de estudo e atuação da Orientação Profissional. In: BOCK, A. M. B. et al. **A escolha profissional em questão** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. p. 215-238.

IMPACTOS DO *BULLYING* ESCOLAR E CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO

Andressa Ferreira Nunes
Camilla Carneiro Silva Queija

RESUMO: As crianças brasileiras compõem um lastimável quadro de vítimas da violência no país e uma dessas formas de comportamentos hostis é a que ocorre no contexto escolar: o *bullying*. Partindo desse pressuposto, o presente artigo trata-se de um estudo de caso que teve como objetivo analisar o grau de compreensão de estudantes do Ensino Fundamental II sobre o *bullying*, seus impactos e demonstrar de forma breve algumas técnicas da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) que auxiliam no tratamento psicoterápico de crianças vítimas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), que é uma das consequências dessa prática. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de dois questionários e da realização de uma palestra. Os resultados revelaram que a maioria dos participantes compreendem a definição e consequências do *bullying*, e que as técnicas mais indicadas para tratamento do TEPT infantil são a Psicoeducação, Respiração Diafragmática, Relaxamento Muscular, Reestruturação Cognitiva e Treinamento em Habilidades Sociais. Em relação aos impactos, verificou-se que os resul-

tados com as menores porcentagens são os que merecem mais atenção por parte dos estudiosos devido à gravidade das consequências proporcionadas pelas agressões e intimidações. Por fim, concluiu-se que existem poucos trabalhos publicados relacionando o *bullying* com o TEPT e que os objetivos do estudo foram atingidos.

Palavras-chave: *Bullying*. Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Terapia Cognitivo Comportamental. TEPT Infantil.

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental sempre foi e ainda é um tema bastante negligenciado pela sociedade de uma forma geral, principalmente quando o foco está voltado para as crianças. Essa desconsideração com a saúde mental infantil pode ocasionar problemas durante o desenvolvimento do indivíduo, além de interferir no setor social e profissional de sua vida (Ramires et al. 2009). No Brasil, muitas crianças são expostas a situações estressantes do cotidiano, como violência física e psicológica; abuso sexual; confrontos armados; desastres naturais e acidentes, e estes fatores podem afetar o bem-estar físico e emocional dessa população.

Dados da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) revelaram que em 2016, a Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos registrou 76.171 denúncias de violações contra os direitos das crianças e adolescentes feitas pelo Disque 100. A quantidade de negligências ocupa o primeiro lugar (37,6%), seguida da violência psicológica (23,4%), violência física (22,2%), violência sexual (10,9%) e de outras formas de violação (6%). Um tipo de opressão bastante comum hoje em dia é a violência escolar, mais precisamente o *bullying*, que vem ganhando um olhar crítico da sociedade devido aos seus notórios impactos.

O termo *bullying* tem origem inglesa, mas não apresenta uma tradução bem precisa para o português. Sua definição é utilizada para referir-se a comportamentos violentos, contra uma determinada vítima, sendo caracterizados por serem intencionais e repetitivos (Silva, 2015). Esses padrões ofensivos compreendem a agressão física e verbal, ameaças, uso de apelidos, criação de mentiras, discriminação de cunho racial, social, sexual, religiosa, de gênero e étnica, dentre outras, e que causam um intenso sofrimento físico e psíquico na vítima.

Algumas das consequências dessa prática podem comprometer o processo de aprendizagem e dessa forma, afetar o desempenho acadêmico do indivíduo; levar ao surgimento de sintomas somáticos, como pesadelos, alterações no sono e humor; distorção de pensamentos; ideação suicida, e também a ocorrência de transtornos alimentares (Moura, 2013). Dentre alguns exemplos de psicopatologias que decorrem como resultado do *bullying*, verifica-se o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), que será um dos focos de investigação do presente artigo.

O TEPT é um transtorno de ansiedade ocasionado após a vivência de uma situação traumática ou de atos de violência intensos, afetando diretamente o indivíduo ou pessoas próximas a ele. Os sintomas incluem uma reexperiência frequente do evento traumático, evitamento de situações que possam reativar essas lembranças, medo intenso, agitação, hipervigilância e reações fisiológicas (Dumas, 2011). O tratamento pode ser feito por meio de medicamentos e de psicoterapias, dentre elas, a abordagem mais recomendada é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC).

A TCC surgiu na década de 1960 e foi desenvolvida pelo psicanalista e professor norte-americano Aaron Beck. Essa terapia se baseia no modelo cognitivo e presume que os transtornos mentais são ocasionados por pensamentos disfuncionais. Com isso, os sintomas serão melhorados através da modificação desses pensamentos e crenças. A TCC trata-se de uma psicoterapia focal, breve, estruturada, diretiva e que integra o processo de aprendizagem durante o tratamento psicoterápico (Pereira e Rangé, 2011).

Com base nisso, o interesse pelo tema proposto parte da consideração de toda a problemática existente em torno dos impactos do *bullying* escolar na saúde mental de crianças, já que estas fazem parte de um lamentável quadro de vítimas da violência no Brasil, e da falta de preocupação da sociedade com o bem-estar emocional dessa população. O presente estudo de caso tem por objetivo analisar os impactos do *bullying* e o nível de entendimento sobre o fenômeno em uma amostra de estudantes do Ensino Fundamental II. Os dados foram colhidos através da aplicação de dois questionários e da realização de uma breve palestra. No final serão abordadas algumas técnicas da Terapia Cognitivo Comportamental que podem auxiliar no tratamento psicoterápico de crianças diagnosticadas com o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, que surge como resultado dessa forma de violência.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A mudança na visão da sociedade brasileira a respeito da importância da saúde mental infantil iniciou-se a partir do século XIX com o aumento na taxa de mortalidade das crianças, devido ao grande surgimento de doenças e a forma de organização do sistema colonial patriarcal que possuía como prioridade atender as necessidades dos adultos. Com o aumento da concentração populacional em virtude do avanço da urbanização e industrialização do país, surgiu o movimento higienista, constituído por médicos que estavam preocupados com o elevado crescimento da mortalidade infantil e que propuseram melhorias nas condições sanitárias, alimentares e no vestuário das crianças (Sinibaldi, 2013).

De acordo com Ribeiro (2006), os higienistas foram muito importantes para a psiquiatria infantil no Brasil, pois fizeram com que a Medicina adquirisse um novo olhar para as crianças e seu desenvolvimento. O objetivo era remodelar o sistema patriarcal, no qual as famílias da época vivenciavam, através das pesquisas e debates apresentados

para a população, buscando promover uma nova forma de organização familiar voltada para os cuidados morais e prevenção de doenças nas crianças.

Como também afirma Araújo et al. (2014), foi a partir das transformações ocorridas no período colonial que a sociedade brasileira passou a preocupar-se com o adoecimento infantil e buscou elaborar políticas públicas voltadas para a saúde da criança e da mãe por meio de ações educativas e preventivas, mas sem focar nas patologias mentais. Apesar dos avanços na área, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados pelos profissionais da saúde que lidam com esse público. Muitos dos programas de políticas públicas negligenciam a merecida atenção que as crianças devem ter, sem contar que uma grande maioria não tem acesso ou desconhece esse tipo de serviço.

Um importante aspecto a se relacionar com a saúde mental infantil são os altos índices de violência que esse grupo sofre no Brasil. Muitos são expostos diariamente a situações estressantes, como assaltos, desastres naturais, acidentes, confrontos armados, abusos sexuais e psicológicos, entre outros. De acordo com um relatório divulgado no ano de 2017 pela agência da Organização das Nações Unidas (ONU), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a respeito da violência sofrida por esse público-alvo, a cada sete minutos uma criança ou adolescente com idade entre 10 e 19 anos perde a vida em algum lugar do mundo devido à violência. O Brasil se destaca como o 7º país com a maior taxa de homicídios de jovens em todo o planeta. Desse modo, percebe-se o quão grave é essa situação e a importância de se intervir de forma rápida para reduzir esses quadros de mortes.

Apesar da gravidade dessa circunstância, é recente a preocupação na área da saúde a respeito da violência envolvendo crianças. Conforme abordam Pires e Miyazaki (2005), foi a partir da década de 1960 que áreas como a Pediatria, passaram a considerar a relevância desse assunto abordando-o como uma questão de saúde no Brasil. Os autores ainda revelam em sua pesquisa que existem alguns tipos de violência ou

maus-tratos que englobam esse público, como a negligência emocional, física, educacional e abandono; abuso físico, psicológico e sexual; Síndrome do Bebê Sacudido e Síndrome de Munchausen por Procuração. Uma dessas formas de violência que também é bastante comum no Brasil é a que ocorre no ambiente estudantil.

De acordo com Priotto e Boneti (2009), a violência escolar pode ser definida como todas as formas de atitudes agressivas que ocorrem nas instituições de ensino e que envolvem alunos, pais, professores e terceiros. A escola é um local onde deve-se predominar a aprendizagem e consequentemente, a boa convivência entre todos os que compartilham desse mesmo espaço, mas o cenário encontrado no Brasil é devastador. Diariamente as mídias sociais divulgam reportagens envolvendo agressões físicas e verbais entre estudantes com outros colegas e até mesmo com os seus professores.

Ainda segundo os autores citados anteriormente, as causas da violência escolar são diversas, mas muitas podem estar relacionadas a problemas familiares onde há a falta de imposição de regras e de modelos referenciais para essas crianças; fatores como o desemprego, fome, pobreza, condições precárias de serviços de educação e saúde, exclusão devido a aparência, gênero e orientação sexual, entre outros; abuso de álcool e drogas; e as ações das mídias sociais que são as principais influenciadoras no comportamento da sociedade.

Uma das formas de violência escolar que mais está presente nas instituições de ensino é o *bullying*, que vem atingindo vários estudantes e provocando graves consequências em suas vítimas. Existem muitas definições a respeito do seu significado, mas segundo Chalita (2008): “A palavra vem do adjetivo *bully*, que, em inglês, significa valentão. Quem é mais forte tiraniza, ameaça, oprime, amedronta e intimida os mais fracos”. Como foi descrito anteriormente, o *bullying* é uma prática de comportamentos hostis que se utiliza da violência de forma intencional e frequente contra uma determinada pessoa. Ameaças, apelidos, agressões, discriminação física, social, religiosa, sexual, de gênero, étnica, ra-

cial, entre outras, são alguns exemplos de atitudes relacionadas a esse comportamento violento.

A vítima em muitas das vezes não consegue denunciar seu agressor e prefere calar-se diante de tal situação por vergonha ou por temer contra a sua integridade. O estudo de Lopes (2005), revelou que os alvos de *bullying* normalmente são pessoas tímidas, reservadas, que possuem poucas amizades, receosas e com baixa autoestima. Os agressores apresentam comportamentos hostis, impulsivos e antissociais, e que gostam de estar no controle e de provocar suas vítimas. Geralmente vêm de famílias desordenadas onde há a presença de violência e a falta de imposição de regras e limites, além de possuírem baixo desempenho escolar. Já as testemunhas são pessoas que assistem toda a cena de crueldade e que por receio de serem também agredidas ou de não saberem o que fazer diante dessa circunstância, preferem o silêncio ao invés de denunciar tais atos.

Uma pesquisa realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 2016, entrevistou 100 mil crianças e jovens de 18 países, e revelou que a metade delas já havia sofrido *bullying*. Já no Brasil essa investigação demonstrou que a taxa é de 43%. O elevado percentual assusta, mas não tanto como os impactos dessa prática na vida de suas vítimas. De acordo com Silva (2015), as principais consequências desse comportamento hostil são a falta de vontade em ir à escola, surgimento de transtornos psiquiátricos, como os de humor, ansiedade, personalidade e alimentar, e em alguns casos, a frequência dessa prática pode levar a vítima a cometer suicídio.

Como foi abordado anteriormente, o *bullying* pode acarretar vários problemas e até mesmo o surgimento de transtornos mentais nas crianças que sofrem com tal atrocidade. Uma dessas psicopatologias mais comuns é o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). A pesquisa de Albuquerque, Williams e Affonseca (2013), enfatizou a relação entre o *bullying* e o surgimento do TEPT. A revisão bibliográfica das autoras revelou a falta de estudos sobre o assunto, mas foi possível

verificar que as vítimas de *bullying* estão propensas a apresentarem sintomas do TEPT, pois o frequente contato com esse tipo de violência gera o surgimento de repetitivos pensamentos, sonhos, respostas fisiológicas e a fuga de situações que remetem ao trauma.

Já o estudo piloto de Williams et al. (2011), investigou experiências negativas que ocorreram durante o período escolar em uma amostra de 81 estudantes universitários com idades entre 18 a 34 anos, sendo 62 mulheres e 19 homens. O instrumento utilizado foi o *Student Alienation and Trauma Scale – R* (Questionário sobre Alienação e Trauma em Estudantes – Revisado, SATS-R). Os resultados revelaram que a frequência das vivências escolares negativas aumentou de acordo com o avanço da idade e que o maior pico foi dos 11 aos 14 anos (44%), seguido dos 7 aos 10 anos (28%) e por fim, dos 15 aos 18 anos (20%). Já a pessoa envolvida nessa experiência ruim era outro estudante (52%) e a violência mais presente foi a verbal (45,3%). Em relação ao TEPT, 38% dos participantes apresentaram pelo menos um dos seus sintomas e 89% vivenciaram raiva, nervosismo, estado de hipervigilância, tristeza, vontade de isolar-se e pensamentos importunos. Esses dados, segundo as autoras, sugerem que possivelmente os estudantes que obtiveram indícios do TEPT foram vítimas de *bullying*.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V (APA, 2014), o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) compõe o grupo dos Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores. Neste grupo estão incluídos mais quatro distúrbios: o Transtorno de Apego Reativo, Transtorno de Interação Social Desinibida, Transtorno de Estresse Agudo e Transtornos de Adaptação. O manual destaca o critério de exposição a um evento traumático ou estressante como uma característica comum entre todos os Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores.

Os indivíduos com o diagnóstico de TEPT vivenciam a reexperiência do evento traumático e apresentam de forma recorrente memórias, sonhos e flashbacks dolorosos relacionados ao trauma. Conforme

abordam Eisenstein, Jorge e Lima (2009), essas pessoas podem se sentir inseguras em relação a sua própria segurança e a de seus familiares, demonstrando sentimento de futuro abreviado, além de sofrerem com danos no crescimento mental e cognitivo, dificuldade na inserção social e prejuízos no comportamento e na aprendizagem.

O DSM – V (APA, 2014), ainda propõe em sua nova edição um outro subtipo de TEPT para crianças que possuem 6 anos de idade ou menos, em que os sintomas são expressos principalmente através das brincadeiras, sem contar a presença de reações fisiológicas (tremores, taquicardia, sudorese, distúrbios no sono, náuseas, tontura, formigamento, etc.), cognitivas (dificuldade de concentração, crenças distorcidas, alterações comportamentais, entre outras) e emocionais (medo, tristeza, raiva, culpa e vergonha), além do intenso sofrimento psíquico, surgimento de pesadelos e de recordações que ocorrem devido as constantes lembranças recorrentes do trauma.

De acordo com a revisão de estudos de Borges et al. (2010), fatores como o frequente contato com eventos estressores ao longo do tempo e o sexo feminino são variáveis mais propensas a terem o diagnóstico de TEPT infanto-juvenil. Os resultados ainda revelam um alto índice de comorbidades que surgem juntamente com o TEPT como Transtornos de Humor, Esquizofrenia, Transtorno de Conduta, Transtorno Desafiador Opositivo, Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), entre outros.

Além do uso de medicamentos no tratamento do TEPT, também são realizadas sessões de psicoterapia, na qual a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem sido uma das abordagens que mais têm demonstrado eficácia na redução de sintomas. Segundo Beck (2013), a TCC foi criada pelo psicanalista e professor norte-americano Aaron Beck no início da década de 1960, recebendo o nome original de “Terapia Cognitiva”. Essa abordagem visa modificar pensamentos e crenças disfuncionais, pois acredita que estes são responsáveis por todo o sofri-

mento que o paciente está vivenciando, produzindo dessa forma, um novo repertório de comportamentos e respostas emocionais para que ele consiga solucionar seus problemas.

Ainda de acordo com o autor, a TCC é presidida por alguns princípios básicos: consolidação da aliança terapêutica; processo contínuo e individual; participação ativa do paciente e do terapeuta no processo psicoterápico; terapia objetiva e focalizada nos problemas; abordagem voltada para o presente; sessões breves; orientação para o indivíduo ser o seu próprio terapeuta; consultas estruturadas; aplicação de técnicas, e por fim, educação do paciente para identificar e responder as suas crenças e pensamentos disfuncionais.

Segundo Knapp e Caminha (2003), é necessário que o indivíduo com TEPT adquira habilidades sociais para conseguir lidar com as consequências do estresse e isso pode ser atingido através do uso de algumas técnicas cognitivas e comportamentais que foram encontradas em suas pesquisas, como o Treinamento de Inoculação de Estresse (TIE), Treinamento de Habilidades Sociais (THS), Treinamento de Autoinstrução (TAI), Dessensibilização Sistemática, Técnicas de Respiração e Relaxamento Muscular Progressivo, e Prevenção de Recaída.

De acordo com Tricoli (2011), as sessões de TCC para crianças com TEPT podem ser estruturadas da seguinte forma. Primeiramente deve-se realizar as “Sessões de Educação Psicoafetiva”, que irão ensinar o paciente sobre o transtorno e a reconhecer seus pensamentos, sentimentos e comportamentos através das técnicas de Psicoeducação, Mapeamento das Emoções, Autorregistro, Respiração Diafrágica e Relaxamento Muscular. Na segunda etapa serão trabalhadas as “Sessões de Treinamento”, que tem como objetivo identificar as emoções, comportamentos e pensamentos, além das situações que as evocam; treinar Resolução de Problemas e Habilidades Sociais; ensinar atividades relaxantes que reduzam o estresse; e aplicar as tarefas de casa. Por último, serão feitas as “Sessões de *Follow Up*”, que deverá preparar o paciente

e os pais para a suspensão da psicoterapia, enfatizar a importância em se dar continuidade ao tratamento em casa e trabalhar a prevenção das recaídas.

A revisão de literatura das autoras Fava e Pacheco (2012), constatou que há poucos estudos nacionais abordando o TEPT em crianças e maioria das produções encontradas são internacionais, que enfatizam principalmente a eficácia da TCC focada no trauma (TF-TCC). Essa abordagem, segundo as autoras, é realizada com base em uma estruturação das sessões, iniciando-se pelo desenvolvimento da psicoeducação sobre o transtorno e a abordagem psicoterápica; educação do paciente a respeito do trauma; técnicas de relaxamento e de como lidar com o estresse; reconhecimento dos sentimentos; estratégias de enfrentamento, identificação das cognições disfuncionais e apresentação do modelo cognitivo para a criança/adolescente e seus pais/cuidadores; exposição gradual e treinamento comportamental do indivíduo para que este possa adequar-se às novas situações que irão ocorrer remetentes ao trauma vivenciado.

3. METODOLOGIA

O artigo trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa no qual foi realizado um estudo de caso em crianças a respeito do fenômeno *bullying*. De acordo com Dalfovo, Lana e Silveira (2008), na abordagem qualitativa o estudo possui caráter descritivo e os dados são coletados no meio natural onde o evento ocorre, não sendo mensurados em forma de números, podendo ser colhidos e interpretados através de observações, estudos de caso e de documentos pessoais, além de entrevistas semi ou não estruturadas. Já na abordagem quantitativa as informações são extraídas de questionários, formulários e entrevistas padronizados, que por sua vez, serão mensurados de forma estatística, expressos por meio de tabelas e gráficos, garantindo dessa forma, resultados precisos.

Para a elaboração deste estudo foi realizada uma intervenção em uma escola pública que fica situada na cidade de Catalão, no estado de Goiás, que na atualidade conta com aproximadamente 640 estudantes matriculados nos turnos matutino, vespertino e noturno, contemplando do Ensino Fundamental I, Ensino Fundamental II, Ensino Médio e EJA. Para que o trabalho pudesse ser executado a direção da escola recebeu uma carta de anuência revelando os fins e a autenticidade da pesquisa. A coleta dos dados foi feita através da aplicação de dois questionários que foram respondidos de forma anônima sobre o *bullying* em uma turma do 6º ano do Ensino Fundamental II, no qual participaram do estudo 30 alunos com idades entre 10 a 12 anos, realizada na quarta semana do mês de outubro de 2018.

Ambos os questionários foram retirados e adaptados a partir do trabalho realizado pela autora Só (2010), que apresenta propostas de intervenção para alunos do Ensino Fundamental, pais e professores a respeito de como prevenir o *bullying* no contexto escolar. A autora sugere que sejam realizados sete encontros semanais com os alunos e apenas um com a direção e pais. Através da utilização de questionários, dinâmicas e de recursos multimídia o projeto tem como objetivo promover a conscientização da escola, dos pais e estudantes sobre a importância de estarem atentos ao surgimento do *bullying* e em construir um ambiente social saudável que respeite as diferenças.

O presente estudo de caso se consistiu em três momentos. Primeiramente foi aplicado o Questionário de Pesquisa 1, sem detalhamento explicativo sobre o fenômeno *bullying*, após, no segundo momento, foi realizada uma explicação em forma de palestra sobre o que é o *bullying*, suas causas, consequências, tipos, protagonistas e formas de como pedir ajuda. E por último, foi entregue o Questionário de Pesquisa 2, que teve como objetivo verificar os impactos e se a informação seria um fator determinante para o entendimento do fenômeno e de seus efeitos.

Após os dados serem analisados e discutidos, será abordado de forma breve no presente trabalho algumas técnicas da Terapia Cognitivo Comportamental que auxiliam no tratamento de crianças que possuem o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. As plataformas empregadas na fundamentação teórica da pesquisa foram a SciELO (Scientific Electronic Library), PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior). Já os termos utilizados para a busca foram: *Bullying* Escolar, Terapia Cognitivo Comportamental e Transtorno de Estresse Pós-Traumático Infantil.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram coletados através da aplicação de dois questionários, ambos compostos por questões estruturadas e fechadas. Foi realizado apenas um encontro com os estudantes que durou cerca de 45 minutos. No início da intervenção houve uma breve apresentação sobre o que seria desenvolvido naquele momento e logo após, foi entregue o Questionário de Pesquisa 1 no qual foi explicado que os alunos poderiam assinalar mais de uma alternativa que considerassem como correta. Também foi salientado que não era necessário colocar o nome, mantendo dessa forma, o sigilo da pesquisa.

O Questionário de Pesquisa 1 é composto por sete perguntas e teve como objetivo analisar o grau de compreensão dos estudantes a respeito do que é *bullying*; suas causas; consequências; qual o gênero das vítimas, quem são e atitudes que devem ter; e de quem é a culpa. O Quadro 1 a seguir revela a porcentagem que cada alternativa foi assinalada pelos alunos. A porcentagem dos resultados nas questões em que houveram mais de uma resposta foram apresentados separadamente na seção “mais de uma opção assinalada”:

Quadro 1 – Questionário de Pesquisa 1

Para você <i>bullying</i> é:		As vítimas de <i>bullying</i> são alunos que:	
Alternativas	% das questões	Alternativas	% das questões
Brincadeira	0%	Têm poucas amizades	17%
Xingamento	23%	São os mais estudiosos da turma	7%
Violência Física	3%	Merecem sofrer as ameaças, assédios e/ou agressões	7%
Ameaça e Humilhação	40%	Sofrem tal prática devido a aparência física	37%
Mais de uma opção	33%	Mais de uma opção	33%
As causas do <i>bullying</i> são:		A culpa do <i>bullying</i> é:	
Alternativas	% das questões	Alternativas	% das questões
Busca de atenção	23%	Da vítima	13%
Falta de regras	13%	Do agressor	63%
Influências de amigos	33%	Da escola	7%
Não existem causas	10%	Nenhuma das alternativas anteriores	7%
Mais de uma opção	20%	Mais de uma opção	10%
As consequências do <i>bullying</i> podem ser:		As vítimas de <i>bullying</i> geralmente são pessoas do sexo:	
Alternativas	% das questões	Alternativas	% das questões
Tristeza, medo e angústia	23%	Feminino	23%
Baixo rendimento escolar	0%	Masculino	20%
Falta de vontade em ir à escola	27%	Ambos	57%
Não têm consequências	0%	As pessoas que são vítimas de <i>bullying</i> devem:	
Mais de uma opção	50%	Alternativas	% das questões
		Contar para os pais, professores e/ou direção da escola	60%
		Ignorar as ameaças, assédios e/ou agressões	13%
		Praticar <i>bullying</i> com os outros colegas	3%
		Mais de uma opção	23%

Fonte: Dados elaborados pela autora.

Na primeira pergunta observa-se que 40% dos estudantes compreendem o conceito de *bullying* como ameaça e humilhação, e os que consideraram mais de um significado incluíram xingamento e violência física (33%). A respeito das causas, a maior parte (33%) acredita que a influência de amigos é um fator determinante para que essa forma de violência ocorra. Sobre as consequências, 50% alunos apontaram mais de uma opção como resultado da prática do *bullying*, sendo que tristeza, medo e angústia (23%), e a falta de vontade em ir à escola (27%) foram as alternativas mais frisadas.

De acordo com a maioria dos estudantes (37%), as vítimas sofrem violência devido a aparência física. Já os que marcaram mais de uma resposta (33%) consideraram que, além da estética, o fato dessas pessoas possuírem poucas amizades pode ser umas das causas. Mais da metade dos participantes (63%) acreditam que o agressor é o culpado, seguido

da vítima (13%). A maior parte dos alunos (57%) responderam que geralmente essas vítimas são tanto do sexo masculino como do feminino, e apenas 23% assinalaram a opção feminino e 20% o gênero masculino. Por fim, 60% julgaram que as vítimas devem contar para os pais, professores e/ou direção da escola sobre o *bullying* e 23% dos estudantes que marcaram mais de uma opção ponderaram que, além de se revelar o que acontece para uma pessoa de confiança, o sujeito violentado também deve ignorar os atos agressivos.

Com base nos resultados obtidos do Questionário de Pesquisa 1 pode-se observar que a maioria dos estudantes acreditam que as amizades são uma das principais influências para que os demais alunos também pratiquem as ofensas e humilhações com os outros colegas (33%), mas uma minoria julga que não existem motivos (10%). Verificou-se que mesmo antes da palestra ter sido discutida os participantes conseguiram reconhecer os efeitos do *bullying* identificando mais de uma alternativa (50%), no qual foi percebido que as opções mais escolhidas foram sentimento de tristeza, medo e angústia; baixo rendimento e falta de vontade em ir à escola.

Averiguou-se que 7% dos estudantes acreditam que as vítimas merecem sofrer as ameaças, assédios e agressões. Já a maior parte julga que a aparência física é um fator preponderante para a prática dessa violência (37%). Também foi possível verificar que 33% assinalaram mais de uma opção, ressaltando o aspecto estético e a pouca interação social. Este último dado entra em concordância com o estudo de Lopes (2005), que caracteriza as vítimas como sendo pessoas de poucas amizades, além de serem tímidas, receosas e com baixa autoestima. Constatou-se que 63% dos alunos atribuíram a culpa ao agressor, mas 13% acreditam que a vítima seja a responsável e 7% imputam a autoria à escola. Os resultados também mostraram que uma minoria (3%) considera que as vítimas devem praticar *bullying* com os outros colegas, enquanto que a maioria pressupõe que elas devem contar para o pais, professores e/ou direção da escola sobre as intimidações (60%).

Após finalizada a aplicação do primeiro questionário foi feita uma breve palestra sobre a definição de *bullying*, tipos, causas, consequências, protagonistas e formas de combater. Os alunos foram bastante participativos ao responderem as perguntas abertas e demonstraram compreensão do tema, configurando o caráter qualitativo da pesquisa. A primeira pergunta questionava a opinião dos estudantes sobre o que seria *bullying* e a maioria disse que eram xingamentos e humilhações a respeito das características físicas. Em seguida, foi explicado que são comportamentos agressivos, repetitivos, intencionais e que podem ser praticados por mais de uma pessoa. Foi esclarecido que existem oito tipos de *bullying*: verbal, moral, sexual, social, psicológico, físico, material e virtual.

Os alunos foram perguntados se sabiam quais as consequências dessas atitudes e grande parte relatou “tristeza” e “medo”. Logo, foi abordado que os impactos também podem incluir ansiedade, angústia, isolamento, falta de vontade em ir à escola e até mesmo o suicídio. Posteriormente foi perguntado se eles sabiam quem eram os protagonistas do *bullying* e a maioria respondeu que eram as “vítimas” e os “agressores”. Foi discutido que além desses personagens haviam as testemunhas, que são os outros alunos que assistem as agressões e assédios diariamente, mas por medo e insegurança de serem as próximas vítimas preferem ficar em silêncio. Os agressores são os típicos “valentões” que não respeitam as diferenças e colocam apelidos e fazem gozações. Já as vítimas são tidas como aquelas pessoas “isoladas, indefesas e diferentes” que sofrem os abusos.

Em seguida, foi questionado se os estudantes sabiam qual a diferença entre *bullying* e brincadeira, no qual grande parte disse que no segundo exemplo todos os envolvidos se divertem, mas quando alguém não gosta deve-se parar com a zombaria. Foi reforçado que quando as gozações persistem e a vítima demonstra não ter concordado com tais atos, este comportamento se caracteriza como o *bullying*. Por fim, foi perguntado se eles sabiam como denunciar os episódios de violência e muitos citaram que o correto é contar para os pais e professores.

Logo após, foi entregue o Questionário 2 de Pesquisa que é constituído por quinze questões, no qual os alunos poderiam marcar mais de uma resposta, e que teve por objetivo investigar a compreensão dos alunos após a discussão sobre o fenômeno *bullying*. O Quadro 2 demonstra a porcentagem que cada alternativa foi assinalada pelos estudantes. Assim como no Questionário de Pesquisa 1, a porcentagem dos resultados nas questões em que houveram mais de uma resposta foram apresentados na seção “mais de uma opção assinalada”:

Com base na coleta de dados verificou-se que participaram do estudo 16 meninos (53%) e 14 meninas (47%). Desse total, apenas 77% indicaram que já sofreram *bullying* e 23% responderam que nunca sofreram intimidação, agressão ou assédio. Os alunos que assinalaram a opção “não” deveriam desconsiderar responder a alternativa “c” até a “k” e irem diretamente para a “l”. Dos 23 estudantes que marcaram “sim”, 35% relataram que os agressores geralmente são meninos e 30% são meninas, mas muitos assinalaram as duas opções, o que totalizou 35%. A respeito da idade, 74% dos participantes sofreram as violações por volta dos 9 aos 11 anos, e elas ocorriam várias vezes ao dia (35%) e diversas vezes (35%).

Os cenários em que mais aconteciam as práticas foram na sala de aula (39%) e no pátio da escola (17%). Discriminação racial (30%) e violência verbal (30%) são os tipos de *bullying* mais comuns entre os estudantes. Em relação ao sentimento, 39% relataram que se sentiam mal, seguido de 22% que não se incomodaram com os episódios provocativos. Sobre as consequências, 52% alegaram que não houveram impactos e 35% apresentaram algumas implicações ruins. A maioria dos alunos (74%) responderam que nunca evitaram em ir à escola por causa das intimidações e 36% já faltaram as aulas.

As informações colhidas ainda revelaram que 70% dos participantes não indicaram a presença de alguns dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático como recordações e pesadelos. A respeito da visão que as vítimas têm do agressor, 50% sentem pena e 47%

apontaram que a culpa do *bullying* persistir é do mesmo. Metade dos estudantes (50%) acreditam que intervenções feitas por profissionais, debates e campanhas nas escolas poderiam ajudar na resolução dos episódios violentos. E por fim, 60% negaram ter intimidado, agredido e/ou assediado alguma pessoa.

Com base nos resultados obtidos, notou-se que 77% dos participantes da pesquisa já sofreram ou ainda sofrem intimidação, agressão e/ou assédio, e que a maioria são meninas (52%). Muitos dos estudos pesquisados revelam que geralmente os meninos são os que mais se encontram em situação de vitimização, mas os resultados da pesquisa de Silva, Dascanio e Valle (2016), divergem dessa hipótese, pois dos 69 alunos que compõem a amostra de vítimas do trabalho das autoras, as meninas correspondem a 54%. Apurou-se que o local em que mais ocorreram as intimidações foi na sala de aula (39%), mas uma minoria apontou que elas aconteciam na rua e nos banheiros da escola (9%).

Ao analisar o tipo de violência sofrido, observa-se que 9% alegaram que sofreram violência física e 4% sexual e emocional. Constatou-se que o *bullying* causa um sentimento de desgosto e incômodo nas vítimas, e até mesmo a falta de vontade em ir à escola (13%). Notou-se que uma minoria afirmou ter sofrido consequências terríveis (4%) e alguns tiveram que mudar de colégio (9%). A pesquisa de Fonseca et al. (2012), apontou que o *bullying* pode ocasionar problemas no processo na aprendizagem de todos os envolvidos em sua prática, pois muitos sentem vontade de abandonar os estudos por não conseguirem concentrar-se nas aulas e apresentarem uma redução no rendimento escolar, diminuindo assim, a motivação em ir à escola. Em relação ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático, verificou-se que 26% dos alunos já pensaram em não ir às aulas e 30% apresentaram sintomas como reexperiências, pesadelos e lembranças relacionados à violência, que de acordo com o DSM-V (APA, 2014), são alguns dos indícios do transtorno.

Analisando os resultados do Questionário de Pesquisa 1 e do Questionário de Pesquisa 2 foi possível examinar algumas informações.

Observou-se em ambos que o *bullying* provoca sentimento de indiferença nas vítimas, pois muitas perdem o interesse em ir à escola e não possuem nenhuma motivação para dar continuidade nos estudos devido às constantes intimidações. Em relação a culpa, verificou-se que nos dois questionários a maioria dos participantes acreditam que o agressor é o responsável pela violência, mas ainda prevaleceu uma minoria que presume que a culpabilidade é da vítima. Constatou-se em ambos uma pequena diferença entre os alunos que consideram somente as meninas e os que presumem que apenas os meninos são as principais vítimas das agressões e assédios.

Como já foi abordado anteriormente, o *bullying* provoca sérias consequências e dentre elas, está o surgimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), no qual o tratamento irá conciliar a utilização de medicamentos e a prática psicoterápica. Em relação ao aspecto psicológico, uma das abordagens que mais vem sendo aplicada nos pacientes com esse transtorno é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) que como já foi discutido, trata-se de uma psicoterapia breve, focada nos sintomas, com sessões estruturadas e que se utiliza de técnicas que buscam modificar os pensamentos e crenças, pois presume que a forma como o indivíduo pensa influencia as suas emoções e comportamentos.

Para o tratamento infantil a TCC recorre ao lúdico, como brincadeiras, desenhos e jogos que irão auxiliar no alcance de seus objetivos. Nos atendimentos com crianças é fundamental que o psicólogo estabeleça uma aliança terapêutica, se atente para os aspectos do desenvolvimento do paciente, proporcione acolhimento, seja criativo e que utilize uma linguagem clara e objetiva. Também é importante que desde o início do tratamento os pais ou responsáveis participem de todo o processo. De acordo com a literatura, foi possível observar uma concordância entre os autores Knapp e Caminha (2003), Tricoli (2011) e Fava e Pacheco (2012), a respeito de algumas técnicas da TCC para tratamento do TEPT infantil, como a Psicoeducação, Respiração Diafragmática,

Relaxamento Muscular, Reestruturação Cognitiva e Treinamento em Habilidades Sociais.

A Psicoeducação é uma técnica que tem como objetivo ensinar o paciente e a sua família sobre o transtorno, sintomas e tratamento. Puerza (et al., 2014), sugerem que para crianças menores o ideal é aplicar a Psicoeducação Indireta que irá trabalhar os sentimentos e comportamentos através de metáforas e da contação de histórias, utilizando um determinado personagem infantil que possui a mesma doença que o paciente, mas buscando ter cuidado durante a representação para não agir de forma explícita. Já em crianças maiores é recomendada a Psicoeducação Diretiva, no qual é pedido ao indivíduo que demonstre na figura de um corpo humano os locais onde sente cada emoção podendo colorir ou desenhar no papel.

Ainda segundo as autoras, a Respiração Diafragmática e o Relaxamento Muscular auxiliam o paciente a almejar um estado de calma diminuindo a tensão e as queixas somáticas. Na respiração pede-se a criança que inspire o ar pelo nariz e expire lentamente, liberando-o através da boca. Nessa situação podem ser utilizadas bolhas de sabão para que o paciente treine a respiração e ignore as reações fisiológicas que surgem devido a ansiedade e o estresse. O Relaxamento Muscular busca tensionar os músculos do corpo e pode ser iniciado pela cabeça, seguindo os outros membros até chegar aos pés.

A Reestruturação Cognitiva é uma técnica que permite a identificação, registro e resignificação de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais. Tricoli (2011), cita que no caso das crianças o psicólogo pode montar junto com o paciente, cartões que revelem vários exemplos de emoções. Em seguida, pede-se que seja feita uma avaliação do grau de intensidade dos sentimentos experimentados utilizando um termômetro para medi-los em uma escala de 0 a 10. O intuito dessa técnica é que a criança reexamine os seus pensamentos e procure substituí-los por interpretações mais racionais.

O Treinamento de Habilidades Sociais (THS) é uma estratégia que insere um novo repertório comportamental para incrementar a competência social do indivíduo e que pode variar de acordo com cada cultura. As habilidades sociais compreendem as capacidades de reconhecer emoções, demonstrar os sentimentos, identificar problemas e suas soluções, pensar antes de agir, iniciar e finalizar uma conversa, tomar decisões, solicitar e oferecer ajuda, ser assertivo e cordial com as pessoas, dentre outras. O THS utiliza como técnicas a Reestruturação Cognitiva, Ensaio Comportamental, Modulação, Solução de Problemas, Modelagem, Relaxamento, Tarefa de Casa e *Feedback* (Murta, 2005).

5. CONCLUSÃO

O presente artigo teve como objetivo investigar os impactos do *bullying* escolar e o grau de entendimento a respeito do fenômeno em uma amostra de alunos do 6º ano do Ensino Fundamental II através da aplicação de dois questionários e da realização de uma breve palestra. Em seguida, foi discutido de forma objetiva algumas técnicas da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) que podem contribuir para o tratamento psicoterápico de crianças com o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), que surge como decorrência dessa prática violenta.

Os resultados apontaram que a maioria dos estudantes compreendem o conceito de *bullying* e seus efeitos, e que as informações discutidas na palestra contribuíram ainda mais para agregar no conhecimento desses alunos. Um aspecto importante a se ressaltar são as minorias que apareceram com frequência no estudo e que relataram sofrer algum tipo de intimidação, assédio e/ou agressão em locais com menor visibilidade, como nos banheiros e fora da escola; que afirmaram terem sido agredidas fisicamente, emocionalmente e sexualmente; que sentiram vontade em não frequentar as aulas; que mudaram de colégio devido à violência; e que apresentaram alguns indícios do TEPT.

São essas minorias que devem ser o centro de preocupação, pois são as mais afetadas e nada tem sido feito para apoiá-las. Em muitas das vezes esses indivíduos passam despercebidos pelos olhares dos estudiosos e quando se percebe a gravidade da situação, já é tarde demais. Com isso, sugere-se que campanhas de prevenção, intervenções e palestras, por exemplo, sejam realizadas nas escolas com o intuito de conscientizar todos os que frequentam esse ambiente e dessa forma, reduzir os casos de *bullying*. Por fim, em relação a contribuição da TCC, foi possível verificar que as técnicas mais sugeridas pela literatura para o tratamento do TEPT são a Psicoeducação, Respiração Diafragmática, Relaxamento Muscular, Reestruturação Cognitiva e Treinamento em Habilidades Sociais.

As limitações do trabalho referem-se a pouca quantidade de estudos encontrados associando o *bullying* ao TEPT, já que a maioria das pesquisas constatadas enfatizam o transtorno com o abuso sexual. Apesar disso, conclui-se que os objetivos propostos durante o estudo de caso foram alcançados. Por fim, sugere-se que este artigo possa contribuir para que mais trabalhos científicos sejam produzidos ressaltando o *bullying* e o TEPT, e que essas pesquisas possam despertar a sociedade sobre a importância de se cuidar da saúde mental infantil.

6. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P.P. de; WILLIAMS, L.C. de A.; AFFONSECA, S.M. D'. Efeitos Tardios do *Bullying* e Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Uma Revisão Crítica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 29, n. 1, jan./mar., 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico]: DSM-5. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Revisão técnica: Aristides. Volpato Cordioli et al. – 5. ed. – Dados eletrônicos – Porto Alegre: Art-med, 2014.

ARAÚJO, J.P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Brasília], v. 67, n. 6, p. 1000-1007, nov./dez., 2014.

BECK, J.S. Introdução à Terapia Cognitiva Comportamental. In: _____. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, cap. 1, p. 21-36.

BORGES, J.L. et al. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na Infância e na Adolescência: Prevalência, Diagnóstico e Avaliação. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 87-98, abr., 2010.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Departamento de Proteção e Defesa dos Direitos Humanos. **Ouvidoria recebeu mais de 133 mil denúncias de violações de direitos humanos em 2016**. Brasília, DF, 2016.

CHALITA, G. **Bullying: o crime do desamor**. Revista Profissão Mestre. Ano. 9, n. 99, dez., 2007, In: Construir Notícias. Recife, ano.7, n.40, p.8-9, mai./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.construirnoticias.com.br/bullying-o-crime-do-desamor/>>. Acesso em: 15 set. 2018.

DALFOVO, M.S.; LANA, R.A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p. 01-13, 2008.

DUMAS, J. E. Os Transtornos de Ansiedade. In: _____. Psicopatologia da infância e da adolescência. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, cap. 9, p. 388-446.

EISENSTEIN, Evelyn; JORGE, Eduardo; LIMA, Lúcia Abelha. Transtorno do estresse pós-traumático e suas repercussões clínicas durante a adolescência. **Revista Adolescência & Saúde**, [Rio de Janeiro], v. 6. n. 3, jul./set., p. 7-15, 2009.

FAVA, D.C.; PACHECO, J.T.B. **Transtorno de estresse pós-traumático e Terapia Cognitivo-Comportamental na Infância**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, dez., p. 93-100, 2012.

FONSECA, M.H. et al. Bullying: Forma de violência e exclusão escolar. [S.I.]. **Revista Motricidade**, v. 8, n. 2, supl. 2, p. 797-802, 2012.

KNAPP, Paulo; CAMINHA, Renato Maiato. Terapia cognitiva do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [Rio de Janeiro], v. 25, supl. 1, p. 31-36, 2003.

LOPES, A.A.N. Bullying comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, supl., p. 164-172, 2005.

MOURA, R.R.B. da S. O Fenômeno *Bullying*: suas consequências em uma turma do 7º ano do ensino fundamental no município de Vertentes-Pernambuco. **Revista Lugares de Educação**, Bananeiras, Paraíba, v. 3, n. 5, p. 210-227, jan./jun., 2013.

MURTA, S.G. Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, v. 18, n. 2, p. 283-291, 2005.

ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Brasil tem 7ª maior taxa de homicídios de jovens de todo o mundo, aponta UNICEF**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/brasil-tem-7a-maior-taxa-de-homicidios-de-jovens-de-todo-o-mundo-aponta-unicef/>>. Acesso em: 14 set. 2018.

_____. **Pesquisa da ONU mostra que metade das crianças e jovens do mundo já sofreu bullying**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pesquisa-da-onu-mostra-que-metade-das-criancas-e-jovens-do-mundo-ja-sofreu-bullying/>>. Acesso em: 15 set. 2018.

PEREIRA, M.; RANGÉ, B.P. Terapia Cognitiva. In: RANGÉ, B.P. et al. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, cap. 1, p. 20-32.

PIRES, A.L.D.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto: FAMERP, jan./mar, v. 12, n. 1, p. 42-49, 2005.

PRIOTTO, E.P.; BONETI, L.W. Violência escolar: na escola, da escola e contra a escola. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 9, n. 26, p. 161-179, 2009.

PUREZA, Juliana da Rosa. et al. Fundamentos e aplicações da Terapia Cognitivo-Comportamental com crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 85-103, 2014.

RAMIRES, V.R.R., et al. Saúde Mental de Crianças no Brasil: Uma Revisão de Literatura. **Revista Interação em Psicologia**, Curitiba, jul./dez., v. 13, n. 2, p. 311-322, 2009.

RIBEIRO, P.R.M. História da Saúde Mental Infantil: A Criança Brasileira da Colônia à República Velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006.

SILVA, A.B.B. **Bullying: Cartilha 2010 - Projeto Justiça nas Escolas**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/04/0d95535ddf206bc192c4e05356e35c83.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2018.

SILVA, F.; DASCANIO, D.; VALLE, do T.G.M. O fenômeno bullying: diferenças entre meninos e meninas. **Revista Reflexão e Ação** [Internet], Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 1, p. 26-46, jan./abr., 2016.

SINIBALDI, Bárbara. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v.12, n. 2, p. 61-72, 2013.

SÓ, S.L. **Bullying nas escolas: uma proposta de intervenção**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Curso de Especialização em Psicologia Escolar. Porto Alegre, dez., 2010. Dispo-

nível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/37003>>. Acesso em: 04 out. 2018.

TRICOLI, V.A.C. Terapia Cognitivo-Comportamental Aplicada ao Estresse Pós-Traumático na Infância. In: PETERSEN, C.S.; WAINER, R. (Org.). **Terapias Cognitivo-Comportamentais para Crianças e Adolescentes: Ciência e Arte**. Porto Alegre: Artmed, 2011, cap. 14, p. 288-298.

WILLIAMS, L.C. et al. Efeitos a longo prazo de vitimização nas escolas. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, [Minas Gerais], v. 4, n. 2, p. 187-199, dez., 2011.

MANEJO CLÍNICO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO DE LITERATURA

Tannara Guilherme Mendes Ribeiro

Resumo: O presente artigo pretende enfatizar, através de uma revisão de literatura, o papel do psicólogo no contexto hospitalar, uma vez que este é um local gerador de pensamentos disfuncionais que podem gerar no paciente comportamentos desadaptativos que requerem ações práticas. A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem apresentado resultados satisfatórios quanto ao acompanhamento psicológico em pacientes internados, devido ao seu caráter de psicoterapia breve, diretiva, objetiva e voltada para a resolução das queixas do paciente naquele momento. O objetivo deste artigo é apresentar a prática do psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a partir de intervenções norteadas pela TCC. A metodologia pautou-se na revisão de literatura de técnicas da TCC para instrumentar as intervenções realizadas no ambiente de terapia intensiva. Foi realizada uma revisão de literatura de diferentes pesquisadores na área da TCC no atendimento a pacientes de UTI, com ênfase nos resultados obtidos na aplicação das técnicas. A busca do referencial teórico foi por meio de pesquisa em livros de acervo pessoal, por ferramentas do Google Acadêmico e SCIELO. A revisão de literatura demonstrou que a prática terapêutica pautada na TCC constrói comportamentos adaptativos e possibili-

ta aos pacientes a manutenção de pensamentos funcionais diante do contexto hospitalar.

Palavras-chaves: Psicologia Hospitalar, UTI, Terapia Cognitivo Comportamental.

1 INTRODUÇÃO

Aaron T. Beck desenvolveu o modelo da terapia cognitiva na década de 60 em resposta à insatisfação aos modelos existentes na época. A ideia fundamental do modelo cognitivo pode ser assim estabelecida: as emoções experimentadas pelos indivíduos são produtos do modo pelo qual os eventos são interpretados, ou seja, é o significado dos eventos que desencadeia as emoções e não as emoções em si, pois a maneira como os indivíduos se sentem está associada ao modo como eles interpretam e pensam sobre os eventos (BECK, 1997).

Caiuby e Andreoli (2005) colocam que atualmente a Psicologia da Saúde busca compreender os fatores que influenciam as condutas das pessoas no que diz respeito à saúde e a enfermidade e a partir disto desenvolver estratégias adequadas de intervenção.

Com isso, o atendimento psicológico no hospital se torna pertinente, pois ao adentrar a unidade hospitalar, deve-se perceber o sujeito a partir de uma visão global, considerando suas crenças, história de vida e repertórios já existentes de enfrentamento. A Psicologia Hospitalar é uma especialidade reconhecida com possibilidades de atuação em diferentes abordagens teóricas. Porém, a Terapia Cognitivo Comportamental tem sido uma técnica amplamente utilizada dentro do hospital com resultados terapêuticos eficazes (MAZUTTI & KITAYAMA, 2008).

A atuação do psicólogo no hospital se diferencia pelo setting terapêutico, pois diferentemente do tradicional, o ambiente hospitalar contém diversas possibilidades de setores e demandas como enfermarias, centros de diálise, ambulatórios e UTI's.

O atendimento psicológico nas UTI, foco deste artigo, coloca o profissional de psicologia diante de características que são comuns à sua rotina de trabalho como as situações de morte iminente, a dimensão individual do sofrimento da pessoa internada, que gera dor, medo, ansiedade, isolamento do mundo e fatores psicológicos diversos que interatuam na enfermidade do paciente (ANGERAMI-CAMON, 2010).

A UTI, como o próprio nome diz, é um ambiente no qual se cuida intensivamente de pacientes com chances de sobrevida, cujos sistemas do organismo estão comprometidos e necessitam de aparelhos altamente tecnológicos para exercer por eles essas funções até que seja possível que o próprio organismo volte a desempenhá-las sozinho. No espaço da UTI, alguns controles são feitos em relação à temperatura ambiente (baixa e constante), à luminosidade (sempre a mesma, seja dia ou noite), aos ruídos das máquinas e à contaminação (OLIVEIRA, 2000). A equipe é composta por profissionais diversos e especializados, que recebem diariamente treinamento específico. O trabalho deve ser multiprofissional, porém, não são todas as unidades que possuem a equipe completa.

Para Pereira e Penido (2010) as variáveis cognitivas podem agir no sentido de promover a modificação de comportamentos, estimulando o paciente a desenvolver padrões de comportamento que condizem com as situações que se configuram no ambiente hospitalar. Para isso, alguns instrumentos podem ser utilizados, como as intervenções pautadas na Terapia Cognitivo Comportamental.

O papel das técnicas em TCC não é anular a individualidade do sujeito e sim orientar o processo terapêutico, demonstrando efeito na resolução de problemas e estratégias de enfrentamento diante das situações limite que são impostas aos sujeitos dentro no ambiente do hospital (BAHLS & NAVOLAR, 2004).

O objetivo deste artigo é apresentar a prática da psicologia hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva através de intervenções embasadas pela teoria Cognitivo Comportamental, demonstrando a contribuição do acompanhamento psicológico na melhora dos pa-

cientes em tratamento na UTI, a resposta do paciente diante da aplicação da Terapia Cognitivo Comportamental no manejo das disfunções psicológicas de pacientes internados em UTI e a importância do psicólogo na adaptação do paciente e na sua recuperação durante o período de hospitalização, assim como sua contribuição na promoção de saúde.

Para a confecção deste artigo foi realizada pesquisa de caráter quantitativo, focada no manejo das técnicas de TCC em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. Para desenvolvimento deste trabalho foram feitos levantamentos de dados encontrados em literaturas já existentes. Realizou-se então pesquisa bibliográfica por meio de livros de acervo pessoal e busca de artigos relacionados ao tema nos sites Google Acadêmico e Scielo. Para a estruturação do referencial teórico do estudo, foram utilizadas publicações do ano de 1993 a 2016 com as seguintes palavras chaves: Terapia Cognitivo Comportamental, Técnicas em TCC, Inserção do Psicólogo na UTI, Psicologia Hospitalar.

Esta pesquisa foi realizada no período de fevereiro a maio de 2016. Inicialmente foram feitas leituras dos resumos dos artigos encontrados, verificando se os mesmos apresentavam informações que atendessem os seguintes critérios de inclusão: artigos originais; artigos com aplicação e relevância nos resultados; artigos completos, que citam formas e resultados das aplicações das técnicas de TCC em pacientes internados em UTI. Foi verificado também se os artigos atendiam aos seguintes critérios de exclusão: artigos que não apresentassem técnicas em TCC aplicadas em pacientes de UTI; artigos que demonstravam em seu resultado pouca relevância; resultados obtidos por outras técnicas. Foram encontrados 35 artigos e, após análise, foram selecionados e utilizados 13 artigos e 4 livros para estruturação do presente artigo científico.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação dos princípios da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e sua contribuição para a Psicologia Hospitalar

2.1.1 Fundamentos Filosóficos

A terapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron T. Beck no início da década de 60, como resultado de uma insatisfação com os modelos estritamente comportamentais (S-R), dos quais não reconheciam a importância dos processos cognitivos mediando o comportamento e também como resposta à rejeição aos modelos psicodinâmicos e ao questionamento de sua eficácia (RANGÉ; FALCONE & SARDINHA, 2007).

A ideia fundamental do modelo cognitivo pode ser assim estabelecida: as emoções experimentadas pelos indivíduos são produtos do modo pelo qual os eventos são interpretados, ou seja, é o significado dos eventos que desencadeia as emoções e não as emoções em si, pois a maneira como os indivíduos se sentem está associada ao modo como eles interpretam e pensam sobre os eventos (BECK, 1997).

De acordo com Lima e Wielenska (1993), a TCC centra-se nos problemas apresentados pelo paciente no momento e o objetivo do terapeuta é ajudá-lo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias.

A metodologia utilizada no manejo das intervenções da TCC é de trabalho mútuo entre o terapeuta e o paciente, de forma que as estratégias para a superação das demandas trazidas naquele momento são esquematizadas de maneira cooperativa. Na TCC procura-se definir claramente objetivos, especificando-os de acordo com os problemas e questões trazidos pelo paciente (BAHLS & NAVOLAR, 2004).

A TCC busca corrigir as distorções cognitivas que estão gerando problemas ao indivíduo e fazer com que este desenvolva meios eficazes para enfrentá-los. As técnicas cognitivas têm como objetivo identificar

os pensamentos automáticos, auxiliar o paciente a identificá-los e substituir as distorções cognitivas. Já as técnicas comportamentais são utilizadas a fim de modificar comportamentos disfuncionais oriundos do transtorno psicológico ou psiquiátrico em questão (BECK, 1997).

(BECK, 1997) afirma que a partir desses conceitos fundamentais, a Terapia Cognitivo Comportamental tem como proposta terapêutica auxiliar o paciente a estabelecer mudanças cognitivas capazes de reestruturar o pensamento e o sistema de crenças, promovendo mudança emocional e comportamental duradoura.

As disfunções emocionais são uma resposta do organismo diante de algum evento que o indivíduo interpreta e não tem repertório o suficiente para reestruturá-lo e se adaptar. O processo de adoecimento se encaixa nesse contexto, uma vez que a doença gera no indivíduo distorções cognitivas, tendo como consequência a produção de pensamentos disfuncionais. (GOMES & PERGHER, 2010). Tais fatores são agravados pela hospitalização.

O processo de hospitalização desencadeia sentimentos de medo, impotência, dúvidas e incerteza, podendo ser considerado um momento de crise na vida do paciente e sua família. Este momento pode ser amenizado e enfrentado de forma funcional a partir de estratégias e técnicas de intervenção em situações que provocam sofrimento psíquico no hospital (ANGERAMI-CAMON, 2010).

Independente do referencial teórico utilizado, o hospital é um campo de pesquisa e atuação psicológica enriquecedor. No entanto, as características que o próprio contexto hospitalar impõe buscam ações mais objetivas e diretivas, sendo as intervenções cognitivo-comportamentais enfatizadas nesse contexto (PEREIRA & PENIDO, 2010).

Quando o paciente permanece um longo tempo hospitalizado, as intercorrências são recorrentes e muitas vezes somadas à descoberta de diagnóstico grave ou crônico. Dessa maneira, Botega (2002, apud Mazutti e Kitayama, 2008) afirma que a interpretação do indivíduo diante dos eventos se configura de maneira disfuncional, predispondo

o mesmo a uma série de reações emocionais. Nesse contexto, Tais situações demandam intervenção efetiva e pontual por parte do psicólogo.

De acordo com Caiuby e Andreoli (2005) ao adentrar o hospital, deve-se considerar que o paciente leva consigo características individuais como suas crenças, suposições irrealistas, distorções cognitivas, recordações e percepções tendenciosas e às vezes escassez de informação acerca de sua doença. São também relevantes, em relação ao quadro clínico, alguns fatores comportamentais como a falta de repertório para lidar com o evento, falta de apoio social e falta de iniciativa para pedir ajuda quando necessário.

No atendimento hospitalar é importante que se realize de imediato a avaliação psicológica do paciente internado, pois para Mazutti & Kitayama (2008) é esse o instrumento que irá nortear as intervenções, assim como outros fatores tais como a dimensão do sofrimento do paciente, à percepção dele sobre o evento, os aspectos que mais o perturbam no contexto hospitalar, sua história de vida, tendência suicida, suas principais crenças e a abertura deste para estabelecer a aliança terapêutica.

Ainda de acordo com Mazutti & Kitayama (2008) é necessário focar nas intervenções de maneira colaborativa, buscando a empatia com o paciente e o respeito à sua autenticidade, para assim poderem traçar, terapeuta e paciente, objetivos realistas, que possam auxiliá-lo a identificar as cognições disfuncionais e compreender as distorções cognitivas. Dessa maneira, a partir da avaliação de estratégias de enfrentamento já disponíveis, é possível que o paciente se reestruture cognitivamente e se adapte, enfrentando a nova situação.

Mesmo com a aliança terapêutica estabelecida, é importante considerar que existem variáveis cognitivas que podem interferir na maneira que o paciente lidará com a situação. Pereira & Penido (2010) afirmam que estas agem no sentido de promover a modificação de comportamentos, estimulando os indivíduos a desenvolverem padrões de enfrentamento adaptativos.

A TCC é embasada em técnicas que, aparentemente, são de manejo simples. Porém, para realizá-las, é necessário que estejam fundamentadas por esta abordagem e exigem conhecimento dos princípios da terapia para sua utilização. No decorrer deste trabalho, foram utilizadas as principais técnicas da TCC. Alves & Silva (2012), Beck (1997), Vandenberghe (2004) e Jacob (2004) citam-nas: distração e refocalização; expressão e identificação de emoções; identificação de pensamentos automáticos disfuncionais; psicoeducação; questionamento socrático; treino respiratório; reversão de hábitos; treino de resolução de problemas; treino de assertividade e técnica da vantagem e desvantagem. O terapeuta deve selecionar as intervenções cuidadosamente e utilizar aquelas que sejam mais adequadas para as demandas de cada paciente.

2.2 Apresentação da Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A história do surgimento das UTI's remete ao início do século XX quando foram criadas as chamadas “salas de recuperação” para onde os pacientes eram levados após alguma neurocirurgia no Hospital Johns Hopkins (EUA). Já no Brasil elas só começaram a ser implantadas na década de 70, primeiramente no hospital Sírio Libanês em São Paulo com apenas dez leitos (FARIA, 2009).

É importante desmistificar o conceito que se tem de UTI: um lugar no qual a morte é iminente e as chances de sobreviver do indivíduo que ali se encontra reduzidas. Porém, a Unidade de Terapia Intensiva é uma área do hospital no qual estão concentrados os recursos necessários ao atendimento adequado aos pacientes, cujo estado clínico exige cuidados especializados constantes. Seu principal objetivo é restabelecer nestes doentes considerados graves o funcionamento de um ou vários sistemas orgânicos (RODRIGUES, 2006).

Para que os pacientes sejam aceitos na UTI, alguns critérios são considerados. Di Biaggi (2002) relata alguns deles: pacientes cuja probabilidade de sobrevida sem tratamento intensivo é pequena; que não

estão gravemente enfermos, mas que possuem um alto risco de se tornarem e pacientes com pequena probabilidade de sobrevida apesar dos recursos disponíveis na UTI.

No espaço da UTI, alguns controles são feitos em relação à temperatura ambiente (baixa e constante), à luminosidade (sempre a mesma, seja dia ou noite), aos ruídos das máquinas e à contaminação (OLIVEIRA, 2000). A equipe é composta por profissionais diversos e especializados, que recebem diariamente treinamento específico: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e psicólogos. O trabalho deve ser multiprofissional, porém, não são todas as unidades que possuem a equipe completa.

2.3 Atuação do psicólogo na UTI

O objetivo do psicólogo no hospital, bem como na UTI, é trabalhar com o paciente, com a família e com a própria equipe de saúde. Por ser um espaço fechado e constantemente controlado, ao adentrar a unidade o paciente permanece a mercê de agentes estressores devido ao confinamento, restrição ao leito, procedimentos invasivos, ruídos desconhecidos, iluminação constante e forte assim como frequente realização de exames (OLIVEIRA, 2002).

Ocorrem ainda alterações na sua rotina, sono e alimentação. Esses agentes estressores podem ocasionar reações emocionais em variados níveis, como ansiedade, medo, conflitos e insegurança (SANTOS ET AL, 2011). No ambiente da UTI o paciente experimenta variados eventos e os interpreta de acordo com os repertórios disponíveis. Estes podem ser carregados de sofrimento físico e emocional e a atuação do psicólogo nesse momento deve ser pautada na amenização da tensão e da dor, retirando a atenção do paciente desses componentes.

Angerami-Camon (2010) coloca que durante o período de internação alguns fatores psicológicos estão presentes, como a depressão, que se concretiza quando todos os repertórios e capacidades do

paciente estão arruinados; perda do discernimento devido à constância da iluminação e temperatura, o que pode levar o paciente à perda de localização quanto ao tempo e espaço; a agitação, reflexo da ansiedade no organismo, a qual provoca alterações fisiológicas: aumento da pressão arterial, dificuldades circulatórias e intolerância a dor e a dificuldade do paciente em se comunicar com a equipe, requerendo atenção todo o tempo e fazendo reclamações sobre o ambiente e cuidados de uma maneira geral, o que autor chama de anorexia.

Angerami-Camon (2010) assim como Caiuby & Andreoli (2005) colocam que é importante compreender essas alterações para então delinear a intervenção psicológica. Dessa maneira, deve-se levar em consideração manejos como assistência à equipe e ao ambiente e acompanhamento psicológico de apoio aos pacientes e familiares. Tais fatores irão auxiliar o psicólogo a delimitar as intervenções e auxiliar o paciente em seu estado emocional mais crítico.

Di Biaggi (2002) e Angerami-Camon (2010) apontam alguns dos objetivos a serem alcançados pelo psicólogo hospitalar na UTI. Nas UTI's o sentimento de abandono é constante, pois regras e horários devem ser seguidos. Assim, o trabalho terapêutico deve ser voltado para a maneira como o paciente lida com a sua doença e sua compreensão em relação à sua permanência na UTI para o tratamento. A orientação ao paciente deve ocorrer de maneira integral, visando seu bem-estar biopsicossocial. Outro objetivo do psicólogo deve ser o de favorecer a expressão emocional dos pacientes sobre suas interpretações acerca da UTI e também adequar a comunicação do paciente entubado, que é praticamente nula e provoca angústia neste quanto ao seu estado. O estímulo a pacientes comatosos também deve ocorrer. A partir de atuações específicas, como cuidados afetivos e intensos, é possível aumentar as condições de humanização até que o paciente volte ao seu estado de consciência esperado. A expressão não verbal de pacientes entubados e comatosos deve envolver mecanismos adaptativos a situação, o que irá

aliviar seus agentes estressores e delinear o caráter preventivo em saúde mental.

De acordo com Santos et. al (2011) a UTI, por si só, é um ambiente psicopatológico e originador de conflitos. Desenvolver a capacidade adaptativa do paciente frente aos conflitos amplia sua habilidade de enfrentamento a partir de mecanismos internos. Isso é possível a partir do uso de técnicas psicológicas e ainda estimula a equipe a perceber as próprias dificuldades e lidar com situações críticas que pedem um suporte psicológico maior. Diante de mortes súbitas, encefálicas, pré-óbitos e comas é importante que o psicólogo ofereça o suporte adequado, com o objetivo de amenizar o impacto de eventos traumáticos como estes para a família.

Ainda segundo Santos et. al (2011) o acompanhamento psicológico de familiares, deve oferecer condições para a expressão de dúvidas, promover orientações quanto ao estado do paciente, prevenir reações fisiológicas negativas, como desmaios, choros e sudorese, e reestruturar idealizações errôneas em relação à doença e à necessidade de permanência do paciente na UTI. É objetivo também do profissional de psicologia desenvolver atividades de estudo e psicoeducação para a equipe, gerando a humanização do trabalho intensivista, melhorando a qualidade de vida do paciente, da família e da equipe de saúde.

Os estagiários da área de saúde contribuem para o trabalho do psicólogo, uma vez que podem oferecer o suporte ao ambiente da UTI em seus variados aspectos. Assim, o psicólogo deve também desenvolver atividades didáticas com estes, assim como com graduandos e formados, com internos e residentes médicos e outros profissionais de saúde, priorizando a atuação multiprofissional e integrada, permitindo que todos tenham uma visão global do estado e prognóstico do paciente. Este fator irá contribuir para um maior entendimento por parte da equipe de saúde dos comportamentos e situações de alto grau de estresse para o paciente, familiares e equipe de saúde (RODRIGUES, 2006).

2.4 A Terapia Cognitivo Comportamental e a UTI

A UTI por si só é um ambiente que possibilita o desenvolvimento de psicopatologias e originador de conflitos. Ao adentrar a unidade, o paciente fica à mercê de agentes estressores, sendo estes agravados por procedimentos invasivos, ruídos estranhos, restrição ao leito e ao contato familiar e social. O papel do psicólogo nesta unidade deve priorizar a diminuição desses agentes nos pacientes durante o período de internação. Di Biaggi (2002) e Angerami-Camon (2010) apontam alguns dos objetivos a serem alcançados pelo psicólogo hospitalar na UTI como orientação ao paciente, com a finalidade de estimular seu bem estar, foco das intervenções psicológicas no modo como o paciente encara sua doença e compreende a importância da permanência na UTI para seu tratamento e o desenvolvimento da capacidade adaptativa deste frente aos conflitos, ampliando suas habilidades de enfrentamento a partir de respostas funcionais já existentes.

O funcionamento do contexto hospitalar é dinâmico e em função disso as atuações psicológicas nesse ambiente devem priorizar a objetividade e serem diretivas, sendo as intervenções da Terapia Cognitivo Comportamental enfatizadas nesse meio. De acordo com Lima & Wielenska (1993), a TCC centra-se nos problemas apresentados pelo paciente no momento e o objetivo do terapeuta é ajudá-lo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias. Ainda para estes autores, as Unidades de Terapia Intensiva também requerem ações mais práticas, principalmente por seu caráter de cuidados intensivos, que coloca o paciente frente a situações que provocam disfuncionalidade, como a alteração da rotina, afastamento do convívio familiar, profissional e social.

Para Mazutti & Kitayama (2008) é necessário que o psicólogo, principalmente na UTI, foque nas intervenções de maneira colaborativa, buscando a empatia com o paciente, para assim, poderem traçar juntos, objetivos realistas. Dessa maneira, a partir da avaliação de estra-

tégias de enfrentamento já disponíveis, é possível que o paciente reestruture-se cognitivamente e se adapte, enfrentando a nova situação, o que é fundamental no apoio psicológico dentro da UTI.

A TCC é embasada em técnicas que, aparentemente, são de manejo simples. Porém, Alves & Silva (2012), Beck (1997), Vandenberghe (2004) e Jacob (2004) afirmam que para instrumentá-las, é necessário que estejam fundamentadas por esta teoria psicológica e exigem conhecimento dos princípios da terapia para sua utilização.

No decorrer desta revisão de literatura, foram encontrados alguns estudos que utilizaram técnicas em TCC no manejo de pacientes internados em ambiente intensivo, o qual, de acordo com Angerami-Camon (2010) é desencadeador de crenças e emoções que podem ser reestruturadas cognitivamente a partir da aplicação das técnicas da TCC, tais como: depressão, agitação e perda do discernimento, principalmente quanto ao tempo e ao espaço.

Mazutti & Kitayama (2008) afirmam que o paciente pode apresentar pensamentos automáticos disfuncionais, pensamentos de morte, alterações de apetite, entre outros sintomas decorrentes da hospitalização e apontam que o atendimento nas UTI's deve priorizar de imediato a avaliação psicológica do paciente, pois é esse instrumento que irá nortear as intervenções. Para estes autores, o uso das técnicas possibilita um melhor ajustamento do paciente à unidade intensiva, reestruturação de pensamentos e comportamentos disfuncionais ligados ao processo de internação, estado de saúde e de morte, bem como uma melhora em relação às oscilações de humor.

Para Pereira & Penido (2010) as intervenções agem no sentido de promover a modificação de comportamentos, estimulando os indivíduos a desenvolverem padrões de enfrentamento adaptativos. Bahls & Navolar (2004) afirmam que a TCC procura definir claramente objetivos, especificando-os de acordo com os problemas e questões trazidos pelo paciente, deixando clara a contribuição do psicólogo no atendimento na UTI.

Para Gomes & Pergher (2010) a TCC contribui para a adaptação do paciente ao ambiente intensivo, principalmente no que tange a clarificação dos objetivos do tratamento clínico e, principalmente, psicológico, escutando os problemas por ele apresentados, dentre eles: resistência ao tratamento clínico e psicológico e falta de informações sobre a doença.

Santos et al. (2011) afirmam que as intervenções pautadas nas técnicas da TCC auxiliam na construção de comportamentos adaptativos do paciente a UTI. Dentre os principais instrumentos de intervenção encontrados ao longo desta revisão literária, destacam-se os autores Alves e Silva (2012), Beck (1997), Vandenberghe (2004) e Jacob (2004) que apresentaram as seguintes técnicas no manejo com pacientes internados em UTI: distração e refocalização; expressão e identificação de emoções; identificação de pensamentos automáticos disfuncionais; psicoeducação; questionamento socrático; treino respiratório; reversão de hábitos; treino de resolução de problemas; treino de assertividade e técnica da vantagem e desvantagem. O terapeuta deve selecionar as intervenções cuidadosamente e utilizar aquelas que sejam mais adequadas para as demandas de cada paciente.

Botega (2002, apud Mazutti e Kitayama, 2008) assinala que quando o paciente permanece hospitalizado a interpretação do indivíduo diante dos eventos se configura de maneira disfuncional, predispondo o mesmo a uma série de reações emocionais. Nesse contexto, tais situações demandam intervenção efetiva e pontual por parte do psicólogo.

3 CONCLUSÃO

A partir da revisão de literatura deste presente artigo, foi possível pontuar através das pesquisas dos autores citados, que o apoio emocional oferecido pela TCC no âmbito hospitalar promoveu o bem-estar dos pacientes, amenizou os reflexos da internação e priorizou a adaptação deles diante de situações nas quais os seus repertórios eram mínimos

para enfrentar a nova situação imposta pela doença e internação. Para eles, as técnicas da Terapia Cognitivo Comportamental contribuem de forma significativa para a melhora de cada paciente a partir das necessidades por eles apresentadas.

A demanda do atendimento psicológico nos hospitais é grande e a realidade vivida nestas instituições requer ações mais práticas e objetivas, capazes de atenuar no indivíduo angústias, medos, dúvidas e tensões oriundos do processo de hospitalização. Dessa maneira, a TCC demonstrou resultados positivos no apoio psicológico dentro dos hospitais por ser uma terapia breve, voltada para resolução de problemas, identificação de pensamentos e crenças disfuncionais, além de flexibilizar e instrumentar a ação do psicólogo na instituição.

A partir da revisão de literatura, foi possível observar que as técnicas citadas não mecanizam a atuação e sim funcionam como orientação para o atendimento, necessitando serem pautadas na fundamentação teórica da TCC, não reduzindo a condição humana do indivíduo. A prática do psicólogo pautada na abordagem Cognitivo Comportamental permite que ele realize um trabalho de humanização dentro da instituição, priorizando uma visão global do indivíduo enquanto paciente e demonstrando a importância da aplicabilidade da TCC e o efeito de seus resultados, bem como da inserção do psicólogo dentro da UTI.

Porém, é importante considerar que as pesquisas na área de atendimento psicológico, principalmente na UTI e fundamentadas na Terapia Cognitivo Comportamental ainda são mínimas. Desenvolver estudos nesse sentido é necessário para que a população em geral tenha conhecimento das alterações psicológicas causadas pelas internações e dos processos saúde-doença.

Diante do exposto, estudar o manejo clínico da Terapia Cognitivo Comportamental se justifica devido à importância da sua aplicação no contexto hospitalar, pois este é um ambiente que prioriza a assistência imediata nos três setores de atenção à saúde (primária, secundária e terciária). As intervenções pautadas na TCC são de caráter colaborativo e

diretivo. Logo a identificação das distorções cognitivas, dos pensamentos automáticos e as reestruturações dos mesmos atendem às necessidades dos pacientes quando hospitalizados, já que estes necessitarão de apoio psicológico. O suporte emocional oferecido pela TCC no contexto hospitalar promove o bem-estar do paciente, ameniza os reflexos da hospitalização e prioriza a readaptação do mesmo diante de contextos cujos repertórios são mínimos ou ausentes para enfrentar a situação imposta pela doença.

Portanto, de acordo com a pesquisa bibliográfica realizada foi possível concluir que a Psicologia Hospitalar deve ter um compromisso com os usuários do serviço de saúde no que diz respeito ao processo de humanização dos espaços terapêuticos e de cuidado ao outro, sendo essa atuação contínua e infindável. Os dramas pessoais vividos pelos doentes são amenizados com o trabalho do psicólogo hospitalar, no qual o paciente enxerga uma possibilidade de ajustamento de suas experiências e dúvidas em relação ao tratamento.

2 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.), **Psicologia Hospitalar – Teoria e Prática**. São Paulo: 2010, Cengage Learning;

BAHLS, S. C. & NAVOLAR, A.B.B. **Terapia Cognitivo-Comportamentais: Conceitos e Pressupostos Teóricos**. Curitiba: PsicoUTPOnline, 2004;

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997;

CABALLO, V. E. **Manual de Transtornos de Personalidade: descrição, avaliação e tratamento**. São Paulo: 2008, Santos Editora;

CAIUBY, A. V. S. & ANDREOLI, P. B. de A. (2005). Intervenções Psicológicas em Situações de Crise na Unidade de Terapia Intensiva. Relato de Casos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 17(3), 63-67;

DI BIAGGI, T. M. (2002). **Relação Médico-família em UTI: a visão do médico intensivista**. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo;

FARIA, C. (2009). **Unidade de Terapia Intensiva**. Disponível em: <http://www.infoescola.com/medicina/unidade-de-terapia-intensiva-uti/>;

GOMES, J. A. L. & PERGHER, G. H. (2010). A TCC no pré e pós operatório de cirurgia cardiovascular. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 6(1), 173-194;

JACOB, L. S. Treino de Resolução de Problemas. In: ABREU, C. N. de & GUILHARDI, H. J. *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental - Práticas Clínicas*. São Paulo: Roca, 2004. (pp. 345 - 404);

LIMA, M. V. D.& WIELENSKA, R. C. (1993). *Terapia Comportamental-Cognitiva*. Em: CORDIOLO, A. V. (org.) **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 192-209;

MAZUTTI, S. R. G. & KITAYAMA, M. M. G. (2008). *Psicologia Hospitalar: Um Enfoque em Terapia Cognitiva*. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, 11(2), 111-125;

OLIVEIRA, E. C. N. (2002). **Viver é resistir: a singularidade da saúde a partir das práticas nos C.T.I.s**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Psicologia;

PEREIRA, F. M. & PENIDO, M. A. (2010). Aplicabilidade Teórico-Prática da Terapia cognitivo comportamental na Psicologia Hospitalar. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 6(2), 189-220;

RANGÉ, B. P.; FALCONE, E. M. O.& SARDINHA, A. (2007). História e Panorama Atual das Terapias Cognitivas no Brasil. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 3(2);

RODRIGUES, K. R. B. (2006). A Atuação do Psicólogo Hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva. **Relatório de Estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde e Hospitalar**. Rio Verde: Hospital Presbiteriano Dr. Gordon;

SANTOS, S. N.; SANTOS, L. S. R. L.; ROSSI, A. S. U.; LÉLIS, J. de A. & VASCONCELLOS, S. C. (2011). Intervenção Psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. **Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar**, 14(2), 50-66;

VANDENBERGHE, L. M. A. Reversão de Hábito. In: ABREU, C. N. de & GUILHARDI, H. J. *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental - Práticas Clínicas*. São Paulo: Roca, 2004. (pp. 226 - 230).

A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UM ESTUDO DE CASO

Geziel Alves de França
Camilla Carneiro Silva Queija

Resumo: O presente trabalho tem por objetivo a realização de um estudo tangente à importância da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dependência química. O estudo se justifica em virtude da complexidade da dependência química, bem como da eficácia da terapia cognitiva comportamental para os casos de dependência química, além da prevenção da recaída. Para atingimento do proposto, inicialmente optou-se pelo desenvolvimento de uma revisão bibliográfica, a qual será fundamentada em livros de autores versam sobre o tema, assim como artigos científicos publicados nas plataformas virtuais e que abordam sobre a dependência química. No segundo momento, foi desenvolvido um estudo de caso a partir de dados já existentes e catalogados durante estágio supervisionado na Clínica Escola CESUC, com um paciente em psicoterapia. Os resultados apontaram que a intervenção cognitivo-comportamental apresentou um impacto positivo no transtorno de dependência química, ajudando o paciente compreender melhor seu funcionamento psicológico, modificando suas crenças centrais, possibilitando novos repertórios cognitivos e comportamentais, bem como evitando eventuais recaídas.

Palavras-chave: Terapia Cognitiva Comportamental, Dependência química e Psicologia.

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que, de acordo com o contexto histórico, o uso de substâncias alucinógenas e psicoativas é relatado na literatura, em contextos, culturas e períodos distintos da humanidade. Assim, observa-se que em tempos distintos o uso das substâncias alucinógenas se encontrava associado a objetivos diferentes (DIEHL *et al.*, 2011).

Com o passar do tempo, a utilização de substâncias químicas tomou uma proporção maior em todo o mundo, assim como as consequências do uso e/ou abuso, o que incidiu no controle e proibição de determinadas substâncias químicas.

Sob esse aspecto, Diehl *et al.* (2011) ressalta que, além de um costume antigo, em muitas sociedades, a utilização de tais substâncias era associada à liturgia religiosa de algumas culturas, como na Índia, China, Egito etc. contudo, destaca também que, em outros momentos, eram utilizadas para amenizar o sofrimento humano, como no caso de fome, fadiga e fortes dores.

Na atualidade, o uso de algumas substâncias, apesar da proibição, assim como do conhecimento da dependência química e consequências danosas à fisiologia e psique humana, em muitas das vezes se encontra associada à busca do prazer, à fuga emocional, à necessidade de aceitação em grupos (muito comum entre adolescentes), dentre outros aspectos assim como ao comércio, como caso do tráfico de drogas (DALGA-LARRONDO, 2008).

Tendo em vista às consequências e danos à sociedade, vício, integridade física e psicológica, além da proporção do uso e comercialização ilegal de substâncias, a dependência química é entendida como um problema de saúde pública. Sabe-se que a dependência química nos dias

atuais se caracteriza pela utilização constante, ou padrão de consumo descontrolado, na perspectiva de aliviar angustias, além de fadiga física e mental, dentre outros sintomas (DIEHL, 2011).

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (2012), o Brasil ocupa o segundo lugar em maior consumidor de substâncias químicas e derivados, ficando abaixo dos Estados Unidos. Dados alarmantes, principalmente quando se refere a um caso de saúde pública.

Proporcional à preocupação que envolve a temática, observa-se que a aplicabilidade, estudos e discursos atrelados à terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dependência química tem aumentado, motivo pelos quais tem sido aplicada em diversos âmbitos.

Diante de tais questões, bem como relevância do tema, a problemática da pesquisa gira em torno de se encontrar respostas para a seguinte pergunta: qual a relevância da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dependência química, bem como na prevenção de eventuais recaídas?

Dessa maneira, o presente artigo busca discorrer acerca da importância da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dependência química, bem como na prevenção de eventuais recaídas, trazendo esclarecimentos científicos que possibilitem mostrar aspectos psíquicos, emocionais e socioambientais atrelados à temática.

O estudo se justifica em virtude da diversidade de tratamentos relacionados ao tema, com vistas à eficácia da terapia cognitiva comportamental para os casos de dependência química, bem como na prevenção da recaída quanto ao uso de substâncias químicas ou psicoativas.

Assim, o presente trabalho visa contribuir com a gama de material já existente tendo em vista a relevância da temática na contemporaneidade, haja vista, o problema da dependência química se tornou uma questão de saúde pública, necessitando, portanto, de maiores estudos e fomentação do assunto, bem como dos tratamentos disponíveis e eficácia dos mesmos.

Para atingimento dos objetivos propostos, a revisão bibliográfica será adotada em primeiro momento para contribuir no desenvolvimento da fundamentação teórica do estudo, já que se ampara em trabalhos científicos elaborados sobre a temática, na perspectiva de amparo e fundamentação, momento quando autores que versam sobre a temática serão referenciados. Não obstante, a revisão bibliográfica será suportada por meio de livros, assim como artigos científicos disponíveis e publicados nas plataformas acadêmicas como CAPES (Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior), Pepsic e Scielo, e que abordem acerca do tratamento da dependência química sob a ótica da terapia cognitivo comportamental.

No segundo momento, realizar-se-á um estudo de caso a partir de triagem e anamnese já existentes e catalogados em decorrência da participação no estágio supervisionado referente ao processo da formação acadêmica e de terapia realizado com um paciente atendido pela Clínica Escola CESUC, o qual terá seu nome preservado por questões éticas.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para desenvolvimento do estudo, se faz necessário o desenvolvimento da fundamentação teórica com base na perspectiva da terapia cognitivo-comportamental, fornecendo respaldo teórico-metodológico devido, a fim de consubstanciar o teor da presente pesquisa, contribuindo, sobretudo, para riqueza acadêmica, em busca dos melhores resultados.

2.1. Dependência química

Segundo dados atuais aferidos por meio do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD, 2012) apurados pela Universidade Federal de São Paulo, o Brasil é o segundo maior consumidor de

substâncias químicas e seus derivados, perdendo apenas para os Estados Unidos que lidera o *ranking*.

De acordo com Zanelatto e Laranjeira (2013), a questão da dependência química se configura como processo de alta complexidade, o qual se encontra inserido num contexto de mesma complexidade, tendo em vista o número de interferências distintas e variações constantes que, concomitantemente, influenciam no processo. Nesse sentido, para que o tratamento atinja os objetivos e proporcione os resultados mais positivos, dentre outros procedimentos deve ser estruturado e planejado levando em conta os mais diversos fatores de influência em relação a cada indivíduo, tendo em vista a influência da subjetividade, fator esse, individual de cada ser. Quanto ao profissional da área, se torna essencial atentar ao seu objetivo primaz em promover auxílio ao paciente, na perspectiva da adoção de novas condutas que, gradativamente, barrem comportamentos atrelados à manutenção da dependência, valendo-se dos recursos terapêuticos apropriados e que tenham apresentado resultados comprovados no empirismo.

Mediante tal problemática, “diferentes modelos tentam explicar a dependência química [...] os mais conhecidos, como modelo moral, modelo espiritual e os modelos psicológicos” (ZANELATTO e LARANJEIRA, 2013, p. 26-27). No que se refere à sua nomenclatura, subsistem diversos termos na literatura atual como menção a essa patologia, tais como dependência química, toxicomania, drogadição e adicção, (RODRIGUES e NUNO, 2005),

Silva (2011) descreve que a dependência química é uma patologia multifatorial e complexa, bem como que tem origem na relação entre cognição e diversos fatores como processos fisiológicos e/ou biológicos, emoções, influências culturais, comportamentos, relações familiares e sociais, dentre outros.

O Código Internacional de Doenças - CID 10 (1993, p.74) caracteriza a dependência química como:

Síndrome de dependência Conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade maior pra um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não ter sido prescritas) álcool ou tabaco. Pode haver evidência que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome de que o que ocorre com indivíduos não dependentes. (CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - CID 10, 1993 p.74)

Cabe destacar que a Associação Americana de Psiquiatria – APA (2014) - estabeleceu critérios diagnósticos para abuso e dependência de substâncias, conforme DSM-V, disposto no quadro 01.

Quadro 01. Critérios para abuso de substâncias

Critérios para abuso de substância do DSM-V
A. Um padrão mal adaptativo de uso de substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:
• uso recorrente da substância, resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa;
• uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico;
• problemas legais recorrentes relacionados à substância;
• uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes;
B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância.

Fonte: Associação Americana de Psiquiatria, APA/DSM-V (2014).

Segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V, 2014), manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais; os critérios que norteiam o diagnóstico de tal transtorno ou prática apontam para pontos-chaves que caracterizam o uso abusivo de substâncias, tais como: aumento progressivo da quantidade de substância química utilizada para que ocorra o efeito desejado pelo dependente, manifestações de abstinência no cotidiano, compromissos sociais de grande relevância não sendo cumpridos pela condição inadequada do sujeito, dentre outros motivos que o dependente químico apresenta.

Entretanto, não há uma razão que explique de forma generalizada para todas as pessoas o porquê da utilização quanto ao abuso de substâncias psicoativas. Contudo, na maioria dos casos de adolescentes que se iniciam na utilização de substâncias químicas Dalgalarondo (2008) afirma que, entre muitos adolescentes, se pode observar o início ao uso de substâncias psicoativas relacionadas a alguns fatores como a própria curiosidade, rebeldia no sentido da sensação de fazer algo ilegal ou escondido, sentimento de aceitação por um determinado grupo, expressão hostil assim como sensação de independência de pais ou situações de disputa entre autoridades (pais, professores), mecanismo de fuga, a fim de minimizar sentimentos ou sensações desagradáveis, aventura e/ou excitação em fazer algo inadequado, etc.

Assim sendo, se pode perceber que o pontapé inicial quanto ao uso de substâncias químico e derivado entre adolescentes, na maioria dos casos, exerce relação com aspectos sociais, tendo em vista necessidade de aceitação por grupos, incentivo por outros usuários, dentre outros fatores.

Já Abreu (2006) relata que há vários fatores que aumentam a chance de o indivíduo desenvolver a dependência, bem como a herança familiar, psicopatologias, cultura, ambiente familiar, pressão de grupo e acesso às drogas.

Vale salientar que as políticas públicas se orientam na perspectiva teórica científica atual, a fim de elaborar planos de intervenção e trata-

mento que atuem de forma multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.

2.2. Terapia Cognitivo-comportamental e Dependência Química

A Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) foi desenvolvida no início da década de 1960 por Aaron Beck e Albert Ellis a partir do acompanhamento de pacientes com depressão.

Assim, esse primeiro autor, buscou apresentar uma base empírica para a teoria da melancolia desenvolvida por Sigmund Freud, tendo em vista a observação quanto à repetição de “características negativas do pensamento depressivo. Aos poucos, foi estruturando um modelo cognitivo da depressão” (BECK, 1967, p. 263).

De acordo com Silva e Serra (2004, p. 01) se pode observar que tanto as Terapias Cognitiva-Comportamental, assim como a Prevenção da Recaída e Treinamento de Habilidades são ferramentas terapêuticas que devem ser limitadas no tempo e trabalhadas de forma interligada, bem como que devem ser norteadas por um objetivo específico, amparadas por sessões planejadas e estruturadas, numa perspectiva diretiva e ativa, visto que a Terapia Cognitiva foca nos pensamentos, crenças, sentimentos e circunstâncias, tendo como amparo o comportamento disfuncional. Já a Prevenção de Recaída e o Treinamento de Habilidades têm como base tanto as teorias comportamentais como a teoria Cognitiva.

Nesse sentido, se pode observar que o autor salienta quanto ao estabelecimento e sistematização da terapia, a fim de que a mesma atinja os objetivos planejados. Contudo, salienta as diferenças entre a terapia cognitiva, prevenção da recaída e treinamento de habilidades.

Na terapia cognitiva (TC), o indivíduo passa a compreender que sua conduta, estado de espírito e/ou humor são determinados pelo seu sistema de crenças, bem como que, a sua forma de reagir ao cotidiano se encontra atrelada à sua subjetividade, tendo em vista as experiências ao longo da vida, bem como a forma de percebê-las (RANGÉ, 2008).

Já em relação à terapia cognitivo-comportamental, observa-se que ela possibilita de forma ativa a descoberta da inter-relação entre pensamento, emoções e conduta, bem como na identificação dos pensamentos distorcidos pelo próprio paciente. Mas não apenas isso, visto que se atêm ainda no aprendizado de substituição dos pensamentos distorcidos por leituras orientadas para a lógica e mais próximas da realidade, na perspectiva de emoções, afetos, conduta e pensamentos mais assertivos.

Outro fator relevante se caracteriza pelo treinamento comportamental, na perspectiva da mudança de hábitos. Knapp, (2004) ressalta que, com dependentes químicos, tendo em vista sua efetividade no auxílio ao tratamento da dependência química, a terapia cognitivo-comportamental vem sendo aplicada em diversos âmbitos, como psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, terapia familiar e também, por ambientes cognitivamente orientados; unidades hospitalares, escolas terapêuticas, comunidades terapêuticas.

Sob tal aspecto Kolling, Petry e Melo (2011) salientam que a dependência química é um transtorno de tratamento complexo, bem como difícil, além da questão do índice baixo de recuperação em relação ao êxito dos pacientes, principalmente quando relacionado aos resultados do tratamento de outros transtornos. Contudo, destacam que a Terapia Cognitivo-Comportamental tem proporcionado resultados significativos.

Dentro desta perspectiva de tratamento, Zanelatto e Laranjeira (2013, p. 139) afirmam que:

As terapias cognitivos-comportamentais (TCCs) tem sido referenciada como abordagem eficazes no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos, incluído o transtorno por abuso de substância, e a aplicação desse conjunto de técnicas no contexto do tratamento tem se mostrado tanto para alcance, como para

a manutenção da abstinência em usuários de substâncias psicoativas (ZANELATTO E LARANJEIRA, 2013, p. 139).

Desse modo, a terapia cognitiva (TC) e a terapia cognitivo-comportamental (TCC), vêm se mostrando eficaz no que tange ao tratamento da dependência química, assim como das suas possíveis comorbidades, a partir de conceituações baseadas no pressuposto do grande propulsor dessa abordagem, Aaron Beck, e de técnicas diretivas focadas na solução do problema.

Knapp e Beck (2008, p. 02) descrevem três momentos relevantes da terapia:

- 1) terapia de habilidade de enfrentamento, que está voltada para desenvolvimento de repertório de habilidades que tem como objetivo fornecer ao indivíduo maneiras de lidar com situações problema.
- 2) terapia de soluções de problemas, que visa o desenvolvimento de estratégias para lidar com uma série de dificuldades pessoais cotidianas.
- 3) terapia de reestruturação, que enfatiza o pressuposto de que as fragilidades emocionais são consequências de pensamentos disfuncionais tornando o propósito na terapia de treinar esses pensamentos, para torna-los funcionais (KNAPP E BECK, 2008, p. 02)

A partir disso, se pode perceber que as TCC's podem ser classificadas em três grandes divisões que permeiam toda sua prática clínica, e que são de grande relevância para o tratamento da dependência química.

3 METODOLOGIA

Esse estudo se refere a uma pesquisa qualitativa, visto que essa se configura como uma averiguação relacionada a aspectos não quantificáveis de uma questão específica. Assim, visa encontrar respostas para questões atreladas à subjetividade do objeto pesquisado, onde o pesquisador pode conduzir o estudo por diversos caminhos (MARCONI e LAKATOS, 2011).

Assim, realizou-se um estudo de caso a partir de triagem e anamnese já existentes e catalogados em decorrência da participação no estágio supervisionado referente ao processo da formação acadêmica e de terapia realizado com um paciente atendido pela Clínica Escola CE-SUC, o qual terá seu nome preservado por questões éticas. Para Marconi e Lakatos (2011, p. 274) o estudo de caso “refere-se ao levantamento com mais profundidade de determinado caso ou grupo humano sob todos os seus aspectos”.

3.1. Delineamento

Para desenvolvimento do estudo de caso foi delineado o percurso metodológico envolvendo o sujeito do caso clínico, material e procedimento utilizado conforme descrito na sequência.

3.1.1 Sujeito

Daniel (nome fictício) é um jovem de 33 anos, casado, mora com a esposa, tem dois filhos, trabalha como vigilante e apresenta diagnóstico de transtorno de abuso de substâncias químicas (psicoativas). A opção pelo nome fictício foi adotada para resguardar a confidencialidade e anonimato do sujeito do estudo.

O atendimento semanal foi realizado por um estagiário do 10º período do curso de Psicologia (que na época cursava o 7º período) no ano

de 2017, entre os meses de fevereiro a junho, valendo-se da abordagem teórico Cognitivo-Comportamental (TCC), supervisionado semanalmente por uma professora (supervisora) de clínica escola de uma faculdade situada no interior do Estado de Goiás que tem por objetivo atender à população de baixa renda por meio de estagiários em psicologia.

3.1.2 Queixa Principal

O paciente procurou por atendimento psicológico após avaliação psiquiátrica, informado por amigos que a referida clínica escola realizava atendimento gratuito para a população.

Na oportunidade, relatou que desde a pré-adolescência (12 anos) faz uso de álcool, maconha, cocaína e depois começou a usar o crack, tendo assim chegado ao “fundo poço”, conforme sua descrição. Salientou ainda que tentou parar com o uso inúmeras vezes, contudo, sem sucesso, tendo várias recaídas.

Foi internado por diversas vezes em clínicas de internação compulsória, mas quando terminava o período estabelecido, voltava aos mesmos hábitos.

O paciente descreveu ainda ter perdido várias oportunidades na vida, bem como que a dependência atingiu muito seu relacionamento conjugal, assim como a relação e estreitamento de laços com seus filhos. Portanto, devido esses insucessos e prejuízos causados pelo abuso de substâncias psicoativas, resolveu buscar ajuda especializada com psiquiatra junto a CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), clínica escola de Psicologia CESUC (Centro de Ensino Superior de Catalão), Alcoólatras Anônimos (AA) e o Narcóticos Anônimos (NA).

3.1.3 História de Vida

O paciente relatou que não fora criado por seus pais biológicos, assim como que, quando ainda na primeira infância, teve contato com

os mesmos. Seus pais faziam uso de álcool devido aos conflitos familiares e dificuldades, motivo pelos quais foi criado por alguns parentes, não tendo residência fixa.

Suas lembranças em relação aos seus cuidadores não são muito boas, uma vez que passou por muitas privações e sofrimentos, nos quais afetaram seu emocional e, conseqüentemente, sua vida.

Descreveu ainda que, em alguns momentos, sofreu abusos por parte de familiares, pois, era criado de casa em casa, onde havia outras crianças com idade superior. Em relação à escola, cursou apenas ensino fundamental, uma vez que, desde cedo teve que trabalhar.

3.1.4 História Familiar

O paciente não teve um convívio considerável com sua mãe na infância por dificuldades financeiras, pois, é filho de pais separados e não conhece seu pai biológico. Tem um irmão mais velho, o qual hoje tem uma maior proximidade, e que tem o ajudado a enfrentar as dificuldades com as drogas. Em relação à sua infância e adolescência, essa se deu com alguns parentes que cuidava do mesmo, porém, devido ao uso de drogas, logo era levado para o convívio com outra família.

3.2 Instrumentos e Procedimento

Para avaliação e intervenção foram utilizados os seguintes instrumentos: triagem, anamnese, psicodiagnóstico, intervenção por meio de sessões estruturadas e técnicas psicoterápicas.

O paciente procurou espontaneamente a clínica escola para atendimento psicológico após solicitação do médico psiquiatra. Foram realizadas 20 sessões de abordagem cognitivo-comportamental semanais com duração de 50 minutos cada.

O procedimento inclui avaliação inicial, intervenção, avaliação final. Foram utilizadas estratégias e técnicas como registro de pensamen-

to disfuncionais, reestruturação cognitiva, psicoeducação, descoberta guiada, questionamento socrático, relaxamento, treino de assertividade, treino em habilidades sociais e prevenção de recaída.

Quadro 1. Estruturação das sessões terapêuticas

1ª a 5ª Sessão Avaliação Inicial Procedimentos: Acolhimento, anamnese, estabelecimento de vínculo, histórico de vida e familiar; obtenção de dados, discussão de queixas específicas, plano e motivação para o tratamento.
6ª Sessão Intervenção Procedimentos: Reestruturação cognitiva das crenças automáticas associadas ao diagnóstico; Importância das tarefas de casa; Cooperação do paciente na psicoterapia, Psicoeducação com o paciente e esposa.
7ª a 10ª Sessão Intervenção Procedimentos: Verificação semanal dos sentimentos e humor do paciente; Registro de pensamentos disfuncionais para a identificação de pensamentos automáticos (incompetência, fracasso, rejeição), sentimentos (tristeza, medo, desvalia) e comportamentos; Reestruturação cognitiva das crenças de incompetência, fracasso e rejeição.
11ª a 19ª Sessão Intervenção Procedimentos: Técnicas de relaxamento (dessensibilização sistemática e acalme-se) para situações de medo e sintomas de ansiedade em relação às situações sociais; Treino de assertividade para adequação em expressar sentimentos positivos e negativos; Treino em habilidades sociais; Estabelecimento de metas de curto e em longo prazo; Diálogo acerca da evolução do tratamento.
20ª Sessão Avaliação Final Procedimentos: Checagem de novos repertórios cognitivos e comportamentais; Prevenção de recaída; Feedback positivo da paciente sobre o processo terapêutico; Feedback positivo da terapeuta acerca da redução das queixas e sintomas apresentados; Preparação para alta terapêutica.

Fonte: Desenvolvida pelo autor (2018).

4. Resultados e Discussão

Para uma melhor compreensão, os resultados foram divididos em etapas, sendo: Avaliação inicial, Intervenção, Avaliação final.

4.1- Avaliação inicial

Nessa etapa, descreve o início dos atendimentos, onde foram realizadas 20 sessões, de duração de 50 minutos cada. Primeiramente o paciente foi acolhido na clínica para, por meio da triagem, levantar suas queixas e demandas.

Do primeiro ao quinto atendimento foi realizado o acolhimento, o estabelecimento de vínculo entre terapeuta e paciente, a investigação do histórico de vida e familiar, a obtenção de dados, a discussão das queixas específicas e plano, assim como motivação para o tratamento.

Por meio das entrevistas buscou-se informações sobre os dados pessoais e histórico de vida e familiar do paciente. Para que a avaliação fosse consistente, essa ocorreu em três sessões as quais permitiram a identificação do diagnóstico de Transtorno de Dependência química, conforme o DSM-V (APA, 2014). O paciente relatou que faz uso de medicação para controlar sua ansiedade, pois, se sente muito ansioso quando não utiliza alguma substância psicoativa.

Para avaliação dos dados cognitivos e afetivos foi utilizado o modelo de Conceitualização Cognitiva. Rangé (2011) discute que a conceitualização cognitiva compreende a uma coleta de dados das queixas apresentadas pelo paciente. Na análise dos dados se encontra a explicação do motivo para o desenvolvimento e comportamentos mantenedores da queixa, possibilitando realização de previsões comportamentais, além de fazer parte da estratégia de tratamento e desenvolvimento de um plano de intervenção nas demandas do paciente ao longo do processo terapêutico.

Os dados observados mostraram que o paciente apresentou comportamentos inadequados de dependência e insegurança baseados na sua percepção distorcida acerca das situações em relação ao aspecto social e relacionamentos interpessoais. A baixa autoestima motivou sentimento de tristeza, ansiedade, angústia, desamparo, desvalor e as crenças de desamor na avaliação da tríade cognitiva do paciente. Frente a isso, toda vez que ocorriam pensamentos automáticos, essas crenças eram ativadas e geravam um ciclo de pensamentos e emoções distorcidas, onde seu comportamento era o de fazer uso de drogas para aliviar tais sensações. Segundo J. Beck (2013), indivíduos com crenças centrais disfuncionais e negativas a respeito de si mesmo, apresentam conceitualizações dentro de, basicamente três categorias: desamparo (sentimento de incompetência), desamor (não merecimento de amor dos outros) e desvalor (sentimento negativo com aspecto moral sobre si).

O processo cognitivo disfuncional do paciente demonstra relação com a sua história de vida, bem como desenvolvimento de suas crenças centrais. Nesse sentido, suas estratégias compensatórias eram de buscar nas drogas alívio para seus sentimentos e pensamentos.

4.2- Intervenção

Na sexta sessão iniciaram-se às intervenções. Foram verificados os sentimentos do paciente, segundo o modelo cognitivo, para avaliação dos pensamentos automáticos, crenças intermediárias, crenças centrais e psicoeducação com paciente e sua esposa. Discutiu-se sobre o diagnóstico de Transtorno de dependência química, os sintomas da ansiedade, a importância da tarefa de casa e a cooperação da paciente na psicoterapia. Além disso, foi desenvolvida uma reestruturação cognitiva das crenças automáticas associadas ao diagnóstico.

A partir da sétima sessão, foram utilizadas técnicas e estratégias da terapia cognitivo-comportamental, com vistas à utilização do Registro de pensamentos disfuncionais para registrar os pensamentos, os

sentimentos e comportamentos do paciente. Desenvolveu-se à reestruturação cognitiva em relação às crenças de desvalor, desamparo e desamor; as técnicas de relaxamento escolhidas foram a dessensibilização sistemática e o acalme-se para situações em que o paciente ficou sozinho em casa e ansioso em relação as situações cotidianas.

O treino de assertividade foi utilizado para a adequação em expressar sentimentos positivos e negativos; já o treino em habilidades sociais para reestruturação de crenças sobre desamparo, desvalor e desamor; empoderamento e reestruturação de crenças acerca da importância da autonomia. Foram estabelecidas metas em curto e em longo prazo, bem como um diálogo acerca da evolução do tratamento.

Técnicas de relaxamento utilizadas: a ansiedade é uma resposta de proteção, que prepara o organismo para atacar ou fugir de perigos reais ou não. Assim, substâncias são liberadas pelo organismo nessa situação que promovem alterações fisiológicas, as quais viabilizam respostas de luta ou fuga.

O relaxamento é um processo psicofisiológico de aprendizagem das respostas biológicas de relaxamento e inclui:

- a) Exercícios de respiração: treino em padrões de baixas taxas de respiração, inspiração - expirações profundas e amplas e respirações diafragmáticas. Esse treino distrai o paciente dando-lhe sensação de controle sobre o organismo;
- b) Treino em relaxamento: tencionar e relaxar diferentes grupos musculares para obtenção de um estado de conforto e bem estar;
- c) Relaxamento muscular progressivo: essa técnica deve ser feita num ambiente adequado onde o paciente deve ser posicionado confortavelmente.

Treinamento de habilidades sociais - Treino de assertividade: É realizado a partir da orientação ao paciente a emitir respostas adequa-

das em situações específicas, por meio de simulação de situações reais da vida; esse treino visa preparar o paciente a falar e agir de forma assertiva, com objetivo de expressar sentimentos positivos ou negativos, pelo ensaio comportamental.

Por meio da psicoedução, orientar o paciente sobre a necessidade de se expressar de forma adequada, de dar sua opinião, de dizer não para aquilo que não gosta, bem como de respeitar seus direitos sem ferir os direitos das demais pessoas, basicamente voltada para uma boa comunicação.

Identificação dos estilos de comunicação do paciente:

- a) Assertivo;
- b) Passivo;
- c) Agressivo.

Soluções de problemas: a técnica consiste em ensinar o paciente, maneiras adequadas de enfrentar situações da vida real. Deverá aprender a manejar e adaptar procedimentos e estratégias aprendidos na terapia, por meio de modelagem de habilidades, em sua vida. Situações simuladas durante as sessões para criar um repertório de habilidades e enfrentamento dos problemas existenciais.

Dessensibilização sistemática: consiste em remover ou enfraquecer a ansiedade. Utiliza-se treino em técnicas de relaxamento e o paciente deve ser capaz de visualizar situações temidas.

RPD (registro dos pensamentos disfuncionais): é uma técnica da terapia cognitiva comportamental que tem o objetivo de fazer com que o paciente saiba identificar e analisar de forma consciente os seus pensamentos, emoções e comportamentos conflituosos, levando-o a pensar em respostas adaptativas em relação às suas cognições negativas, para que assim o indivíduo passe a se tornar seu próprio terapeuta, conseguindo lidar com seus conflitos.

4.3. Avaliação final

Na avaliação final foi observada diminuição significativa das queixas características do transtorno de dependência química e redução dos sintomas da ansiedade. Além disso, foram verificados novos repertórios cognitivos e comportamentais e estratégias de enfrentamento apropriadas para lidar com situações que ativassem as crenças disfuncionais de desamparo, desamor e desvalor.

O paciente ofereceu um *feedback* positivo sobre o processo terapêutico; relatou ter a sensação de ser “uma nova pessoa” que a cada dia percebe um crescimento pessoal. Descreveu ainda que a terapia o ajudou muito.

Até o processo de finalização da terapia apresentava um repertório de habilidades, onde estava conseguindo ser assertivo diante das circunstâncias, que antes não conseguia enfrentar, e o levava a várias recaídas.

Cabe salientar que o mesmo se manteve “limpo” - termo utilizado por pessoas com esse transtorno - durante todas as sessões, contudo, afirmou e adquiriu a consciência de que essa luta é diária. Na oportunidade, o terapeuta deu um *feedback* positivo para o paciente acerca da redução das queixas e sintomas apresentados, e então foi realizada a preparação para a alta terapêutica.

5. CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivo demonstrar os efeitos da terapia cognitivo-comportamental em um caso clínico de um paciente com diagnóstico de transtorno de dependência química. Verificou-se que o tratamento realizado possibilitou a redução das queixas e sintomas apresentados pela paciente.

Na avaliação inicial observou-se que o processo cognitivo disfuncional do paciente demonstra relação com a sua história de vida e suas

crenças centrais, o que ocasionou um prejuízo no funcionamento biopsicossocial, o que o levou à busca de ajuda psicoterápica.

De acordo com o modelo de conceitualização cognitiva e afetiva, foram identificadas crenças de fracasso e rejeição que geravam consequências negativas sobre as emoções, o que se configurava como um reforçador em potencial para os comportamentos inadequados do paciente.

Nas intervenções o paciente passou a identificar crenças e pensamentos disfuncionais que prejudicavam o seu funcionamento. Por meio da técnica de reestruturação cognitiva foi possível desenvolver novas crenças; as técnicas de relaxamento auxiliaram nos momentos em que o paciente não conseguia ficar sozinho em casa e ficava ansioso em situações difíceis da vida. O treino de assertividade, em habilidades sociais o possibilitou ter um repertório de enfrentamento adequado frente aos problemas e situações adversas da vida.

Salienta-se que as técnicas utilizadas foram eficazes, contudo, também é importante ressaltar a cooperação do paciente na psicoterapia, visto que, sem essa colaboração, não seria possível alcançar êxito.

J. Beck (2013) enfatiza, em um dos princípios da terapia cognitiva comportamental, que a participação ativa e colaborativa do paciente é um fator determinante para o sucesso do processo psicoterapêutico. Outro fator de grande importância a ser considerado foi à assiduidade do paciente nos atendimentos, bem como realização devida das tarefas de casa e *feedbaack* das sessões.

Na avaliação final, foi possível observar uma diminuição significativa das queixas características do transtorno de dependência química, redução dos sintomas da ansiedade e também novos repertórios cognitivos e comportamentais.

Diante do exposto, esse estudo demonstrou que a intervenção cognitivo-comportamental apresentou um impacto positivo no transtorno de dependência química, ajudando o paciente compreender melhor seu funcionamento psicológico, modificando suas

crenças centrais e possibilitando novos repertórios cognitivos e comportamentais. Dessa forma, o paciente apresentou melhora no seu funcionamento e então foi preparado para a alta terapêutica. Entretanto, faz-se necessário realizar mais estudos em pacientes com transtorno de dependência química, na perspectiva de maiores contribuições em relação à prática clínica dos profissionais envolvidos na área da saúde mental.

6. REFERÊNCIAS

ABREU, C.N. **Síndromes Psiquiátricas: diagnósticos e entrevistas para profissionais de saúde mental.** – Porto Alegre; Artmed, 2006.

APA/DSM-5. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5ª ed., Porto Alegre, Artmed, 2014.

BECK, J.S. **Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects.** New York: Hober, 1967.

_____. **Terapia Cognitivo-comportamental: teoria e prática.** 2ª ed., Porto Alegre, Artmed, 2013.

CORDIOLI, A.V. (Org.) **Psicoterapias: abordagens atuais.** 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** 2ª edição. Porto Alegre: Artemd, 2008.

DIEHL, A. *et al.* **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 528p., 2011.

FARINA, M. et al. **Importância da Psicoeducação em Grupos de Dependentes Químicos: relato de experiência.** Aletheia, Canoas, n. 42, p. 175-185, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24/02/2018.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

_____. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

KNAPP, P. **Terapia Cognitivo Comportamental na Prática Psiquiátrica**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. outubro de 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=en&nrm=iso>. acesso em 13 de abril de 2018.

KOLLING, N. M.; PETRY, M.; MELO, W. V. **Outras Abordagens no Tratamento da Dependência do Crack**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, Porto Alegre, 7(1) pp. 7-14, 2011. Disponível em: http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=134. Acesso em 11/09/2018

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

RANGÉ B. **Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2.ed.Porto Alegre: Artmed, 2011.

RANGÉ, B. P and. MARLATT, G A.. **Terapia Cognitivo-comportamental de Transtornos de Abuso de Álcool e Drogas**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2008, vol.30, suppl.2, pp.s88-s95. ISSN 1516-4446. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600006>. Acesso 24/02/2018.

RODRIGUES, D.; NUNO, F. **Dicionário Larousse da Língua Portuguesa**. São Paulo: Larousse do Brasil, 2005.

SILVA, C. J. & SERRA, A. M., **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol.26, pp.33-39, 01 May 2004.

SILVA. C.J. **Critérios de Diagnóstico e Classificação**. In: DIEHL, Alessandra et al.: Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ZANELLATTO, N. A., LARANJEIRAS, R. **O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-comportamentais**. São Paulo: Editora Artmed, 2013.

TRANSTORNO DE ANSIEDADES SOCIAL/ FOBIA SOCIAL: CONTEXTO FALAR EM PÚBLICO EM UNIVERSITÁRIOS

Maria Consuelo Alves
Camilla Carneiro Silva Queija

Resumo: Ansiedade social/ fobia social é um transtorno qualificado como de ansiedade em que o indivíduo apresenta medo, ansiedade ou fuga de situações sociais e até mesmo nas interações nas quais envolvem a possibilidade deste indivíduo ser avaliado negativamente. O presente estudo se propôs constatar a presença e identificar a presença de fobia social - falar em público em estudantes do curso superior. É um estudo quantitativo com uma amostra de 38 alunos do curso de psicologia, dividido em dois períodos, sendo 19 alunos do primeiro período e 19 do décimo. Foi utilizado os instrumento Questionário de Habilidades Sociais – Comportamentos e Contextos para universitários – QHC. Dentre os resultados, os maiores prevalência foram: fator 3- *falar em público* (categorias de frequência) com 60,5% com escores clínicos(ansiedade) e 65,7 % apresentaram escores clínicos (ansiedade) no fator dificuldades (categorias de conteúdo). O resultado em geral apontou comportamento deficitários em vários contextos apontados no instrumento de avaliação, chegando a conclusão de que o grupo clínico necessita de intervenções no sentido de aprimorar o repertório das habilidades sociais afim de sanar as dificuldades de en-

frentamento em relação às consequências negativas como respostas de comportamentos não habilidosos.

Palavras Chaves: Fobia Social. Público. Universitários.

1.INTRODUÇÃO

Ao ingressar em um meio universitário, o indivíduo frequentemente se depara com vários aspectos desafiadores como adaptação ao novo ambiente, relacionamentos interpessoais, sobrecarga de atividades para atender as demandas do curso, conciliar tempo entre faculdade e trabalho, estas e outras variáveis podem desencadear transtornos psíquicos em seus acadêmicos.

Vivemos numa circunstância atual onde a competição é um dos fatores que mais exige dos indivíduos um grau de perfeccionismo em seus desempenhos afim de superar a concorrência no mercado de trabalho. Para Zimbardo (2002, *apud* Oliveira e Duarte, 2004), afirma que atualmente a supervalorização da competição e a auto realização pode originar o transtorno de ansiedade social, onde os sujeitos passam a se comportar e atuar de acordo muitas vezes com as perspectivas alheias afim de serem aceitas.

Goméz, Sánchez *et tal* (2008, *apud* PEREIRA, S. M., LOURENÇO, L. M., 2012), referente aos transtornos ansiosos em universitários deduziu que dos 183 estudantes pesquisados, 1,2% apresentou ansiedade severa; 12,9%, moderada; enquanto que 40,6%, leve; e 45,3%, ansiedade normal. Partindo desta constatação, vários estudos realizados por pesquisas confirmam que o sofrimento psíquico interfere na vivência acadêmica. No estudo de Baptista (2006, *apud* PEREIRA E LOURENÇO, 2012) referente à Transtorno de Ansiedade Social em universitários, o autor investigou diferentes cursos das áreas Biológicas, Exatas e Humanas e o resultado confirmou a prevalência de 11,6% de TAS nos discentes, considerado pelo autor uma percentagem elevada. Sendo que (12,4%) no sexo feminino e (7,4%) para o masculino.

Ansiedade social/ fobia social é um transtorno qualificado como de ansiedade em que o indivíduo apresenta medo, ansiedade ou fuga de situações sociais e até mesmo nas interações nas quais envolvem a possibilidade deste indivíduo ser avaliado negativamente. Um dentre os vários critérios diagnósticos apontados pelo DSM-V (2014, p.203) é que “o indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliadas negativamente. As situações sociais quase sempre provocam medo e ansiedade”.

Morais; Crippa e Loureiro (2007), evidencia em seu estudo os principais medos relacionados à exposição social são o medo de parecer ridículo; dizer besteiras; ficar em evidências; sentir-se desconfortado em comer, beber, escrever, falar ao telefone em público. O indivíduo inserido nessas situações, experimenta sintomas físicos como taquicardia, sudorese, tremores, rigidez muscular entre outros. A preocupação do indivíduo acerca de uma possível avaliação negativa das pessoas sobre si, geralmente resulta em problemas como restrição de contatos pessoais, recusa de cargos ou funções que demandam do indivíduo exposição em público.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (2014) ressalta que a prevalência do transtorno de ansiedade social ou fobia social evidencia taxas mais altas em indivíduo do sexo feminino do que nos do masculino na população em geral. O início do seu desenvolvimento como aponta alguns estudos é a adolescência, mas pode ocorrer no início da infância. Ainda de acordo com (DSM-V, 2014), nos adolescentes o temor e isolamento apresentam maiores taxas. Quanto a prevalência, as taxas apresentam 12 meses tanto para crianças, adolescentes e adultos e subtrai com a idade.

Considerando que o transtorno de ansiedade social ou fobia social, além de gerar sofrimento considerável para o sujeito perante situações sociais, relações grupais, é também um fator prejudicial na performance do indivíduo, sobre tudo, no contexto acadêmico, como afirmam Pereira e Lourenço (2012), que por vezes, o fóbico social

não conclui a graduação por consequência das restrições caracterizado pelo transtorno indo de contramão às exigências de um curso superior. Partindo dessas afirmativas, a grande relevância deste estudo se alicerça na busca por indicadores comportamentais de habilidades sociais medidas no teste Questionário de habilidades sociais, comportamentos e contextos para universitários - QHC e as interações com universitários ansiosos e/ou fóbicos sociais. Portanto, este trabalho objetivou identificar a presença de sintomas de fobia social de falar em público em universitários do curso de psicologia de uma faculdade particular do interior de Goiás.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Ansiedade/fobia social de falar em público em universitários

A Ansiedade Social ou Fobia Social (TAS), é um transtorno considerado grave, devido ao medo extremo e aflição antecipatória que o indivíduo se manifesta mediante a situações em que este é colocado em destaque social. Segundo Angélico, Crippa e Loureiro (2012, p.13), para alcançar bom êxito tanto no contexto acadêmico quanto social, é necessário que os universitários estejam providos de habilidades interpessoais. Sendo estas: *estabelecer contato social; iniciar uma conversa; contato visual; senso crítico* entre outras. Os autores ainda acrescentam que, para o função de falar em público deve haver também os identificadores sociolinguísticos dentre estes, por exemplo: *a construção da fala; a pronúncia; concentração e raciocínio lógico*.

Dentro do contexto falar em público, Ribeiro e Bolsoni-Silva, (2010), em seu estudo apontam que 50% dos acadêmicos avaliados apresentaram déficit no repertório de habilidades sociais com indicação para treinamentos. Ressalta que de 76 estudantes avaliados, 44 destes admitiram comportamento ansioso em expor-se em sala de aula (*os sintomas mais citados: boca seca; tremor das mãos; gaguejar*)

Relacionado ao desempenho educacional, (BAPTISTA, 2006) em seu trabalho ressalta que 19% dos universitários testados, se enquadraram nos critérios de fobia social. Baptista (2006), destaca ainda que a fobia social traz prejuízo devido à deficiência nas relações, a ausência nas atividades extracurriculares, sobretudo, em apresentações orais.

Weiller et al. (1996, *apud* BAPTISTA, 2006), evidenciam em seu estudo sobre o transtorno de ansiedade social que 91% dos estudantes com fobia social declararam que o citado transtorno causa algum prejuízo no desempenho acadêmico. Pereira e Lourenço (2012, p. 58), considera que a ansiedade social/fobia social, recentemente vem sendo considerado como um transtorno realmente impossibilitante, isto é, o indivíduo geralmente tende a evitar situações ou atividades as quais lhe causam medo e desconforto. E em situações enfrentadas obrigatoriamente, este indivíduo sofre demasiadamente devido à preocupação de possíveis avaliações negativa pelo seu desempenho.

Pereira, (2012, p. 36), realizou seu estudo o qual objetivou verificar a prevalência sobre a fobia social em acadêmicos do Curso de Direito em seis faculdades de Juiz de Fora – MG. Participaram da análise 528 estudantes do 1º e 8º períodos. Seus resultados apresentaram quanto à prevalência deste transtorno entre os alunos analisados: fobia social a análise por meio do questionário BAI, 45,3% com ansiedade mínima; 30,1% leve; 16,6% moderada e 7,9% com ansiedade grave. Os resultados apontaram também que os homens têm 97% mais chance de apresentar níveis de ansiedade do que as mulheres.

O DSM-V (2014, p. 206) em relação em decorrências funcionais, corrobora que o transtorno de ansiedade social/fobia social justifica também à elevada percentagem de evasão escolar, em detrimentos ao bem-estar, desempenhos laborais e na qualidade de vida.

Com o objetivo de atribuir e distinguir o modelo de habilidades sociais em universitários com Transtorno de Ansiedade Social (TAS) e não portadores, os pesquisadores Angélico, Crippa e Loureiro (2012) realizou-se uma pesquisa com a participação de 26 universitários de 2

Faculdades de Ribeirão Preto e a Universidade de São Paulo (USP), o estudo se concretizou através dos instrumentos: Teste de Simulação de Falar em Público (TSFP) o qual objetiva colocar o indivíduo a exposição oral apresentando um pequeno discurso. MINI-SPIM (Mini-Inventário de Fobia Social) uma escala auto aplicável composta de três itens cujo objetivo é avaliar medo de constrangimento e evitação; a Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV (SCID – CV - DEL-BEN et al., 2001a) e o Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del Prette) – instrumento de avaliação das situações e comportamentos das habilidades sociais. Os universitários foram divididos em 2 grupos sendo 13 do grupo caso e 13 de não-caso.

Os resultados em comparação aos grupos caso e não-caso, no que refere aos indicadores comportamentais de ansiedade, ambos os grupos expuseram o mesmo nível (7,7%) de carência em habilidades sociais relacionado ao desempenho de falar em público, considerado pelos autores como “*repertório deficitário*” Angélico, Crippa e Loureiro (2012, p.25). No geral apresentou-se entre nível moderado a alto de habilidades sociais, o grupo não-caso apresentou 69,2%, em comparação ao grupo caso o qual resultou numa porcentagem de 53,9%. Também quanto escore do IHS-Del-Prette recorrente para habilidade de falar em público, foi apresentado um percentual menor para o grupo caso (7,9%) em confrontação com o grupo não-caso (19,28%).

Os resultados não apresentaram grandes diferenças significantes entre os dois grupos caso e não-caso de TAS se comparando com maior parte das demais categorias, quanto à isso, os autores atribuem aos dois fatores: sendo o primeiro, quanto a metodologia, supõe pelo fato dos alunos com transtornos de ansiedade social não foram avaliados também de acordo com subtipos de TAS, os quais se caracterizam em dois tipos: generalizado e circunscrito/específico, onde este último o indivíduo o temor do indivíduo se restrita a uma ou a poucas situações. Porém, os autores ressaltam que ainda que os indivíduos apresentassem fobia de exposições orais, supõe-se que devido às práticas acadêmicas

em relação a apresentações orais em sala de aula, seminários, práticas estas obrigatória no programa curricular da academia, hipoteticamente podem paulatinamente ter reduzido os sinais mais graves e comprometedores do transtorno, ou seja, o enfrentamento do medo pode minimizar as limitações.

O segundo fator evidenciado, supõe os pesquisadores, deve-se ao fato de que os sujeitos com TAS supostamente pode ter ativado percepção cognitiva de que se tratava de um discurso oral diante de uma câmara e não de um público. Diante dessa constatação os pesquisadores questionam se a performance apresentada na situação experimental (TSFP) correlaciona à performance em uma situação real de falar em público. Angélico, Crippa e Loureiro (2012), concluem destacando que apesar das limitações do estudo, o Teste de Simulação de Falar em Público (TSFP), é um instrumento bastante eficaz para avaliar os sinais dos comportamentos de ansiedade social.

A respeito do transtorno de ansiedade social/fobia social e comorbidade, o DSM-V (2014, p. 208), aponta que comumente associa-se com outros transtornos ansiosos; transtorno por uso de substâncias; transtorno depressivo maior, o qual, segundo o Manual supracitado, a prevalência de comorbidade com depressão é alta em adultos mais velhos.

Neste ponto de vista Cecconello et. al (2013), realizou um estudo sobre depressão e fobia social, onde o objetivo foi pesquisar aspectos sintomáticos da depressão em portadores de Fobia Social. A pesquisa se realizou em uma universidade interiorana do Rio Grande do Sul, com um grupo composto por 40 alunos universitários. Os instrumentos empregados para a pesquisa foram: Ficha de dados pessoais/sociodemográficos elaborada especificamente para este estudo, a fim de caracterizar os participantes; Inventário de Depressão de Beck e Questionário de Ansiedade Social para Adultos CASO – A30.

O resultado deste estudo evidenciou na questão “comorbidade de sintomas depressivos e Fobia Social” 28% dos indivíduos apresentaram nível leve de sintomas depressivos e 20% com intensidade moderada

de sintomas depressivos. Na “Categoria de Fobia Social e intensidade de sintomas depressivos”, 42% dos analisados apresentaram fobia não generalizada e, dentre esses indivíduos, 29,4% apresentaram níveis de sintomas depressivos. 20% dos sujeitos apresentaram com fobia social generalizada e entre estes, 37,5% apresentaram níveis moderados de sintomas depressivos e 25% com níveis leves. Quanto às diferenças de gênero, o resultado desta pesquisa confere com outros estudos os quais sinalizam que os transtornos de ansiedade é de maior prevalência nas mulheres, como sugere Brandtner & Bardagi (2009, p.89).

Dentro dos sintomas peculiares à fobia social no CASO-A30, a prevalência foi de 42%. Quanto a esse percentual, os autores ressaltam que foi superior à média apresentada pelas literaturas de referências, entre 12 a 19%. Supõem-se que essa maior porcentagem de incidências seja talvez pela utilização de um instrumento de avaliação particular.

Vários estudos demonstram que o indivíduo com transtorno de ansiedade social apresenta prejuízos consideráveis em suas habilidades sociais devido às limitações consequentes do TAS. Nessa perspectiva, Pereira, Wagner e Oliveira (2014), realizaram um estudo quantitativo transversal, objetivando a avaliação de estudantes de psicologia relacionados ao transtorno acima citado. Foram selecionados 69 universitários, idade média da amostra foi de 24,88%, com predominância do sexo feminino. Os instrumentos utilizados foram: fichas de dados sociodemográficos; CASO-A30 trata-se de um questionário autoaplicável para identificação de situações sociais geradoras de ansiedade e o Inventário de Habilidades Sociais/IHS - Del – Prette, constituído de 38 itens de autorrelato direcionados a circunstâncias usuais de habilidades sociais.

Este estudo apresentou em seus resultados em referência à Fobia Social, 23% sinalizaram características de fobia social; 20,2% de Fobia Social não generalizada e 2,8% apresentaram Fobia Social Generalizada. Os pesquisadores apontam que dentre os fatores do CASO-A30, a causa onde apontou maior nível de ansiedade social está relacionada a asser-

tividade referente à expressão de indisposição, tédio e constrangimento, com 14,5% em faixa clínica.

Os resultados apresentados no instrumento IHS - Del – Prette, os autores apontam que os índices predominantes em Habilidades Sociais estão nos fatores referentes a: afirmação de afeto positivo e defesa de autoestima, 20,3%; afirmação e autodefesa de direitos e autoestima com enfrentamento de risco, 15,9% e autocontrole da agressividade, 13%.

Diante desses identificadores, os autores deste estudo enfatizam que tais limitações trazem prejuízos para o profissional de psicologia, pois, a deficiência no autocontrole, autoestima e autodefesa é altamente limitante para a execução desta profissão, já que, a interação psicóloga paciente depende do desempenho social deste profissional.

3. MÉTODO

O presente trabalho se caracteriza como um estudo quantitativo que visa quantificar as coletas de informações comparando esses dados em relação a temas já conhecidos. Para POLIT et al., (2004. apud Silveira e Córdova, p. 34), emprega-se metodologias e instrumentos estruturados, para coletar informações de forma objetiva tanto na coleta quanto na análise de dados, apresentando os dados coletados numa configuração mais estatística, ou seja com dados numéricos e resultados apresentados normalmente em forma de tabelas, gráficos, índices, etc. Sendo assim, a pesquisa quantitativa dá menos ênfase para a subjetividade pois, o seu foco versa-se para o subjetivo.

3.1 Procedimento

Após o contato e consentimento da coordenação do curso de psicologia da referida instituição e acordado com os alunos do primeiro e décimo período, os questionários foram entregues em sala de aula, sendo num primeiro momento para os acadêmicos do primeiro período,

no início da primeira semana de setembro do ano de 2018 e recolhido na semana seguinte, e para o décimo período foram entregues na segunda semana do referido mês com a devolução no dia seguinte. Juntamente com o teste psicológico foi entregue o termo de consentimento e livre esclarecimento a todos os participantes os quais foram assinados pelos estudantes e devolvidos juntamente com os questionários.

3.1.1 Participantes

Participaram deste estudo 38 estudantes do curso de psicologia de uma universidade privada, sendo, 19 destes do primeiro período e 19 décimos período. Em relação ao gênero, totalizaram 35 (92,1%) do sexo feminino e 3 (7,9%) do sexo masculino, com idades entre 18 e 50 anos, 24 (63,1%) são solteiros e 14 (36,9%) casados; 19 (50%) deste público trabalham.

3.1.2. Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado o Questionário de Avaliação de Habilidades Sociais, Comportamentos e Contextos para universitários (QHC – Universitários, Silva e Loureiro, 2015). O referido questionário apresenta a proposta de investigação e mensuração de “recursos e potencialidades” juntamente com os desafios vividos pelos acadêmicos, através da análise de desenvolturas sociais e performances diante das interações em diferentes situações e interlocutores nos diversos contextos universitários.

O questionário QHC-universitários é constituído de perguntas relacionadas à forma de se comportar do universitário na interação contextualizada com pais, irmãos, colegas e demais, e como reagem seus respectivos interlocutores, e por último, levantamento dos sentimentos do universitário nas determinadas conjunturas. O instrumento se organiza em duas partes, sendo que, na parte 1 está relacionada à frequência que os universitários emitem suas condutas a cada ação requisitada dentro das questões: *comunicação* (conversação com pessoas de

suas convivências); *expressividade* (expressão de sentimentos positivos e negativos); *opiniões*; (sobre fazer e receber críticas); *falar em público e apresentar seminários*.

Na parte 2, abarca as “particularidades de comportamentos de universitários e contextos”: *interlocutores* (sujeitos com o qual o acadêmico interage); *situações ou assuntos* (locais ou temas); *ações do seu interlocutor* (qual comportamento deste referente à situação ou assunto); *seus sentimentos* (qual o sentimento do acadêmico frente ao comportamento do interlocutor).

Quanto à correção e resultado final, após a soma dos escores de cada fator respondido, os escores clínicos e não clínicos são avaliados a partir dos valores de referência, conforme demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 1: Soma dos escores:

Valores de referência				
Categorias de Frequência				
Parte 1 – QHC Universitários				
Categorias Gerais	Escores clínicos		Escores não clínicos	
	Depressão	Ansiedade	Depressão	Ansiedade
Fator 1. Comunicação e afeto	0 a 18,5	0 a 20,2	18,6 ou mais	20,3 ou mais
Fator 2. Enfrentamento	9,2 ou mais	0 a 7,1	0 a 9,1	7,2 ou mais
Fator 3. Falar em Público e Apresentar Seminários	0 a 4,5	0 a 4,5	4,6 ou mais	4,6 ou mais
Parte 2 - QHC Universitários				
Categorias de Conteúdo				
Categorias Gerais	Escores clínicos		Escores não clínicos	
	Depressão	Ansiedade	Depressão	Ansiedade
Potencialidades	0,72	0 a 71,5	72,2 ou mais	71,6 ou mais
Dificuldades	18,5 ou mais	16,5 ou mais	18,4 ou menos	16,4 ou menos

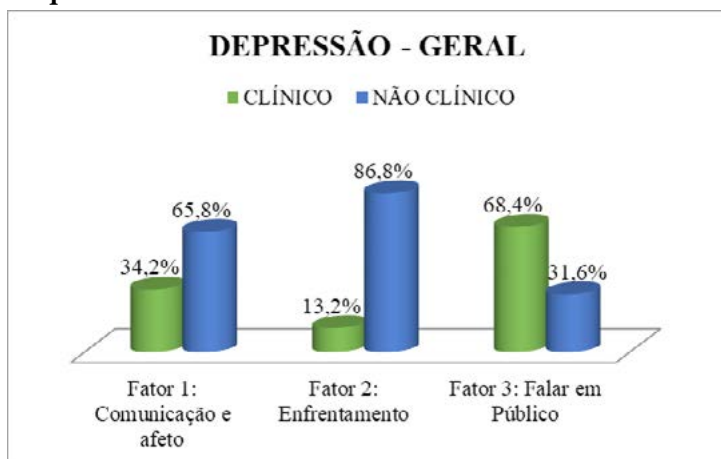
Fonte: Elaboração da autora.

Os resultados são apresentados por seções, como podem ser observados nos gráficos sucessivamente apresentados de acordo com as categorizações de *frequência e conteúdo para depressão e ansiedade*. Primeiramente o resultado geral e, após os resultados específicos dos períodos: primeiro e décimo.

4. RESULTADOS

O gráfico 1 – nas categorias de frequência fator1 – *comunicação e afeto* (depressão) com de 34,2% dos alunos apresentaram escores clínicos com baixa frequência para comunicação com pais, irmãos, amigos, namorado/companheiro(a); enquanto 65,8% comunicam e expressam-se com frequência. No fator 2 – enfrentamento, enquanto 13,2% indicaram escores clínicos relacionados a sentimentos negativos e para se comportar habilmente nas situações de fazer e receber críticas e 86,8% confirmaram comportamento habilidoso. No fator 3 - falar em público e Apresentar Seminários 68,4%, incluíram-se nos escores clínicos admitindo inaptidão em situações de exposição oral.

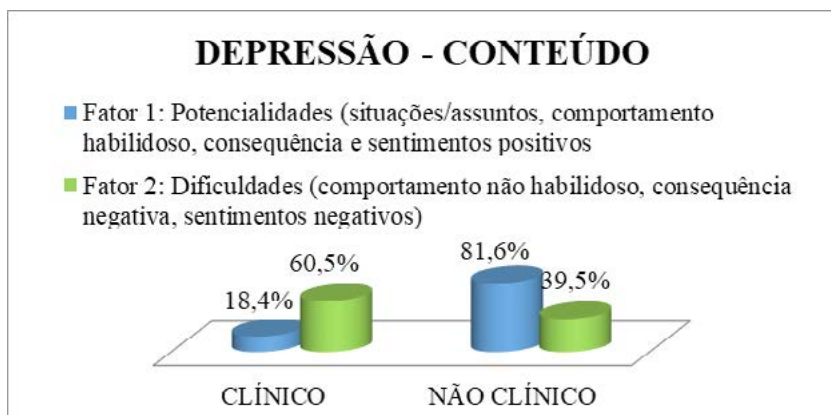
Gráfico 1: Depressão - resultado geral relacionado à categorias de frequência:



Fonte: Elaboração da autora.

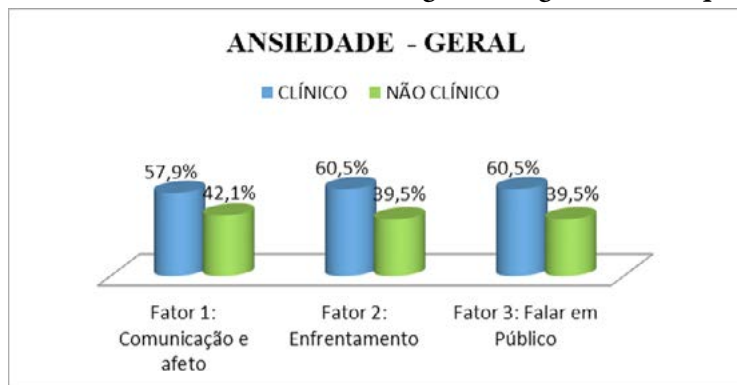
Os resultados das categorias de conteúdo estão representados no gráfico 2. Pode-se notar os resultados de depressão, 18,4% dos acadêmicos avaliados pontuaram escores clínicos para potencialidades, enquanto 81,6% de escores clínico - apresentaram bom repertório de assuntos/assuntos e comportando habilmente resultando em consequências positivas e sentimentos positivos. 60,5% desses alunos admitiram ter dificuldades de se comportar adequadamente com tais situações conflituosas, ao passo que 39,5% se demonstraram emitir comportamentos habilidosos.

Gráfico 2: Depressão - resultado geral relacionado categorias de conteúdo:



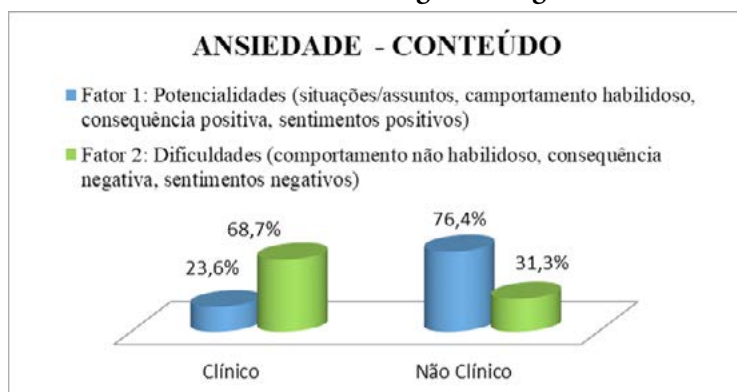
Fonte: Elaboração da autora.

Os incluídos nos escores clínicos expostos no gráfico 3 referente a comunicação e expressão (*ansiedade*) de sentimentos positivos e expressão de opiniões somaram 57,9%, para fator *enfrentamento* das consequências negativas: expressão de sentimentos negativos; fazer e receber críticas 60,5% dos estudantes possivelmente pode apresentar comportamentos ansiosos e, por último, fator *falar em público* em 60,5% demonstraram ter dificuldades em apresentação oral.

Gráfico 3: Ansiedade - Resultado geral categorias de Frequência:

Fonte: Elaboração da autora.

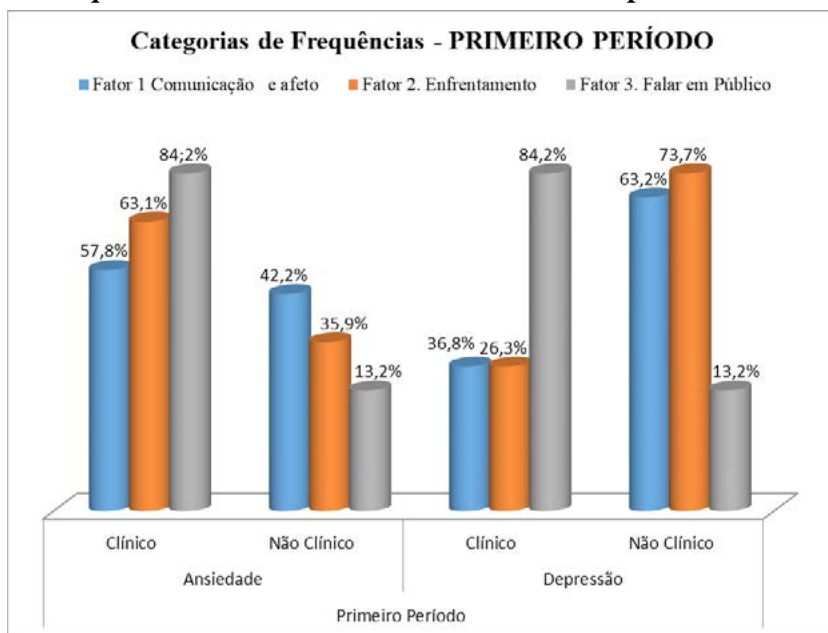
Como demonstrado no gráfico 4 – categoria de conteúdo, no fator *potencialidades*, no clínico, 23,6% demonstraram baixo potencial para determinadas situações e assuntos, já no não clínico, 76,4% apontaram comportamento de habilidade. Quanto ao fator *dificuldades*, no clínico, 68,7% dos estudantes apresentaram comportamentos inadequados o que acaba gerando consequências negativas do seu interlocutor e sentimentos negativos para o respondente, o que resulta em comportamento ansioso.

Gráfico 4: Ansiedade - Resultado geral categorias de Conteúdo:

Fonte: Elaboração da autora.

O gráfico 5 apresenta os resultados específicos do primeiro período. Observa-se média alta de escores clínicos em relação de frequências de comportamento (ansiedade) para *Comunicação e Afeto* 57,8%; *Enfrentamento* 63,1% e *Falar em Público* 84,2% e, fatores de comportamentais (depressão) o índice já diminui consideravelmente nos fatores *comunicação e afeto* com 36,8% e *enfrentamento* 26,3%. Verifica-se que grande parte dos alunos do primeiro período admitiram que frequentemente emitem comportamentos não assertivos.

Gráfico 5: Relacionado aos alunos do primeiro período - Categorias de Frequências - escores referente a ansiedade e depressão:



Fonte: Elaboração da autora.

O resultado das frequências referente aos fatores potencialidades e dificuldades e, o fator 2 –*dificuldades*, manifestar-se no gráfico

6, com indicação de ansiedade com 78,9% e depressão com 68,4% dos universitários do primeiro período não atingiu a média referencial, isso significa que estes alunos apresentam comportamento não habilidoso onde resultam em consequências negativas e sentimentos negativos nas inter-relações.

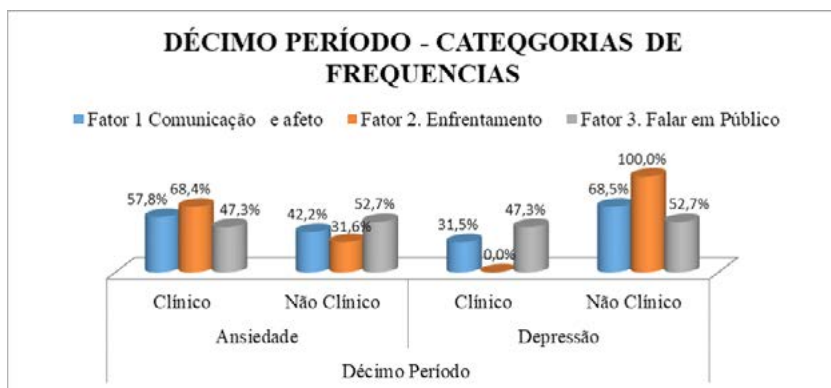
Gráfico 6: Relacionado aos alunos do primeiro período - Categorias



Fonte: Elaboração da autora.

Observa-se pelo gráfico 7, na categoria de frequência os alunos do décimo período ficaram abaixo da média, resultando em escores clínicos - para *comunicação e afeto* 57,8% de escores clínicos ansiedade e 31,5% para depressão; *enfrentamento* 68,4% para escores clínicos ansiedade; *falar em público* 47,3% para ansiedade e depressão. Nota-se que no fator 2- *enfrentamento* - ocorreu o maior índice de deficiência nas habilidades deste grupo clínico para ansiedade, isto é, frequentemente esse público se comportam inadequadamente diante de situações opositoras as quais geram sentimentos negativos desencadeando comportamentos ansiosos, mas não depressivos.

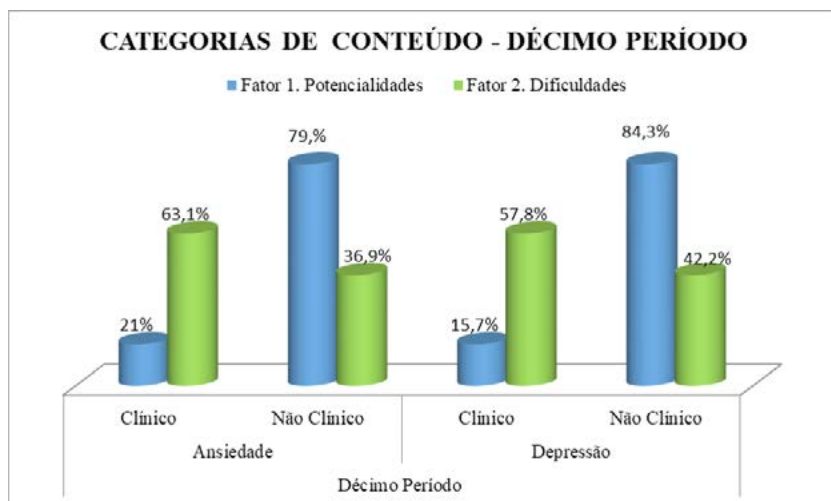
Gráfico 7: Relacionado aos alunos do primeiro período - Categorias de frequência - escores referente a ansiedade e depressão:



Fonte: Elaboração da autora.

Na categoria de conteúdo de acordo com o gráfico 8, também no fator 2 – em relação às *potencialidades*, 21% dos estudantes do décimo apresentaram baixa potencialidade (ansiedade) em lidar com certos assuntos e situações enquanto 15,7% com escores clínicos para depressão. No fator *dificuldades* – 63,1% estudantes do décimo período tiveram escores inferiores a mediana, resultando assim escores clínicos para ansiedade devido às dificuldades de contornar as consequências negativas e sentimentos negativos (comportamento não habilidoso) e 57,8% apresentaram escores clínicos para comportamento depressivo, isto é, por, não conseguir lidar com as situações frustrantes, o sujeito pode desenvolver quadro depressivo.

Gráfico 8: Relacionado aos alunos do primeiro período - Categorias de conteúdo - escores referente a ansiedade e depressão:



Fonte: Elaboração da autora

4.1 Discussão

Os resultados no geral mostraram uma prevalência considerável no déficit nas habilidades sociais no grupo de universitário avaliados e permitiu visualizar os aspectos deficitários pontuados por estes, nos diversos contextos. Em relação a comunicação e afeto com a família: diante de situações contrárias do pai/mãe/irmão, as respostas mais frequentes foram: *fica calado; briga; grita, foge da situação, sentimento de insegurança, ansiedade, medo de reprovação despreparado*. Comportamentos com amigos em situações de oposição e aborrecimento - as ações e sentimentos mais emitidos pelo grupo clínico: *medo de reprovação dos colegas; não diz nada e sentimento de insegurança*.

Quanto ao fator falar *em público*, resultou uma porcentagem expressiva e não houve diferença considerável no que refere ao desempenho habilidoso entre falar para público conhecido/ desconhecido e

apresentar seminários. Os mais assinalados foram: *fala muito baixo ou alto; fala muito rápido; gagueja, seu frio, fica nervoso; olha para baixo, olha somente para interlocutor e/ ou professor, sente-se inseguro; despreparado/incapaz e medo de reprovação*. De acordo com DSM-V (2014, p.203), pessoas ansiosas socialmente que apresentam inquietação/desconforto apenas em situações de desempenho, isto é, onde exige atuação do indivíduo em público, é caracterizado de *ansiedade/fobia social somente por desempenho* – é peculiar no contexto laboral, ou seja, onde a função é apresentar-se em público, por exemplo, um músico que tem este transtorno, todas as vezes que antecede ao início da apresentação sofre os incômodos dos sintomas específicos deste transtorno como suor frio, tremores, palpitações, o mesmo acontece com artistas, esportistas com ansiedade social por desempenho como também na função de falar em público como em escola e universidade. Manual de Diagnóstico ainda ressalta que pessoas com esta fobia, apesar das agonias, temores e preocupação antecipatória não se esquivam diante de outras situações sociais onde não dependem de sua atuação.

Para Pereira e Bolsoni-Silva (2010), demandas exigidas no contexto acadêmicos: “perguntar; responder; argumentar; informar”, ou seja, em situações onde o acadêmico se expõe, podem gerar episódios como ansiedade e sofrimento. Angélico, Crippa e Loureiro (2012), em sua pesquisa sobre ansiedade social de falar em público onde foram avaliados universitários de *grupo caso e não caso* de TAS, o resultado apontou porcentagens similares de comportamentos ansiosos entre os dois grupos, ou seja, ambos confirmaram deficiência no desempenho de falar em público.

O fator potencialidades foi o que resultou a menor porcentagem dentro grupo clínico, resultado que compara com o o estudo de Ribeiro e Bolsoni-Silva, (2010), deste modo, Bolsoni-Silva e Loureiro (2015) entende que em certas situações e com determinados interlocutores, o respondente emite comportamento habilidoso gerando consequências positivas.

Referente aos resultados específicos por períodos: primeiro e décimo, no que diz respeito a desempenhar-se satisfatoriamente referente aos temas comunicação e afeto, ambos obtiveram a mesma o mesmo nível - baixa frequência, ou seja, tanto os acadêmicos do primeiro como do décimo período admitiram comportamentos ansiosos e inadequados referente a *comunicação e expressividade*. Porém, o décimo período se mostrou em maiores números de estudantes com déficit comportamentais no *enfrentamento* de sentimentos negativos e críticas. Quanto aos níveis comportamentais de *falar em público* (ansiedade), comportamentos não habilidosos do primeiro período sobrepôs ao décimo em 36,9%, isto é, (1º=84,2% e 10º =47,1%). Em relação Ribeiro e Bolsoni-Silva, (2010) no qual os acadêmicos iniciantes obtiveram escores de maiores frequências de aos outros períodos. Bolsoni-Silva e Loureiro, (2016) pressupõe que a rotina acadêmica pode proporcionar maior eficiência no repertório das habilidades sociais do acadêmico, o que pode justificar a maior prevalência de inabilidades comportamentais dos ingressantes.

Quanto aos transtornos relacionados a depressão e ansiedade, houve mais escores clínicos com prevalência para a ansiedade, resultado este que coincide com o estudo de Brandtner e Bardagi (2009) dentre os estudantes analisados no referido estudo, o índice de ansiedade foi maior que o de depressão entre os alunos dos vários cursos e períodos.

Esses estudos ressaltam que apesar da ansiedade ser mais frequente em universitários, a depressão causa maiores impactos em detrimento ao comportamento ansioso, devido os sintomas depressivos emitir frequentemente comportamentos de esquiva e, nesse contexto, a fuga das atividades acadêmicas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou alto índice de déficit de habilidades sociais na população universitária analisada, onde os fatores que

apontaram maior número de acadêmicos com repertório deficitário de habilidades foram falar *em público*, resultado que aponta para a necessidade de treinamento das habilidades sociais específicas com finalidade de potencializar seus desempenhos e consequentemente extinguir os sintomas ansiosos/fóbicos. O fator de maior prevalência foi das *dificuldades* com 68,7% do público avaliado mostraram não saber comportar-se habilmente nas situações adversas emitindo comportamentos não habilidosos sinalizando ansiedade.

Conclui-se diante do perfil das habilidades sociais apontado neste estudo que, tanto para os alunos ingressantes como para os concluintes que apresentaram escores abaixo da média, necessitam de intervenções para treinamento de habilidades sociais.

Quanto à limitação deste estudo, como o teste utilizado está voltado para as habilidades sociais, poderia ter aplicado um segundo questionário o qual pudesse avaliar os sintomas específicos da fobia social de acordo com os critérios diagnósticos analisar a presença ou não de ansiedade/fobia social. Portanto, devido a essa limitação, não foi possível comprovar a presença de fobia social apenas com os sintomas relacionados ao comportamento diante do desempenho de falar em público apresentados no instrumento de avaliação. Sendo assim, o objetivo proposto neste estudo foi alcançado parcialmente.

Espera-se que este estudo venha agregar informações que possam ser úteis à profissionais e pesquisadores da área para novas investigações referente ao tema. Assim como contribuição para projetos de intervenções, sobretudo, no contexto acadêmico com intuito de sanar os prejuízos causados devido a ansiedade/ fobia social como também as aptidões sociais e, deste modo adequar melhor qualidade de vida de acadêmicos com o referido transtorno.

6. REFERÊNCIAS

ANGELICO, A. P.; CRIPPA, J. A. S. & **LOUREIRO**, S. R. Transtorno de ansiedade **2012 Transtorno de ansiedade social e habilidades sociais de falar em público: estudo experimental.**

BAPTISTA, C. A. **Estudo da prevalência do transtorno de ansiedade social em estudantes universitários.** Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2006.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. **QHC - Questionário de habilidades sociais, comportamentos e contextos para universitários. Manual de aplicação.** São Paulo: Cetepp-Hogrefe, 2015.

BRANDTNER, M; BARDAGI, M. **Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul.** Revista Interinstitucional de Psicologia, Uberlândia-MG, 2009.

CECCONELLO, W. W.; BATISTELLA, F.; WAHL, S. D. Z. e WAGNER, M. F. **Avaliação de sintomas depressivos e de fobia social em estudantes de graduação,** 2013.

L.MEOTII, ÁC Mahl. **Fobia Social:** incidência em acadêmicos de psicologia - Unoestc & Ciência - ACBS, 2015.

MORAIS L.V, CRIPPA J.A.S, LOUREIRO S.R. **Os prejuízos funcionais de pessoas com transtorno de ansiedade social: uma revisão,** 2007.

OLIVEIRA, M. A., & Duarte, A. M. M. **Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais.** Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 6, 183-200, 2004.

PEREIRA, A. S.; FORTES. W. M; OLIVEIRA, M. S.. **Déficts de habilidades sociais e ansiedade social: Avaliação de estudantes de psicologia,** 2014.

PEREIRA, S. M. (2012). **O estudo da prevalência da fobia social entre estudantes universitários de direito**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil, 2012.

PEREIRA, S. M., & LOURENÇO, L. M. **O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 64(1), 47-62, 2012.

RIBEIRO, D. C., & Bolsoni-Silva, A. T. **Potencialidades e dificuldades interpessoais de universitários**: Estudo de caracterização, 2011.

SILVEIRA, D. T., CÓDOVA, F. P. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: EFRGS Editora, 2009.

ANSIEDADE INFANTIL: UM ENSAIO TEÓRICO SOBRE O USO DAS TÉCNICAS DA TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL

Mariana Dayse Paulina Buck
Nayara Cecília Lourenço

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo produzir um ensaio teórico acerca da ansiedade infantil e identificar a eficácia das técnicas da terapia cognitivo-comportamental para seu tratamento. Tendo em vista que, se for tratada na infância, há uma significativa diminuição dos sintomas da ansiedade na vida adulta. Por meio desta perspectiva – da terapia cognitivo comportamental- propõe-se um aporte teórico bibliográfico acerca de considerações sobre o conceito de ansiedade, bem como suas características e sintomas, buscando ainda elucidar sobre os princípios desta abordagem terapêutica e seus protocolos de aplicação, identificando a eficácia desse tratamento na ansiedade infantil. Ao concluir a pesquisa, foi possível verificar que existem várias técnicas da Terapia Cognitivo Comportamental a serem utilizadas com crianças ansiosas, sendo que essa abordagem apresenta resultados significativos na mudança cognitiva o que remete a alterações na capacidade de controle do próprio comportamento, sendo essas alterações um resultado ou uma consequência da terapia. E a partir deste torna-se pertinente a continuidade de outras pesquisas sobre temas correlatos que interferem na psicoterapia infantil. Os estudos aqui apresentados pautaram-se nas leituras de:

Stallard (2010), Beck (2013), Assis, et al. (2007), Rangé (2011), Caballo (2014), Friedberg, McClure (2004), DSM-V, Dumas (2007), entre outros de mesma fortuna epistemológica.

Palavras-chave: Psicoterapia infantil. Ansiedade. Terapia cognitivo-comportamental.

1. INTRODUÇÃO

A Psicologia cada vez mais vem ganhando espaço na sociedade brasileira, o número de pais que está buscando auxílio, por problemas emocionais apresentados em seus filhos tem sido significativo nos últimos anos, sendo que a ansiedade infantil surge como um dos quadros mais diagnosticados na atualidade. Para Dumas (2007), o sentimento de medo e angústia transitórios, vivenciados pela criança, devem ser diferenciados de ansiedade patológica (transtornos) e cursos de manifestações normais de ansiedade (medo), pois os pais, na maioria das vezes, apresentam dificuldades em lidar com as manifestações de ansiedade da criança.

Os profissionais da área da saúde mental apresentam-se como parcerias de grande importância na orientação de pais e análise dessas fases, que podem se manifestar ao longo do desenvolvimento das crianças através do comportamento frente ao medo de determinados enfrentamentos sociais, de separação e de angustias. Bem como do seu bem-estar emocional como mau-humor e emoções negativas persistentes, atrasos em seu desenvolvimento cognitivo e observação dos comportamentos na sua vida familiar que demonstram infelicidade.

Com o acúmulo de sentimentos intensos e persistentes de ansiedade mostra-se necessário uma intervenção profissional para que seja impedido o agravamento do quadro e evitar consequências irreversíveis.

Os sentimentos de ansiedade, por serem bastante frequentes em crianças e jovens, apresentam um alto índice de problemas de saúde

mental na infância, podendo prejudicar o funcionamento diário de suas rotinas, o desenvolvimento, o aprendizado e as relações familiares e sociais. Com isso, os transtornos de ansiedade que se destacam na infância e na adolescência, influenciados pela comorbidade¹ e muitas vezes por serem persistentes, se não tratados nessa fase poderão transformar-se em problemas maiores até a fase adulta (STALLARD, 2010).

Desta forma, torna-se interessante conhecer as publicações sobre a ansiedade infantil e suas variáveis psicopatológicas, sendo de fundamental importância identificar o tratamento a partir da abordagem da terapia cognitivo-comportamental, bem como o resultado da aplicação de suas técnicas. Diante dessas reflexões, tem-se como problema de pesquisa: Qual a contribuição da terapia cognitivo-comportamental na ansiedade infantil, a partir de um ensaio teórico?

O enfoque da pesquisa é dado na tentativa de elucidar sobre três pontos principais: o primeiro busca descrever sobre ansiedade, caracterização e sintomas, o segundo sobre os princípios da terapia cognitivo-comportamental e por último apresentar as técnicas que são utilizadas no tratamento a partir da TCC.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Ansiedade Infantil, Caracterização e Sintomas

Ansiedade é definida por Stallard (2010) como uma resposta cognitiva, fisiológica e comportamental natural e de autoproteção para criança com sintomas de medo e preocupação, que vão se modificando ao longo do desenvolvimento infantil. Ela é caracterizada por um sentimento vazio, de preocupação e tensão desconfortante, devido a um medo precoce de algum perigo irreconhecível ou suspeito. Sendo que, a ansiedade, para Barlow e Durand (2015), muito mais que um transtorno

1 Comorbidade, segundo Stallard (2010) e Dumas (2007) dizem respeito a influências de várias doenças ou transtornos que geram juntos um transtorno de ansiedade.

específico, essa emoção tem que ser analisada em todo contexto biológico e psicológico por estar muito ligada a psicopatologia.

Os transtornos de ansiedade que se destacam na infância e na adolescência são influenciados pela comorbidade e irão se desenvolver diante das diversas dificuldades enfrentadas com o acúmulo de sentimentos intensos e persistentes deste sentimento, a etiologia destes transtornos irá resultar da existência ou não de alguma patologia relacionada, o que diferencia dos cursos de manifestações normais de ansiedade (medo) que essas fases apresentam (DUMAS, 2007).

Diante disso, com a maturidade cognitiva da criança frente a cultura, regras e obrigações impostas sobre ela, a mesma irá nortear as manifestações diante das situações ou objetos de perigo reais ou imaginários, todas elas possuem reações universais comportamentais, cognitivas e psicológicas que acontecem ao mesmo tempo em situações de ansiedade que elas podem vir a enfrentar no decorrer do seu desenvolvimento normal (DUMAS, 2007).

Assim, os transtornos de ansiedade infantil poderão se desenvolver devido a fatores biológicos, ambientais e individuais que se baseiam na multifinalidade² e equifinalidade³, nas quais, um fator e muitos caminhos podem conduzir ao mesmo resultado. No âmbito externo são destacados influências de fatores familiares e experiências de aprendizagem, já no âmbito cognitivo, a influência da genética e do temperamento (STALLARD, 2010).

Desta forma, esses medos que a criança sente ao longo dos anos tendem a ser mudado e diminui de acordo com cada fase do seu desenvolvimento. Já na adolescência e juventude iniciam-se as cobranças, que fazem os indivíduos sentirem medo de serem julgados, rejeitados e de fracassarem, diante das constantes alterações sociais que fazem surgir novos medos (DUMAS, 2007).

2 Para Stallard (2010), multifinalidade diz respeito a várias finalidades.

3 Para Stallard (2010) equifinalidade diz respeito a uma teoria que descreve várias alternativas para cada caso e não somente uma forma correta.

Ressaltando que esses sentimentos de ansiedade frente aos desafios fazem parte do desenvolvimento normal da criança, mas que dependendo da intensidade, frequência e persistência podem vir a afetá-la, desencadeando algum transtorno de ansiedade, sem adaptação da criança frente ao desafio, desequilibrando seus estados comportamentais, afetivos, cognitivos e fisiológicos (DUMAS, 2007).

Entretanto, esse desequilíbrio na resposta comportamental pode ser manifestado por evitação, compulsão, preocupação ou apego exagerado, pensamentos repetitivos e fugas. Já o medo, angústia e sentimento de pânico são manifestações afetivas de ansiedade e as reações corporais somáticas apresentam-se como: transpiração excessiva, ritmo cardíaco acelerado, aumento da respiração, agitação e tensão (DUMAS, 2007).

Deste modo Stallard (2010) afirma que, 01 em cada 10 crianças e jovens apresentaria critérios para o diagnóstico de transtorno de ansiedade durante a infância, sendo meninas e pré-adolescentes do sexo feminino com maior prevalência deste transtorno, bem como de fobias, transtorno do pânico, agorafobia⁴ e transtorno de ansiedade de separação.

Segundo Dumas (2007), esses transtornos são classificados e denominados de ansiedade dirigida (ansiedade de separação, de fobia específica, de fobia social, de transtorno obsessivo compulsivo (TOC)). Ansiedade invasiva e extrema (transtorno do pânico). Ansiedade reacional (transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)). Ansiedade fluante (ansiedade generalizada).

No transtorno de ansiedade de separação, a criança, ainda muito nova, tem como característica o medo, a preocupação, a angústia persistente e excessiva frente a hipótese real ou imaginária de separá-la de casa, dos pais ou das pessoas as quais ela é vinculada. Estas manifestações de ansiedade possuem foco definido e esta separação pode ser por sair de casa sem estas pessoas, situações irrealistas de perder ou ocorrer

4 Transtorno psicológico: medo ou ansiedade acentuado ou intenso desencadeado pela exposição real ou prevista a diversas situações. (DSM-V, 2014)

algum mal com esse ente querido por fatalidade ou desaparecimento (STALLARD, 2010).

A fobia específica para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (Apud, APA, 2014) é um transtorno que possui duração de pelo menos seis meses, tendo início antes dos 18 anos, com o medo persistente e intenso, que pode não apresentar perigo real quando na presença ou pela antecipação de estar diante de um objeto ou situação específica como animal, ambiente natural, personagens fantasiados, injeção, etc. Essa evitação, antecipação ou sofrimento nas situações que geram temor irão perturbar de forma clara os hábitos do indivíduo e suas relações sociais, escolares, profissionais, causando sofrimento.

Assis et al. (2007), considera fobia social generalizada quando os medos estão relacionados a várias situações sociais, tais como iniciar ou manter conversas, encontrar-se com pessoas do sexo oposto, comparecer a festas, etc. Crianças, neste contexto, tendem a apresentar baixa autoestima, sentimentos de inferioridade e hipersensibilidade às críticas, podendo ter notas baixas por conta do medo e ansiedade nas provas, falta de participação em sala de aula e ansiedade durante os trabalhos de grupo.

As crianças e adolescentes que possuem o diagnóstico de transtorno obsessivo compulsivo (TOC) manifestam uma angústia, muitas vezes extrema, que prejudica seu funcionamento adaptativo devido as obsessões e compulsões recorrentes e invasivas que são determinadas por diversos TOCS. As crianças que possuem este tipo de transtorno manifestam grandes dificuldades, pois normalmente, são mais lentas, devido a suas obsessões, não conseguindo se concentrar e realizar suas tarefas diárias, dedicando tempo demais aos seus comportamentos repetitivos, possuindo déficit escolar, devido ao sentimento de esgotamento e perturbando gravemente suas relações sociais e familiares (DUMAS, 2007).

Os indivíduos que possuem TOC sentem ansiedade acentuada, o que pode incluir ataques de pânico habituais, devido às séries de respos-

tas afetivas que eles manifestam diante dos fatos que desencadeiam as obsessões e as compulsões; já outros demonstram sentimentos de nojo intenso e, durante as compulsões, alguns relatam uma sensação angustiante de “incompletude” e inquietação. Assim, é normal que as pessoas que possuem esse transtorno evitem pessoas, lugares e coisas que desencadeiam obsessões e compulsões (APA, 2014).

O transtorno de pânico é caracterizado por ataques de pânico inesperados e recorrentes, que podem ou não existir um desencadeante óbvio, sendo este um surto repentino de medo ou desconforto intenso, que chega no máximo a minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos (APA, 2014).

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-V, 2014), dentro do transtorno de ansiedade, os ataques de pânico manifestam-se como uma resposta específica ao medo, ocorrendo com razões esperadas ou inesperadas, sendo indicador característico para qualquer transtorno de ansiedade e outros transtornos mentais.

Dentre estes sintomas somáticos ou cognitivos estão presentes palpitações ou taquicardia, sudorese, tremores ou abalos, sensações de falta de ar ou sufocamento, sensações de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio, desrealização ou despersonalização, junto com um medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer, parestesias⁵, calafrios ou ondas de calor (ASSIS et al., 2007).

Outro transtorno de ansiedade é o de estresse pós-traumático, desencadeado após uma situação traumática forte, decorrente de uma catástrofe natural ou algum acontecimento, afetando a criança de forma direta ou uma pessoa próxima a ela. Sentimento de medo intenso, impotência, horror, rememoração e evitação do estímulo que leva ao acontecimento, hiperatividade, agitação, desorganização comportamental e

5 Perturbação anormal da sensibilidade (formigamento, picada, adormecimento, etc.) Dicionário Infopédia de Termos Médicos: Porto Editora, 2003-2018.

reatividade psicológica são sintomas provocado por mais esse estresse (DUMAS, 2007).

Ressaltando que para APA (2014), este tipo de transtorno não é somente a experiência pessoal direta da criança com um evento real ou ameaçador que pode desencadear transtornos de ansiedade, e sim o fato de testemunhar eventos ou tomar conhecimento de acontecimentos dolorosos (violência entre pais, irmãos, separação dos pais, morte de ente querido, etc.) que podem propiciar essa ansiedade e outros problemas de saúde mental.

Por fim, para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-IV) (Apud, APA, 2014) ansiedade generalizada é caracterizada por um sentimento de preocupação excessiva (ansiedade antecipatória), ocorrendo quase todos os dias por, pelo menos seis meses. Esta ansiedade e preocupação está relacionada a pelo menos, três dos demais sintomas: inquietação ou sensação dos “nervos à flor da pele”, fadiga, dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. Podendo haver tremores, contrações, abalos e dores musculares, nervosismo ou irritabilidade associados a tensão muscular, sintomas somáticos (sudorese, náusea, diarreia) e uma resposta de sobressalto exagerada, esta variação dos sintomas costuma piorar durante períodos de estresse.

Assis et al., (2007) relata que a criança com transtorno de ansiedade generalizada possui preocupações diferentes das demais crianças não ansiosas em seu cotidiano, devido a dificuldade de serem controladas permanentemente e manifestarem ansiedade sem estar ocorrendo problemas reais, buscando sempre aprovação das pessoas, podendo ser perfeccionista, mostrando-se inseguras e insatisfeitas com o seu desempenho. Para APA (2014), essa preocupação excessiva irá causar consequências disfuncionais como: prejudicar a eficiência do indivíduo em realizar as tarefas rápidas e competentes devido ao cansaço, perturbação do sono e dificuldade de concentração.

Assim, conforme afirma Castilho et al. (2000), se há um reconhecimento antecipado destes transtornos ansiosos evitar-se-á sequelas negativas na vida da criança como falta ou fuga escolar, procura recorrente de pediatras por sintomas da ansiedade e supostos problemas psiquiátricos na vida adulta.

2.2 Psicoterapia Cognitivo-Comportamental

O trabalho de Beck e Mahoney, citado por Caballo (2014), realizou um grande marco na terapia comportamental, dando início à Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), fazendo a relação entre a Terapia Comportamental e a Terapia Cognitiva. Após o seu início a TCC já evoluiu muito e, atualmente, é uma das principais abordagens dentro das variadas áreas de atuação da psicologia, adquirindo aceitação e admiração pelas práticas e resultados que produz e pela individualidade do seu ponto de vista.

Desenvolvida na década de 60, por Aron Beck, a Terapia Cognitiva Comportamental baseia-se nas formulações cognitivas, nas crenças, estratégias comportamentais e conceituação, ou seja, compreensão das crenças específicas e os seus padrões de comportamentos, de forma que o terapeuta irá buscar fornecer de diferentes técnicas para que haja uma mudança cognitiva (alterações nos pensamentos e no sistema de crenças), mudança emocional e comportamental perdurável no paciente (BECK, J, 2013).

A Terapia Cognitivo-Comportamental é reconhecida devido ser estruturada, orientada ao presente e com foco na resolução de problemas atuais, como a alteração dos pensamentos e comportamentos disfuncionais. Sendo observado através das teorias e experiências clínicas que é uma forma de psicoterapia eficaz para os transtornos emocionais.

Rangé (2011) aborda a Terapia Cognitiva como uma abordagem ativa, diretiva e estruturada, com prazo limitado, orientada para o problema, definida pela aplicação de diversos procedimentos clínicos

como introspecção, insight, teste de realidade e aprendizagem, visando aperfeiçoar discriminações e corrigir opiniões erradas que se apoiam em comportamentos, sentimentos e atitudes inoportunas. O terapeuta e paciente, juntos, fundam os objetivos da terapia, os sintomas-alvo a serem alcançados.

A TCC ajuda o paciente a modificar a relação entre a circunstância que está gerando dificuldade e a frequente reação emocional e comportamental que ele tem naquela situação, por meio das técnicas, promovendo a aprendizagem de um novo modo de reação. Sendo assim, é possível compreender que esta teoria considera que um comportamento disfuncional pode ser aprendido a partir de fenômenos internos e externos relacionados a ele.

Segundo Beck, J (2013), a terapia cognitivo-comportamental parte de dez princípios básicos que são empregados a todos os pacientes, sendo forma de condução da terapia alterada, de acordo com os objetivos, personalidade, transtorno específico de cada paciente.

Os princípios desta terapia estão fundamentados em um processo individual contínuo de modificação e desenvolvimento dos problemas, propondo uma relação terapêutica sólida, com ênfase na colaboração e a participação ativa do paciente, sendo uma terapia direcionada para os objetivos e focada nos problemas. Enfatizam o presente, com objetivo educativo de ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta, com foco na prevenção de recaídas, sessões estruturadas, tempo limitado e a utilização de inúmeras técnicas para ensinar ele a identificar, avaliar e responder seus pensamentos e crenças disfuncionais, alterando o pensamento, humor e comportamento.

No que se refere às sessões de psicoterapia com crianças e adolescentes são usadas diferentes intervenções para tentar alcançar os objetivos, mesmas intervenções nem sempre são usadas diretamente com esses pacientes, o terapeuta, em algumas situações irá, orientar os pais ou professores, para que eles se tornem agentes terapêuticos na colaboração do processo. Algumas das formas de intervenções na psicoterapia

infantil é o diálogo, brincadeiras, reforço de conduta ou ensaio de determinadas atividades (BUNGE et al., 2015 apud KAZDIN e WEISZ, 2010, p. 3).

Diferentemente dos adultos, as crianças não vão à terapia por conta própria, com isso o início e finalização da terapia não depende das mesmas, com uma abordagem empírica do aqui e agora, estímulos motivacionais nas sessões, sendo foco da terapia cognitiva comportamental o tratamento das crianças em suas relações sociais (escola, família) que possuem fundamental importância no início, manutenção e generalização do tratamento infantil (FRIEDBERG, McCLURE, 2004).

A TCC infantil é baseada nas capacidades verbais, cognitivas, de raciocínio e habilidades sociocognitivas, de acordo com a idade de cada criança, para que haja reforços explícitos, para maior envolvimento, foco e lembrança das sessões com ganhos terapêuticos. O tratamento concentra em acalmar os sintomas angustiantes e ensinar habilidades para encará-los, pois, quando as crianças ficam ansiosas, elas passam por alterações psicológicas, comportamentais, de humor, interpessoais e cognitivas, mudando esses cinco campos de funcionamento e até mesmo experimentando queixas somáticas ou corporais (FRIEDBERG, McCLURE, 2004).

Para o tratamento infantil com a terapia cognitiva foi necessário que houvesse adaptações em relação ao modo operante em adultos, porém há semelhanças com a terapia cognitiva adulta, por ainda focar no problema com uma terapia ativa e orientada ao objetivo.

O traço característico da TCC é a estrutura das sessões, flexíveis a cada paciente e, com as crianças, ela é composta de seis partes fundamentais inter-relacionadas, que configuram uma abordagem de tratamento coeso. Iniciam-se as sessões com registro de humor, em seguida a revisão da tarefa de casa, depois o terapeuta, junto com o paciente, estabelece a agenda com conteúdo da sessão e, por fim, o *feedback* da análise do paciente sobre a sessão (FRIEDBERG, McCLURE, 2004).

Assim a terapia cognitiva pretende identificar os pensamentos distorcidos, investigar a realidade e corrigir os mesmos, havendo uma mudança de crenças disfuncionais que se apresentam de forma implícita a estes pensamentos distorcidos.

A terapia comportamental utiliza os princípios de aprendizagem, que experimentalmente irão enfraquecer e extinguir esses comportamentos impróprios e inadequados, ambos irão usar das várias técnicas propostas por cada teoria. Emprega-se o termo terapia cognitivo-comportamental (TCC) para ligar a terapia cognitiva e a terapia comportamental. Sendo o modelo cognitivo-comportamental uma forma de psicoterapia que irá atuar sobre os pensamentos automáticos dados por uma situação estimulante, na qual esses pensamentos geram sentimentos e os comportamentos que definem o vínculo do indivíduo com o ambiente em que ele está inserido.

2.3 Protocolos de tratamento e ferramentas que o psicólogo cognitivo comportamental utiliza para psicoterapia com crianças ansiosas

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem com intervenções práticas e pautada nas habilidades, que proporciona uma boa afinidade com o paciente, devido ter foco no aqui e no agora, ajudando as crianças a observar suas cognições em um tempo limitado.

Para Stallard (2010), os itens principais dos programas da TCC para os transtornos de ansiedade compõem: psicoeducação, reconhecimento e manejo das emoções, identificação de cognições distorcidas e que podem intensificar a ansiedade, questionamento de pensamentos e desenvolvimento de cognições, que podem diminuir a ansiedade, exposição e prática, automonitoramento e reforço e uma preparação para enfrentar os obstáculos. Eles são padronizados, compondo normalmente de 12 a 16 sessões.

No início, o psicoterapeuta deverá usar de técnicas simples e de automonitorização e a partir delas delinear seu método de intervenção,

sendo ele simples com treinamento de relaxamento, dessensibilização sistemática, habilidades sociais, autocontrole cognitivo ou autoinstrução, previsão de ansiedade, descatastrofização, ou mais complexo com exposição e habilidades de análise racional (FRIEDBERG, McCLURE, 2004).

Conforme Bunge et al. (2015), nos dias de hoje, os manuais do *The Coping Cat* é um dos tratamentos mais utilizados empiricamente validados para transtornos de ansiedade (TAS) em crianças e adolescentes. As partes deste manual baseiam-se na educação emocional, aumento da consciência acerca das reações corporais da ansiedade, treinamento de relaxamento, identificação e modificação do diálogo interno, recompensas casuais, técnicas de exposição in vivo e/ou imaginária e modelagem (apud BARRET et al., 1996; FLANNERY-SCHROEDER e KENDALL, 2000; RAPEE et al 2006; KENDALL e KOSOVSKY, 2009).

Stallard (2010) cita algumas técnicas para transtornos de ansiedade, como os transtornos fóbicos, que poderão utilizar a intervenção de psicoeducação, autocontrole cognitivo baseada no programa *Coping Cat*, ensino de habilidades cognitivas, prática e exposição e/ou manejo de contingências.

Ressalta-se que a criança necessita ser estimulada a usar vários métodos de alívio imediato tais como respiração controlada, distração, jogos mentais para manejar sua ansiedade bem como métodos de alívio a longo prazo como relaxamento muscular progressivo, atividade física ou relaxantes, imagens calmantes para manejar sua ansiedade. Após a criança adquirir o controle dos seus sentimentos ansiosos, o ponto central do tratamento retorna para o domínio cognitivo, no qual a criança e seus protetores irão ter consciência da importância dos seus pensamentos alternativos, úteis, inúteis e habilitados (STALLARD, 2010).

Para Stallard 2010, outras técnicas frequentemente utilizadas nos programas de ansiedade na TCC, que dão sequência ao tratamento, são as de autodiálogo positivo, tendências de *coping*, identificação das armadilhas do pensamento com a identificação das predisposições e distor-

ções habituais e predominantes, teste e questionamento das cognições e distorções.

Finalizando-se a intervenção com a resolução dos problemas, através da prática de exposição, que é fundamental para mostrar à criança que ela consegue e pode lidar com a ansiedade, desviando o foco dos sintomas desse sentimento para o reconhecimento e comemoração da própria criança e de seus cuidadores, frente aos seus manejos e tentativa para enfrentar esse sentimento e para que, ao ser encorajada, passe a analisar o que aprendeu, identificando suas habilidades de estratégias, que poderão ser utilizadas no futuro na consolidação e prevenção de recaídas (STALLARD, 2010).

A ênfase do papel dos pais no tratamento irá variar de acordo com a intervenção, sendo eles os facilitadores, coterapeutas ou coclientes. Após ser esclarecido e combinado o papel deles na intervenção, esse envolvimento irá propiciar possibilidades de aproximar-se dos comportamentos parentais, que foram associados ao início, ou manutenção dessa ansiedade da criança, podendo ser reduzida quando os pais obtêm uma mudança no papel de encorajar os filhos a enfrentar e aprender a lidar com situações que provocam medo e preocupação, reconhecerem e recompensá-los nas tentativas de mudanças (STALLARD, 2010).

O treinamento no controle de ansiedade é uma forma de terapia comportamental para os transtornos de ansiedade generalizada, desenvolvido por Suinn e Richardson, em 1971. Nesse treinamento, o paciente irá voltar a atenção para os sintomas no momento que ele sente ansiedade, ensinando o mesmo a reconhecer esses sintomas de forma rápida e utilizar o relaxamento, evitando o aumento dessa ansiedade, utilizando da imaginação para evitar esse sentimento ou proporcionar um melhor relaxamento (CABALLO, 2014).

Friedberg e McClure (2004) ressaltam outras técnicas comuns nessa terapia que podem ser utilizadas com crianças ansiosas, como a técnica de controle de contingência, programação de evento prazeroso,

programação de atividade, previsão de prazer, previsão de ansiedade, projeção de tempo.

O psicoterapeuta poderá usar aplicações criativas na terapia cognitivo-comportamental quando encontrar dificuldade da criança em aderir às intervenções tradicionais, utilizando de uma terapia lúdica e dinâmica, como a técnica de narração de histórias, brinquedos diversos, fantoches, jogos, atividades recreativas como cestas de pensamento-sentimento, confecção de objetos e exercícios de impressão.

Em geral, como cita Stallard (2010) dentre outros autores pesquisados, o tratamento da ansiedade na infância requer muitos fatores que vão abranger experimentos aleatórios controlados com garantia das intervenções, de forma que irão unir as atividades e procedimentos testados nas amostras clínicas, de uma forma categórica dos resultados, avaliando a importância clínica e *follow-up* (acompanhamento) a longo prazo. Visto que, na maioria dos casos, esse acompanhamento e o pós tratamento possuem resultados satisfatórios quando a criança alcança esses fatores propostos pela TCC, deixando de apresentar sintomas que satisfazem os critérios para o diagnóstico de transtorno de ansiedade.

Com base nas informações obtidas, através da revisão das produções científicas em formatos de artigos e teses, foram observado bons resultados, obtidos por meio de aplicação de técnicas da TCC na psicoterapia infantil, como citado por Habigzangl et al. (2009), que ressalta algumas técnicas como de “grupoterapia” cognitivo-comportamental que juntamente com instrumentos psicológicos (testes estatísticos), para acompanhamento dos níveis de ansiedade, conseguem investigar e reduzir significativamente os sintomas psicológicos como de ansiedade, depressão em transtornos do estresse pós-traumático, através de uma reestruturação e alteração de crenças e percepções distorcidas.

Becker (2015) também traz que a TCC é a forma de psicoterapia que vem apresentando maior eficácia na estabilização dos sintomas de

TOC, combinada com a farmacoterapia. A ludoterapia é vista na TCC enquanto forma de tratamento válida para crianças, associada com outras técnicas e medicação, de acordo com o caso, sobre a qual aborda Simões (2012) que alguns ensaios clínicos evidenciam que a estimulação criativa apresenta influências otimistas na diminuição dos níveis de ansiedade, na melhora da capacidade de resolução de problemas, no aumento da sensação de autoeficácia e na forma como as crianças criam suas emoções frente às diversas situações, já em relação a outras psicopatologias não se mostram tão eficazes.

Outra técnica utilizada com crianças e adolescentes é a Terapia do Esquema, adaptada para a cultura brasileira através de apresentação de protocolos para orientação dos pais e o atendimento da criança e adolescente, por meio de avaliação, psicoeducação e sugestões criativas de técnicas de vivências para trabalhar a imaginação, na qual o terapeuta atende as principais urgências dos pais e os orienta a uma conduta mais saudável (BIZINOTO, 2015).

Foi observado, nos estudos de Aguiar (2010), que a ansiedade/depressão, (12%) nos estudos de psiquiatria, apareceu em primeiro lugar (34%), sendo a fobia social o quinto problema mais frequente e que há uma semelhança entre os problemas infantis que são tratados por psicólogos e psiquiatras, percebendo que as crianças que utilizam de tratamento medicamentosos poderiam ser acompanhadas pela psicologia para que pudessem usufruir dos benefícios da aprendizagem que o psicoterapeuta oferece.

Silva e Figueiredo (2005) trazem em seus estudos alguns instrumentos de avaliação na ansiedade infantil, relatando a diminuição de testes favoráveis para avaliação deste transtorno como por exemplo, no Brasil, o Inventário de Ansiedade Traço Estado para criança (IDATE), que foi retirado pelo Conselho Federal de Psicologia, devido a não atualização de suas normas.

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

No que se refere à metodologia, trata-se de um estudo qualitativo (Turato, 2005) e como tal fornece maior flexibilidade ao pesquisador em relação aos recursos e métodos de investigação e análise.

Além das pesquisas realizadas nos livros teóricos da área para referencial teórico, foi realizada também a busca por artigos que respaldaram-se em pesquisa eletrônica, utilizados três descritores como critério de seleção de materiais, elegendo a busca pelas palavras: “psicoterapia infantil”, “ansiedade”, “terapia cognitivo-comportamental”. A coleta para informações dos periódicos foi realizada nas bases de dados da Biblioteca virtual em saúde (BVS), Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em todas as plataformas de dados com recorte do período de busca entre os seguintes anos de publicação 2000 a 2018.

Para melhor sistematização e clareza acerca do processo de coleta de dados, o mesmo foi dividido em três momentos. Primeiro momento: a avaliação inicial do material bibliográfico ocorreu mediante a seleção de datas, entre os anos de 2000 a 2018 idioma português e os descritores “psicoterapia infantil”, “ansiedade”, “terapia cognitivo-comportamental”. No segundo momento: foi realizada a leitura dos resumos, com o propósito de selecionar aqueles que atendiam aos objetivos do estudo, através do tema proposto. Terceiro momento: a avaliação procedeu-se com a leitura dos artigos selecionados na íntegra, os quais proporcionaram a identificação das técnicas utilizadas para os transtornos de ansiedade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos gerais deste estudo, que foi realizar um ensaio teórico acerca da ansiedade infantil e identificar a eficácia das técnicas da terapia cognitivo-comportamental para seu tratamento, e partindo do pressuposto que se for tratada na infância haverá grandes

chances de uma diminuição dos sintomas da ansiedade na vida adulta, foram obtidas várias informações relevantes que consolidam a importância do presente trabalho conforme apresentados abaixo.

Atualmente, o número de pais e crianças que estão procurando os consultórios de psicologia vem aumentando, procurando ajuda para auxiliar nos problemas emocionais e comportamentais de seus filhos que podem ocasionar danos no seu desenvolvimento e na sua qualidade de vida.

Nesta perspectiva, foi visto que o principal papel dos terapeutas é buscar uma compreensão geral do desempenho da criança nos seus contextos familiares, escolares, social, etc., para que após essa compreensão eles possam reconhecer a função que os aspectos cognitivos desempenham na causa desses transtornos, bem como as questões e sintomas que tornam difícil a adaptação da criança a sua rotina.

Assim, mesmo que alguns autores relatem resultados satisfatórios com a TCC, outros com base nas leituras ressaltam as limitações de pesquisas nessa área, sendo necessário mais estudos para desenvolver as intervenções propostas pela TCC, além de outras experiências para comparar essa abordagem com outras que propõe tratamentos frequentes, desenvolvendo estudos para verificar quais os determinantes que provocam mudança no comportamento infantil e quais os tipos que podem ser aplicados em determinadas crianças para que tenham mais resultados efetivos.

Mesmo que não haja muitos estudos com comprovações científicas das benfeitorias do envolvimento dos pais na TCC, os autores pesquisados ressaltam que devem inclui-los no tratamento, devido aos indícios que mostraram a relação entre o controle parental exagerado e a ansiedade na infância. Psicólogos, na clínica, também utilizam desta prática de realizar o treinamento de pais e através dos estágios realizados foi possível observar quanta diferença faz para o desenvolvimento da criança na terapia quando os pais estão de fato envolvidos, sendo este um dos pontos que a presente pesquisa não abordou, mas deixa aberto para futura exploração sobre suas influências.

Com base nos estudos, verificou-se que há várias técnicas eficazes na TCC para o tratamento de ansiedade infantil, porém, como analisado no site do Conselho Federal de Psicologia, há um déficit na atualização de instrumentos que auxiliam na avaliação do quadro de ansiedade, inclusive alguns que eram bastante utilizados se tornaram obsoletos, sem previsão de atualização.

Em síntese, há várias técnicas para serem utilizadas com crianças ansiosas, contudo, quando o psicólogo for definir seu método de intervenção, deverá analisar e ter em mente o estágio em que está a terapia, utilizando desde técnicas simples as mais complexas, partindo do pressuposto do que ele quer realizar com o paciente e explorar o que as mesmas oferecem.

O terapeuta terá o papel de ajudar essas crianças ansiosas a se tranquilizarem, monitorarem seus medos e preocupações, com muita paciência, criatividade e ensinando os mesmos, através de várias intervenções e instrumentos, a não fugir desse sentimento e sim aprender a lidar com ele.

5. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Bruna de Moraes. **Descrição e Comparação das Características da Clientela Psicológica e Psiquiátrica Infanto-Juvenil**. Londrina, 2010. p.18. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/pgac/wp-content/uploads/2014/03/Descri%C3%A7%C3%A3o-e-compara%C3%A7%C3%A3o-das-caracter%C3%ADsticas-da-clientela-psicol%C3%B3gica-e-psiqui%C3%A1trica-infanto-juvenil.pdf>> Acesso em: 12 de fev. de 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5a. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014. p.189-234. Disponível em: <https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>. Acesso em: 23 de fev. de 2018.

ASSIS, Simone Gonçalves de et al. **Ansiedade em crianças**: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violência na infância. 2007.cap 2.p.17-40. Rio de Janeiro. Disponível em: < http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_530050460.pdf> Acesso em: 21 de fev. de 2018.

BARLOW, David H.; DURAND, V. Mark. **Psicopatologia**: uma abordagem integrada. 7.ed. Cengage Learning, 2015. p.125.

BECK, Judith. S. **Terapia Cognitivo- Comportamental**: teoria e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.cap 1. p. 21-33.

BECKER, Angelita Brites. **O transtorno obsessivo-compulsivo na infância e adolescência**. 2016. Cap. 2. p.35-41. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Descri%C3%A7%C3%A3o+e+Compara%C3%A7%C3%A3o+das+Caracter%C3%ADsticas+da+Clientela+Psicol%C3%B3gica+e+Psiqui%C3%A1trica+Infanto-Juvenil> > Acesso em: 16 de fev. de 2018.

BIZINOTO, Jessica Ferrucci Suzuki et al. **O modelo alemão da Terapia do Esquema**: conceituação, técnicas e aplicação clínica na Psicoterapia Infantil. 2015.p.17-49. Disponível em:<<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/17234/1/ModeloAlemaoTerapia.pdf>> Acesso em: 16 de fev. de 2018.

BUNGE, E; SCANDAR, M; MUSICH, F; CARREA, G. **Sessões de Psicoterapia com Crianças e Adolescentes**: erros e acertos. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015. p. 16 e p. 131.

CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. 1.ed. São Paulo: Santos, 2014. cap. 31.p. 698. Tradução: Marta Dolino Claudino.

CASTILLO, Ana Regina GL et al. **Transtornos de ansiedade**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, p. 20-23, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600006> Acesso em: 21 de fev. de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos, 2018. Página Satepsi. Disponível em: http://satepsi.cfp.org.br/lista_teste_completa.cfm. Acesso em: 08 de nov. de 2018.

DA SILVA, Adriele Vieira; ROCHA, Adriana Cristina. **Ludoterapia no Tratamento Terapêutico da Depressão Infantil**: um estudo a partir do pensamento cognitivo-comportamental. Revista Uningá Eview, v. 28, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1856/1456>> Acesso em: 12 de fev. de 2018.

DA SILVA, Magda Dias; LACERDA, Aline Mendes. **Depressão Infantil**: características e tratamento. Caderno Discente, v. 1, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://humanae.estuda.com.br/index.php/Discente/article/view/158>> Acesso em: 21 de fev. de 2018.

DUMAS, Jean. E. **Psicopatologia da Infância e da Adolescência**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 9. p. 388-445.

FRIEDBERG. R, McCLURE. J. trad. Cristina Monteiro. A. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap.1 (p.14-18). cap.4 ao 6 (p.47-86). cap.8,9,10 (p.103-144). cap.12 (p.173-204). cap. 14 (p.231-249).

HABIGZANG, Luísa F. et al. **Grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual**: descrição de um modelo de intervenção. Psicologia Clínica, v. 18, n. 2, p. 163-182, 2006. Disponível em:<<http://scielo.br/pdf/pc/v18n2/a12v18n2>> Acesso em: 16 de fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados a saúde, 2008. Página inicial. Disponível em: <<http://datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>> Acesso em: 24 de março de 2018.

RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias Cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 1 ao 3 (p.20-49). cap. 17 a 22 (p.238-368). cap. 47 (p.751-759).

RIBEIRO, Agliani Osório et al. **Fundamentos E Aplicações Terapia Cognitivo Comportamental Com Crianças E Adolescentes**. Revista Brasileira de Psicoterapia, 2014.

SILVA, Wildson Vieira da; FIGUEIREDO, Vera Lúcia Marques de. **An-siedade infantil e instrumentos de avaliação**: uma revisão sistemática. Rev Bras Psiquiatr, v. 27, n. 4, p. 329-335, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n4/a14v27n4.pdf>> Acesso em: 21 de fev. de 2018.

SIMÕES, Inês Bárbara dos Santos Mendes. **Criatividade em psicoterapia infantil**: desenvolvimento do pensamento criativo na resolução de problemas do foro emocional. 2012. Tese de Doutorado. p.18-20. Disponível em:< <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7674>> Acesso em: 21 de fev. de 2018.

STALLARD, Paul. **Ansiedade: Terapia Cognitivo- Comportamental para Crianças e Jovens**. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 1 e 2 (p.11-43). cap. 4 e 5 (p.56-84). cap. 7 (p.105-116).

TURATO, Egberto R. **Métodos Qualitativos e Quantitativos na área da saúde**: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública, 2005.p. 510. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 24 de out. de 2018.

OS EFEITOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE DEPENDENTE: UM CASO CLÍNICO

Francielle Vaz do Nascimento
Nayara Cecília Lourenço

RESUMO: O presente estudo tem por objetivo demonstrar os efeitos da terapia cognitivo-comportamental em um caso clínico de transtorno da personalidade dependente. O caso clínico é de uma jovem de 23 anos, submetida a 20 sessões de psicoterapia, sendo utilizadas Entrevista Semi-Dirigida; Critérios Diagnósticos para Transtorno de Personalidade Dependente e para intervenção, técnicas e estratégias da abordagem cognitivo-comportamental. Foram abordadas as queixas, histórico de vida e familiar, discussão de crenças disfuncionais acerca do diagnóstico, plano de motivação e tratamento, técnicas de relaxamento, treino para assertividade, treino em habilidades sociais e treino para autonomia. Os principais resultados demonstraram diminuição significativa das queixas características do Transtorno de Personalidade Dependente e redução dos sintomas da ansiedade. A intervenção cognitivo-comportamental apresentou um impacto positivo no Transtorno de Personalidade Dependente, ajudando a paciente a compreender melhor seu funcionamento psicológico, modificando suas crenças centrais e possibilitando novos repertórios cognitivos e comportamentais.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Dependente. Terapia Cognitivo-Comportamental. Caso clínico.

1. Introdução

O transtorno de personalidade sob o modelo da Terapia Cognitivo-Comportamental, conforme apontado por David e Freeman (2017), é compreendido como uma hipertrofia dos traços que se originam em um contexto adaptativo, com pensamentos e comportamentos que acabam se tornando exagerados e predominantes ao longo do desenvolvimento do transtorno. Infelizmente, este tipo de transtorno se apresenta de maneira crescente na população. De acordo com Morana, Stone e Abdalla-Filho (2006), o transtorno de personalidade tem uma incidência global que varia entre 10% e 15% na população geral, e cada tipo de transtorno favorece com taxas de 0,5% a 3%. Na população americana, 38 milhões de adultos apresentam pelo menos um tipo de transtorno de personalidade, o que significa 14,79% da população.

Na visão de Caballo (2008), citado por Martins e Lopes (2010), os indivíduos com transtorno de personalidade são considerados pacientes desafiadores para os clínicos, geralmente são problemáticos e têm muitos prejuízos familiares, acadêmicos e profissionais. Calcula-se que de 30 a 50% dos pacientes ambulatoriais apresentam algum transtorno de personalidade.

Ainda de acordo com Martins e Lopes (2010), para um tratamento eficaz, é preciso que os psicoterapeutas estejam atentos ao identificar os padrões de comportamento presentes nos transtornos de personalidade, pois estes não são a queixa principal do paciente.

O presente artigo tem por objetivo demonstrar os efeitos da Terapia Cognitivo-Comportamental em um caso clínico de Transtorno da Personalidade Dependente. Serão apresentadas as características diagnósticas do Transtorno de Personalidade Dependente, as técnicas utili-

zadas na abordagem cognitivo-comportamental e os resultados obtidos a partir do processo psicoterápico.

A utilização de estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento do Transtorno de Personalidade Dependente tem apresentado uma boa evolução no tratamento de pessoas com este transtorno. A eficácia da abordagem cognitivo-comportamental parece ter um bom prognóstico, porém existem poucos estudos nessa área. Diante disso, faz-se necessário realizar mais pesquisas, para contribuir com a prática clínica dos profissionais envolvidos na área da saúde mental.

O estudo trata de um caso clínico de uma jovem de 23 anos, submetida a 20 sessões de psicoterapia, com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Dependente. Para avaliação e intervenção do caso foram utilizadas: Entrevista Semi-Dirigida; Critérios Diagnósticos para Transtorno de Personalidade Dependente e técnicas e estratégias da abordagem cognitivo-comportamental.

2. Referencial Teórico

2.1. Transtorno de Personalidade Dependente

A literatura tem apontado que os transtornos da personalidade envolvem características emocionais e comportamentais de um indivíduo. Conforme Zanin e Valério (2004), quando essas características de personalidade causam problemas de adaptação, acarretando sofrimento ao paciente e/ou às pessoas de sua convivência, pode-se pensar em Transtorno de Personalidade.

O Transtorno de Personalidade, para a APA (2014), pode ser definido como um padrão persistente de experiência interna e de comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo.

Segundo a American Psychiatric Association (2014), os Transtornos de Personalidade são classificados em: paranoide, esquizoide, esquizotípica, antissocial, borderline, histriônica, narcisista, evitativa, dependente, obsessivo-compulsiva, mudança de personalidade devido a outra condição médica, outro transtorno da personalidade especificado e transtorno da personalidade não especificado. Dentre estes, faremos o enfoque voltado ao Transtorno de Personalidade Dependente neste estudo.

O Transtorno de Personalidade Dependente é descrito, conforme a APA (2014) pelo (DSM V) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, como uma necessidade difusa e excessiva de ser cuidado que leva a comportamento de submissão e apego, que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos. Pacientes com esse transtorno apresentam comportamentos de dependência e submissão, são incapazes de ter opinião própria, precisam da ajuda do outro para seu próprio direcionamento e são preocupados com o medo de ser abandonados, provocando um prejuízo no funcionamento interpessoal.

Segundo Beck A. (2017), os indivíduos diagnosticados com transtorno de personalidade dependente enxergam a si mesmos como desprotegidos e, conseqüentemente, buscam se aliar a alguma pessoa mais forte que ofereça os recursos para sua vida e bem-estar. Os conceitos usados para descrever esse transtorno da personalidade são “pegajoso” e “submisso”.

Na abordagem de Caballo, Gollonet e Bautista (2008), as pessoas dependentes são incapazes de tomar decisões sozinhas. Precisam da opinião dos outros. Dependem dos demais para realizar qualquer tarefa diária. Vivem em função das outras pessoas. Não aguentam ficar sozinhas, sem alguém a seu redor. Necessitam de cuidado e proteção.

A personalidade dependente é caracterizada por passividade e submissão, as pessoas com Transtorno de Personalidade Dependente não conseguem agir de maneira autônoma, sentem-se incompetentes

e inúteis. Dependem da ajuda e do conselho de pessoas que são de seu convívio. Não tem autoconfiança e buscam sempre o apoio e o apego nas relações.

A American Psychiatric Association (2014) estabeleceu oito critérios diagnósticos para Transtorno de Personalidade Dependente, conforme disposto no DSM, apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Critérios diagnósticos para Transtorno de Personalidade Dependente

Critérios diagnósticos para Transtorno de Personalidade Dependente
1. Tem dificuldades em tomar decisões cotidianas sem uma quantidade excessiva de conselhos e reasseguramento de outros.
2. Precisa que outros assumam responsabilidade pela maior parte das principais áreas de sua vida.
3. Tem dificuldades em manifestar desacordo com outros devido a medo de perder apoio ou aprovação. (Nota: Não incluir os medos reais de retaliação.)
4. Apresenta dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas por conta própria (devido mais à falta de autoconfiança em seu julgamento ou em suas capacidades do que à falta de motivação ou energia).
5. Vai a extremos para obter carinho e apoio de outros, a ponto de voluntariar-se para tomar atitudes desagradáveis.
6. Sente-se desconfortável ou desamparado quando sozinho devido a temores exagerados de ser incapaz de cuidar de si mesmo.
7. Busca com urgência outro relacionamento como fonte de cuidado e amparo logo após o término de um relacionamento íntimo.
8. Tem preocupações irreais com medos de ser abandonado à própria sorte.

Fonte: American Psychiatric Association, APA/DSM-V (2014).

Segundo a American Psychiatric Association (2014), o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Dependente deve ser usado com cautela, ou não deve ser usado em crianças e adolescentes, pois para o diagnóstico de um comportamento dependente deve ser levado em consideração o período do desenvolvimento do paciente. Idade e fatores culturais devem ser avaliados em cada critério. É considerado transtorno somente quando o comportamento de dependência for claramente excessivo em relação às normas da cultura ou refletir preocupações não

realistas do indivíduo. Não obstante, o Transtorno de Personalidade Dependente tem sido diagnosticado em contextos clínicos com mais frequência em mulheres, embora alguns estudos apresentem prevalência similar em ambos os sexos.

Segundo Caballo, Gollonet e Bautista (2008), em nossa sociedade são muito comuns os traços de personalidade dependente em mulheres, nos quais são reforçados comportamentos de tipo passivo-dependente. No caso, a esposa vive em função de sua família e o marido cuida das decisões importantes.

2.2. Terapia Cognitivo-Comportamental

Para Freeman et al (1990), citado por Caballo, Gollonet e Bautista (2014), o tratamento para pessoas com Transtorno de Personalidade Dependente é feito através de terapia, que tem por objetivo ajudar os indivíduos a aprender a ser gradualmente mais independentes das pessoas de seu contexto, a aumentar a confiança em si mesmos e despertar a sensação de auto.

A Terapia Cognitivo-Comportamental possui aspectos que são considerados eficazes para o Transtorno de Personalidade Dependente, pois, através de técnicas e estratégias comportamentais, o paciente compreende melhor seu funcionamento psicológico, modificando suas crenças centrais e possibilitando novos repertórios cognitivos e comportamentais.

De acordo com Pereira e Rangé (2011),

A terapia cognitiva proposta por Beck é uma abordagem estruturada, diretiva e colaborativa, com um forte componente educacional, orientada para o aqui e agora, de prazo limitado, indicada atualmente por sua eficácia cientificamente comprovada para o tratamento de uma série de transtornos mentais, como depressão, ansieda-

de, transtornos de personalidade, esquizofrenia, entre outros. (PEREIRA; RANGÉ, 2011, p. 23).

Através da abordagem cognitivo-comportamental, “o paciente pode identificar as distorções cognitivas, corrigi-las e, consequentemente, apresentar melhora clínica” (CORDIOLI, 2008, p. 294).

Ainda na visão de Pereira e Rangé (2011), na Terapia Cognitivo-Comportamental é necessário uma conceitualização cognitiva, pois através dela é possível o terapeuta planejar o tratamento de maneira eficaz. É um elemento importante na psicoterapia, que permite compreender as razões do comportamento não adaptativo do paciente.

Beck J. (2014), por sua vez, menciona que “a terapia cognitivo-comportamental está baseada no modelo cognitivo, o qual parte da hipótese de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pelas percepções que ela tem dos eventos”. (BECK J., 2014, p. 55). Ainda na visão de Beck J. (2014),

A forma como as pessoas se sentem emocionalmente e a forma como se comportam estão associadas a como elas interpretam e pensam a respeito da situação. A situação em si não determina diretamente como elas se sentem ou o que fazem; a sua resposta emocional é mediada pela percepção da situação. (BECK J., 2014, p. 55)

O modelo cognitivo atua na percepção e na modificação dos pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares.

Na abordagem de Pereira e Rangé (2011), os pensamentos automáticos são pensamentos espontâneos, recorrentes, que não são analisados quanto à sua realidade e são acompanhados de sentimentos negativos frente às diversas situações do dia a dia. Os pacientes são capazes de identificar tais pensamentos com mais facilidade. As crenças intermediárias, por sua vez, são normas e suposições elabo-

radas pelo indivíduo para que ele consiga lidar com as ideias absolutas, pessimistas e não adaptativas, que tem sobre si mesmo. Estas crenças auxiliam o paciente a lidar e a se proteger da ativação angustiante das suas crenças nucleares. As crenças nucleares são ideias enraizadas desde a infância, com aspecto absoluto, pessimistas, rígidas e inflexíveis sobre o que o indivíduo acredita sobre si mesmo; são mais difíceis de ser acessadas e transformadas; resultam da interação entre o indivíduo e o mundo, criando sua percepção e interpretação das situações.

É importante, para Beck J. (2014), que o terapeuta tenha empatia pelo paciente e se coloque no lugar dele, para entender como ele está se sentindo e perceber o mundo através da visão dele. É necessário ao terapeuta conhecer as crenças, percepções, pensamentos, emoções e comportamentos do paciente, para que realize uma terapia mais eficiente.

Assim, conforme também exposto por Brauer e Reinecker (2017), no Transtorno de Personalidade Dependente, as intervenções podem se aplicar a desenvolver o ajuste do afeto, as habilidades sociais, ou as habilidades comportamentais; modificar crenças e expectativas desadaptativas; ou transformar padrões de interação social para empregar habilidades no contexto de modo mais eficiente. É importante elaborar uma conceitualização de caso de forma clara, que possa ser dividida com o paciente e servir de modelo terapêutico, pois as causas do transtorno podem variar de pessoa para pessoa e a presença de comorbidades pode atrapalhar o tratamento.

3. Metodologia de Atuação

Para atingir o objetivo proposto, foi delineado o percurso metodológico envolvendo sujeito do caso clínico, queixa principal, história de vida, história familiar, material e procedimento utilizado.

3.1. Sujeito

Milena (nome fictício) é uma jovem de vinte e três anos, solteira, mora com a avó paterna e trabalha em um escritório de contabilidade. A paciente foi atendida em uma clínica-escola de uma Instituição de Ensino Superior situada no interior do Estado de Goiás, que tem por objetivo atender a população de baixa renda. A paciente foi diagnosticada com Transtorno de Personalidade Dependente, e o atendimento da referida paciente foi realizado por uma estagiária do décimo período de psicologia, através do referencial Cognitivo-Comportamental. Esse atendimento foi supervisionado, semanalmente, por uma professora da clínica escola.

3.2. Queixa Principal

A paciente procurou por atendimento psicológico por se sentir inferior a tudo, ter baixa autoestima, sentir angústia e medo intenso de ficar sozinha em casa, ficar na rua esperando por alguém da família chegar para poder entrar em casa, apresentar sintomas de ansiedade em situações sociais, acreditar que sempre será rejeitada, fazer-se de “vítima” em várias situações, gostar de ser o centro das atenções, necessitar de que as pessoas do seu convívio reassegurem os sentimentos por ela, precisar da opinião dos outros para tomar decisões e dificuldade em aceitar o fim do relacionamento afetivo.

3.3. História de Vida

Na infância, Milena foi abandonada pela mãe, e teve que morar com a avó materna por alguns anos. Ela passou por diversas dificuldades, chegou a passar fome, sofria com *bullying* na escola, tinha poucos amigos, era superprotegida pela avó, não podia brincar na rua com os amigos. Aos sete anos, foi morar com a avó paterna, com quem mora

atualmente. Essa avó faz tudo por ela. Milena teve dois relacionamentos, o primeiro durou um ano, e o último durou três meses; estava triste e angustiada pelo fim do relacionamento afetivo. Mostra baixa autoestima, necessita da opinião de outras pessoas para tomar decisões, sente-se inferior a tudo, tem medo intenso de ficar sozinha em casa, sente ansiedade em situações novas e necessidade de reassuramento, precisava ouvir que a família e os amigos gostam de estar com ela e tem medo de não ser aceita.

3.4. História Familiar

A mãe não teve um relacionamento estável com o pai, foi apenas sexo casual, e escondeu a gravidez até o quinto mês. A paciente, até os sete anos, morou com a avó materna, pois a mãe não quis cuidar dela, depois foi morar com a avó paterna, que tinha uma melhor condição financeira e, atualmente, vive com essa avó. Na infância, a paciente não teve muito contato com o pai, na adolescência, o pai morou dois anos na mesma casa que ela, porém o relacionamento deles era conflituoso. Há cinco anos o pai faleceu e a família acredita que foi suicídio, pois, no dia do acontecido, ele discutiu com a esposa e enviou uma mensagem de celular dizendo que era para todos guardarem aquela data na memória.

3.5. Material e Procedimentos

Durante o processo de avaliação e intervenção, foram utilizados os instrumentos: Entrevista Semi-Dirigida; Critérios Diagnósticos para Transtorno de Personalidade segundo DSM-V (2014) e Técnicas e Estratégias da Abordagem Cognitivo-Comportamental.

O atendimento psicológico foi procurado pela paciente de forma espontânea e iniciou os atendimentos com uma outra estagiária que fez o processo de acolhimento. Depois continuou os atendimentos com a estagiária que fez as intervenções. Foram realizadas vinte sessões de

abordagem cognitivo-comportamental semanais com duração de cinquenta minutos cada. O procedimento dispõe de avaliação inicial, intervenção e de avaliação final, na forma do Quadro 2. Foram utilizadas como estratégias e técnicas registro de pensamentos disfuncionais, reestruturação cognitiva, relaxamento, treino de assertividade, treino em habilidades sociais e treino para autonomia.

Quadro 2. Estruturação das sessões terapêuticas

1ª a 5ª Sessão Avaliação Inicial Procedimentos: Acolhimento, anamnese, estabelecimento de vínculo, histórico de vida e familiar, obtenção de dados, discussão de queixas específicas, critérios para TPD, plano e motivação para o tratamento.
6ª Sessão Intervenção Procedimentos: Verificação de sentimentos em relação ao término do relacionamento afetivo. Discussão do diagnóstico de TPD e dos sintomas de ansiedade. Reestruturação cognitiva das crenças automáticas associadas ao diagnóstico. Importância das tarefas de casa. Cooperação do paciente na psicoterapia.
7ª a 10ª Sessão Intervenção Procedimentos: Verificação semanal dos sentimentos em relação ao término do relacionamento afetivo. Registro de pensamentos disfuncionais para a identificação de pensamentos automáticos (incompetência, fracasso, rejeição), sentimentos (tristeza, medo, desvalia) e comportamentos (pedir a opinião das pessoas para tomar decisões sobre o que usar, evitar entrar em casa quando está sozinha, perguntar aos mais próximos se eles gostam da companhia dela). Reestruturação cognitiva das crenças de incompetência, fracasso e rejeição.
11ª a 19ª Sessão Intervenção Procedimentos: Técnicas de relaxamento (Respiração Diafragmática e Acalme-se) para situações de medo e sintomas de ansiedade em relação às situações sociais. Treino de assertividade para adequação em expressar sentimentos positivos e negativos, solicitar favores razoáveis, e comunicar-se de forma confiante. Treino em habilidades sociais, utilizado para reestruturação de crenças sobre incapacidade de tomar decisões e pensamentos persecutórios sobre ser rejeitada. Treino para autonomia, utilizado para a discussão sobre conceitos de dependência, autonomia e empoderamento. Reestruturação de crenças acerca da importância da autonomia. Estabelecimento de metas de curto e de longo prazo. Diálogo acerca da evolução do tratamento.

20ª Sessão**Avaliação Final**

Procedimentos: Checagem de novos repertórios cognitivos e comportamentais. Verificação das queixas características de TPD, por meio dos critérios diagnósticos do DSM-V. *Feedback* positivo da paciente sobre o processo terapêutico. *Feedback* positivo da terapeuta acerca da redução das queixas e sintomas apresentados. Preparação para alta terapêutica.

Fonte: Elaboração da autora.

4. Resultados e Discussão

Para uma melhor compreensão, dividimos os resultados de acordo com as etapas do procedimento

4.1. Avaliação Inicial

Do primeiro ao quinto atendimento, foram realizados o acolhimento, o estabelecimento de vínculo entre terapeuta e paciente, a investigação do histórico de vida e familiar, o levantamento de dados, a discussão das queixas específicas, verificação sob os critérios de diagnóstico para TPD, o plano e a discussão da motivação para o tratamento.

Através de entrevistas, foram levantadas informações sobre os dados pessoais, histórico de vida e histórico familiar da paciente. Para que a avaliação fosse consistente, esta ocorreu em três sessões, as quais permitiram o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Dependente, conforme o DSM.

Na discussão das queixas específicas, foi possível identificar na fala da paciente algumas verbalizações sobre seu estado psicológico:

- ... “não consigo ficar sozinha em casa”.
- ... “não consigo aceitar que o meu namorado terminou comigo”.
- ... “me sinto inferior a tudo”.
- ... “sou incapaz de tomar decisões sem a opinião dos outros”.

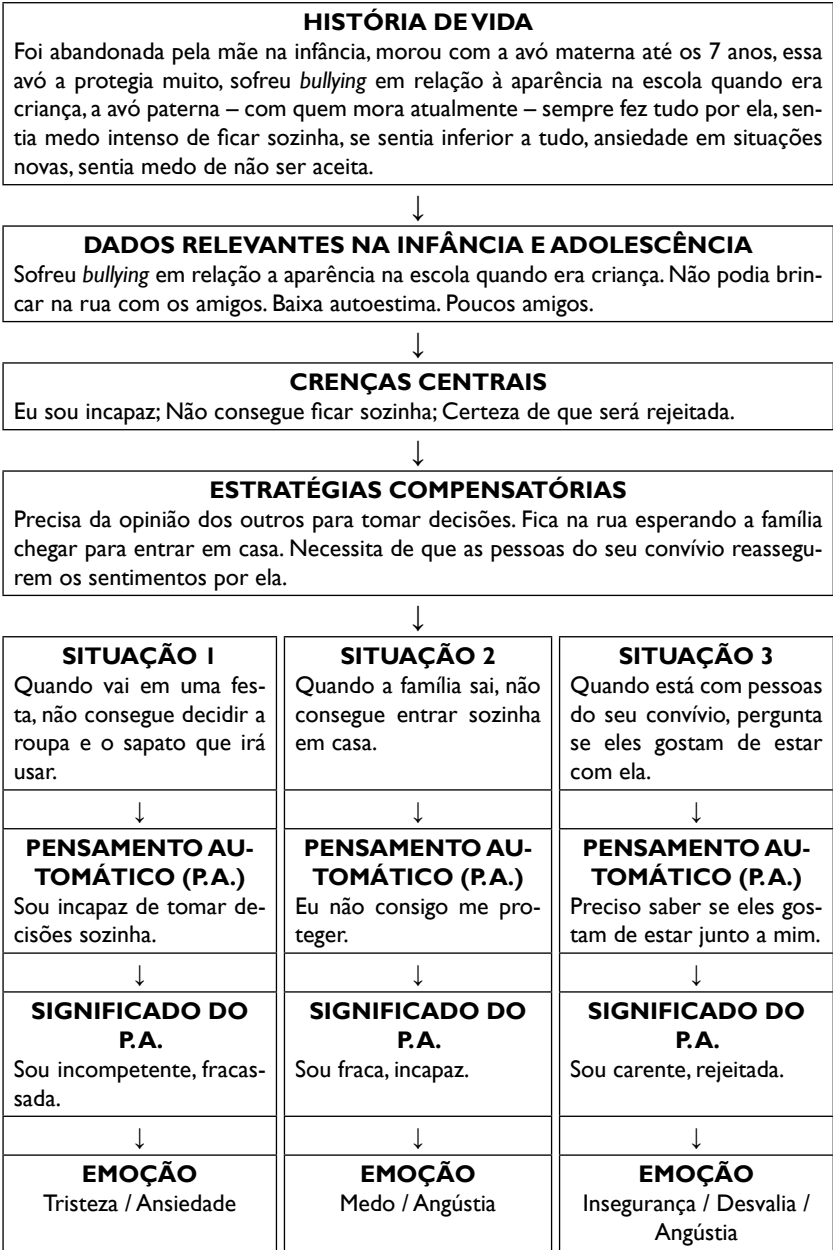
- ... “acredito que as pessoas vão me rejeitar”.
- ... “sempre me faço de vítima”.

Relata ainda a paciente sentimentos associados a estas verbalizações, como medo, incapacidade, dependência, insegurança e pessimismo. De acordo com essas verbalizações, constatou-se um prejuízo significativo no funcionamento biopsicossocial dessa paciente. Ela não conseguia ficar em casa sozinha, se sentia inferior em relação a tudo, não era capaz de tomar decisões, sempre ficava ansiosa em situações sociais por medo de ser rejeitada, e em todos acontecimentos se fazia de vítima. Desta forma, percebemos que a paciente não tinha autonomia e sempre era dependente em diversas situações.

Para avaliação dos dados cognitivos e afetivos, foi utilizado o Diagrama de Conceitualização Cognitiva, disposto na Figura 1. Observa-se nos dados do diagrama que a paciente apresentou comportamentos inadequados de dependência e insegurança, podendo ser verificado na sua percepção distorcida acerca das situações em relação ao aspecto social e relacionamentos interpessoais. A incompetência e a baixa autoestima motivaram sentimentos de tristeza, ansiedade, angústia e desvalia na paciente. Frente a isso, toda vez que solicita a opinião das outras pessoas para tomar decisões, quando as pessoas próximas não podem dar a atenção que ela deseja, ou quando fica sozinha em casa, tais pensamentos e sentimentos são ativados.

A apresentação da disfunção cognitiva pela paciente, para a TCC, se dá por um processo de construção durante seu repertório de vida, o desenvolvimento de suas crenças centrais (sou incapaz...; não consigo ficar sozinha em casa...; certeza de que será rejeitada...), e suas estratégias compensatórias (precisar da opinião dos outros para tomar decisões, ficar na rua esperando a família chegar para entrar em casa, necessitar de que as pessoas do seu convívio reassegurem os sentimentos por ela).

Figura 1. Diagrama de Conceitualização Cognitiva e Afetiva



↓	↓	↓
COMPORTAMENTO Pede a opinião das pessoas para tomar decisões sobre o que usar.	COMPORTAMENTO Evita entrar em casa quando está sozinha.	COMPORTAMENTO Pergunta aos mais próximos se eles gostam da companhia dela.

Fonte: elaboração da autora.

4.2. Intervenção

Na sexta sessão, iniciaram-se as intervenções. Verificaram-se os sentimentos da paciente em relação ao término do relacionamento afetivo, ela estava se sentindo triste e angustiada porque o namorado terminou a relação por telefone. Discutiu-se sobre o diagnóstico de Transtorno da Personalidade Dependente, os sintomas da ansiedade, a importância da tarefa de casa e a cooperação da paciente na psicoterapia. Além disso, foi realizada uma reestruturação cognitiva das crenças automáticas associadas ao diagnóstico.

Na sétima sessão em diante, foram utilizadas as técnicas e estratégias da Terapia Cognitivo-Comportamental, foi usado o Registro de Pensamentos Disfuncionais para registrar os pensamentos, os sentimentos e comportamentos da paciente; foi realizada reestruturação cognitiva em relação às crenças de incompetência, fracasso e rejeição. As técnicas de relaxamento utilizadas foram a Respiração Diafragmática e o Acalme-se para situações em que a paciente ficou sozinha em casa e ansiosa em relação às situações sociais; o Treino de Assertividade foi utilizado para a adequação em expressar sentimentos positivos e negativos, a solicitação de favores razoáveis, e para se comunicar de forma confiante; o Treino em Habilidades Sociais foi usado para a reestruturação de crenças sobre incapacidade de tomar decisões e pensamentos persecutórios em ser rejeitada; o Treino para Autonomia foi utilizado para a discussão sobre o conceito de dependência, autonomia, empoderamento e reestruturação de crenças acerca da importância da au-

tonomia. Foram estabelecidas metas de curto e a longo prazo, e houve diálogo acerca da evolução do tratamento.

4.3. Avaliação Final

Neste processo, foi possível verificar que as queixas, que são características do Transtorno de Personalidade Dependente, reduziram bastante nas falas da paciente e a redução dos sintomas da ansiedade também. Foram detectados novos repertórios cognitivos e comportamentais em que a paciente pode substituir as estratégias de compensação pelas de enfrentamento, conseguindo assim lidar com situações que eram reforçadoras das crenças disfuncionais de desamparo, desamor e desvalor, como é possível observar nas seguintes verbalizações da paciente:

- “Tive que ficar sozinha em casa, pois minha família viajou. Não senti medo como antes, consegui ficar tranquila e nem sai de casa” (modificação do comportamento).
- “Precisei tomar decisões sobre um casamento que eu fui, consegui escolher a roupa e o penteado, sem pedir a opinião dos outros e fui muito elogiada pelo meu “look”, estou sendo capaz de fazer boas escolhas” (modificação da crença disfuncional).
- “Não preocupo mais com o que as pessoas sentem por mim, o importante é eu me amar e me aceitar” (modificação dos pensamentos disfuncionais).
- “Participei de uma reunião onde trabalho e consegui manter a calma, expressei minha opinião de forma clara e fui elogiada pelo meu bom desempenho, me senti valorizada” (modificação dos pensamentos e comportamentos disfuncionais).
- “Estou contemplando as coisas ao meu redor, sinto que estou menos ansiosa em relação aos acontecimentos do dia a dia” (modificação dos pensamentos disfuncionais).

- “Agora entendo que as coisas têm seu tempo para acontecerem e tenho que aceitar que tudo tem seu tempo” (modificação dos pensamentos).

A paciente trouxe um *feedback* positivo sobre o processo terapêutico, relatou estar se sentindo uma nova pessoa, que a cada dia percebe um crescimento pessoal. Na visão dela, a terapia ajudou muito e hoje ela tem autonomia, consegue ter sua própria opinião, sente-se capaz e está se aceitando.

Foi feito um *feedback* positivo de terapeuta para paciente acerca da redução das queixas e sintomas apresentados e então foi realizada a preparação para a alta terapêutica.

5. Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo demonstrar os efeitos da Terapia Cognitivo-Comportamental em um caso clínico de uma paciente com diagnóstico de Transtorno da Personalidade Dependente. Verificou-se que o tratamento realizado possibilitou a redução das queixas e sintomas apresentados pela paciente.

Na avaliação inicial, observou-se que há uma influência marcante da história de vida da paciente em relação às crenças apresentadas pela mesma, o que ocasionou um prejuízo no funcionamento biopsicossocial e fez ela buscar ajuda psicoterápica. No diagrama de conceitualização cognitiva e afetiva, foram identificadas crenças de incompetência, fracasso e rejeição que geravam consequências negativas sobre as emoções e as crenças se tornavam reforçador potencial para os comportamentos inadequados da paciente.

Nas intervenções, a paciente passou reconhecer seus pensamentos disfuncionais e identificar as suas crenças centrais que prejudicavam seu modo de reagir as situações do dia a dia. Através da técnica de reestruturação cognitiva, foi possível desenvolver novas crenças, as técnicas de relaxamento auxiliaram nos momentos em que a paciente não conseguia ficar

sozinha em casa e ficava ansiosa em situações sociais. O treino de assertividade, em habilidades sociais e para autonomia propiciaram para a paciente a adequação em expressar sentimentos positivos e negativos, a comunicação de forma confiante, a reestruturação cognitiva acerca de crenças de incapacidade de tomar decisões, de ser rejeitada e a importância de ter autonomia.

As técnicas utilizadas foram muito eficazes devido à cooperação da paciente na psicoterapia; sem essa colaboração não seria possível alcançar êxito. A paciente foi assídua aos atendimentos, realizava as tarefas de casa e sempre trazia *feedback* nas sessões.

Foi considerável a mudança observada na avaliação final, as queixas apresentadas no início já não eram vistas como problema pela paciente, as situações que desencadeavam pensamentos distorcidos continuavam acontecendo, porém a paciente conseguia achar soluções sem sofrimento, e os pensamentos passaram a se tornar mais otimistas, mesmo perante as dificuldades. Conseguindo assim demonstrar o impacto positivo das intervenções da TCC no tratamento deste transtorno com novos repertórios cognitivos e comportamentais.

Portanto, ao analisar resultados apresentados a partir deste atendimento e aprofundados neste estudo foi possível observar uma redução significativa das queixas características do Transtorno de Personalidade Dependente, como o fato de a paciente conseguir ficar sozinha em casa, conseguir tomar decisões sem a opinião dos outros, não se preocupar mais com o que os outros pensam e sentem por ela, conseguir expressar a opinião dela de forma clara, não se sentir mais ansiosa em relação às situações sociais e não temer mais ser rejeitada.

Desta forma, a paciente apresentou melhora no seu funcionamento e então foi preparada para a alta terapêutica. Entretanto, faz-se necessário realizar mais estudos em pacientes com Transtorno de Personalidade Dependente, para contribuir com a prática clínica dos profissionais envolvidos na área da saúde mental, de forma que tragam inovações nas técnicas, bem como sua eficácia nas futuras aplicações.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** [recurso eletrônico]: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, A. T.. Teoria dos Transtornos da Personalidade. In: BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. (orgs.). **Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade** [recurso eletrônico]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BECK, J. S.. **Terapia Cognitivo-Comportamental**: Teoria e prática [recurso eletrônico]. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRAUER, L.; REINECKE, M. A.. Transtorno de Personalidade Dependente. In: BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. (orgs.). **Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade** [recurso eletrônico]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

CABALLO, V. E.. **Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos de Personalidade**: descrição, avaliação e tratamento. São Paulo: Editora Santos, 2008.

CORDIOLI, A. V. (org.). **Psicoterapias**: Abordagens Atuais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAVID, D. O.; FREEMAN, A.. Visão Geral da Terapia Cognitivo-Comportamental dos Transtornos da Personalidade. In: BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. (orgs.). **Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade** [recurso eletrônico]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MARTINS, P. F. S.; LOPES, E. J.. Relação entre Personalidade, Transtornos de Ansiedade e de Humor: uma revisão da literatura brasileira literatura brasileira. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 6, n. 1, 2010, p. 85 – 107. Disponível em: <http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=124> Acesso em 08 nov. 2018.

MORANA, H. C. P.; STONE, M. H.; ABDALLA-FILHO, E.. Transtornos de Personalidade, Psicopatia e Serial Killers. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. sup. 2, out. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s2/04.pdf>> Acesso em 08 nov. 2018.

PEREIRA, M.; RANGÉ, B. P.. In: RANGÉ, B. P. (org.). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R; THASE, M. E.. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZANIN, C. R.; VALERIO, N. I.. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de personalidade dependente: relato de caso. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 6, n. 1, 2004, p. 81 – 92. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/68/57>> Acesso em 22 ago. 2018.

A ESCUTA PSICOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DO PACIENTE RENAL CRÔNICO

Luana Rosa de Oliveira
Fernanda Leão Mesquista

RESUMO: Quando os rins deixam de exercer sua função, esse sujeito poderá ser submetido ao tratamento hemodialítico, o que poderá gerar uma série de problemas em sua vida pessoal, alterando sua subjetividade, nesse sentido a escuta psicoterapêutica no tratamento de pacientes renais crônicos, faz-se relevante. Tem como objetivo central compreender como se dá a escuta psicoterapêutica junto a esses pacientes. Para isso, realizou-se uma revisão bibliográfica sobre os principais pontos que abordam a temática, para interpretar as publicações que comentem sobre o tema. Como resultado, foi possível observar que a escuta psicoterapêutica no ambiente hospitalar, é de extrema importância para os pacientes, sua qualidade de tratamento e vida, mas também para os familiares e o restante da equipe multiprofissional que ofertam diversos serviços de saúde para os pacientes em todas as etapas da doença. A escolha da abordagem psicoterapêutica varia de acordo com o preparo do psicólogo e necessidade do paciente. A Psicanálise e Terapia Cognitiva Comportamental, apresentam aspectos positivos no tratamento de pacientes portadores de renais em todas as fases do tratamento. Conclui-se que o Psicólogo Hospitalar tem importância fundamental para

a equipe multiprofissional com vistas a qualidade dos serviços de saúde prestados, para a família e sobretudo para o paciente. As contribuições dos artigos publicados são fundamentais na orientação teórica e prática de psicólogos, apesar de haver a necessidade de desenvolver outras pesquisas sobre o tema e preencher algumas lacunas sobre a atuação do psicólogo hospitalar.

Palavras-chave: Insuficiência Renal. Psicologia Hospitalar. Psicoterapia.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo tem como tema central a escuta psicoterapêutica junto aos pacientes renais crônicos que necessitam de tratamento no ambiente hospitalar. A teoria e a prática do cotidiano de estágios e vivências enfatizam as diversas questões que envolvem a prática profissional de Psicólogos e as demandas apresentadas por estes pacientes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, define na Carta das Nações Unidas, em seus princípios, o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. A Lei 8.080 de 1990, conhecida também como Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a OMS, aponta que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes: alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, transporte, acesso aos bens e serviços essenciais. Tais elementos, refletem as condições sociais e econômicas de cada país (BRASIL, 1990).

É fundamental compreender que atualmente, o conceito e a noção de saúde/doença, podem variar de acordo com o momento histórico e da compreensão subjetiva das pessoas. Portanto, essa noção ampliada de saúde, que compreende a saúde física e mental, permite aos diversos profissionais de saúde, compreenderem que o diagnóstico, tratamento, reabilitação e até mesmo a cura, perpassam por vários setores que não

somente o setor da saúde. Interpretar este contexto, potencializa os serviços prestados e melhora a qualidade da relação com o paciente.

Neste sentido, a ciência Psicologia, tem papel fundamental na saúde das pessoas saudáveis e doentes, uma vez que ela contribui com a Saúde Mental da população, ao estudar os processos mentais e comportamentais do ser humano que vive e interage no ambiente físico e social.

O campo da Psicologia é muito vasto, por isso, enfocaremos na Psicologia Hospitalar, no qual a atuação do Psicólogo é de fundamental importância no ambiente hospitalar. Esse profissional de saúde, foi inserido nos hospitais brasileiros por volta de 1960, inicialmente em hospitais psiquiátricos, com um perfil de clínica como descreve Marcon et al. (2004). Com a atuação da Reforma Psiquiátrica Brasileira e Políticas Públicas de Saúde Mental, junto ao Conselho Federal de Psicologia, que somente em 2000 que é oficializado por meio da Resolução nº. 014/00, a especialidade de Psicologia Hospitalar como coloca Mader (2016).

É neste contexto, de inserção do profissional psicólogo na atuação profissional em hospitais, desempenhando diferentes funções, que destaca - se o suporte para pacientes com doenças graves e/ou terminais.

Nesse sentido, destaca - se a insuficiência renal crônica que se trata uma síndrome metabólica que progride lentamente e de forma irreversível ocasionando uma disfunção renal (RIELLA, 2010). O indivíduo que é portador dessa doença, devido à disfunção dos rins requer alguns cuidados, como controlar a ingestão de sal e líquidos, a necessidade de sempre estar com exames em dia e a prática de atividades (ROSO et. al; 2013).

Para Cesarino e Casagrande (1998) a insuficiência renal crônica e a hemodiálise não acarretam apenas comprometimentos de cunho físicos para o paciente, mas também psicológicos, sociais e familiares. O paciente renal crônico ao receber o diagnóstico lida com a certeza de conviver com uma doença e seus impactos em sua vida, com limitações, com o pensamento de morte, mas também com a possibilidade do transplante e melhor qualidade de vida (BARBOSA, 1993).

Portanto, o paciente renal crônico recebe tratamento de acordo com o seu quadro clínico, podendo ser a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), Diálise Peritoneal Automatizada (DPA), a hemodiálise ou o transplante renal. A hemodiálise, como conceitua Mieto et al. (2014) é o tratamento no qual o sangue será filtrado e as substâncias indesejáveis como creatina e uréia serão eliminados através da máquina de hemodiálise, já que os rins não conseguem realizar sua função.

Freitas (1999) conceitua que no tratamento com o paciente renal crônico deve se considerar a forma como o paciente e seus familiares estão enfrentando essa mudança, considerando fatores sociais, culturais, religiosos, dentre outros para entender como ele entende o diagnóstico e seu tratamento. Muitos dos pacientes nunca se viram nessa posição de dependência até o aparecimento ou manifestação da doença, muitos são ativos profissionalmente, pais de família e até então seu corpo respondia naturalmente a suas necessidades (ISMAEL et. al; 2013).

Neste contexto, a atuação do profissional Psicólogo é de extrema importância para pacientes renais crônicos e suas famílias, que possam estar passando por tratamento em suas diversas etapas. O Psicólogo está envolvido em todo o processo de tratamento desse paciente, desde seu acolhimento até o desfecho clínico.

Conforme observações, estágios e vivências, vários questionamentos emergem, e dentre eles destaca-se uma questão problemática central, na qual buscaremos responder: como se dá a escuta psicoterapêutica para os pacientes renais crônicos? Desta maneira, esta pesquisa busca fazer uma revisão bibliográfica acerca deste tema, percorrendo sobre as principais publicações e respectivos autores que abordam este assunto.

As questões secundárias que auxiliam na compreensão e no alcance do objetivo central são: *a)* O que é doença renal crônica e aguda? *b)* Como se dá os tratamentos para o paciente renal: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal? *c)* Como é a atuação da Psicologia Hospitalar nas abordagens de escuta psicoterapêutica?

A pesquisa bibliográfica se efetivou por meio de pesquisa digital de artigos indexados nas bases de dados do Scientific Eletronic Library online (SciELO), Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Google Acadêmico e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PepSiC). Foram incluídas teses e dissertações que abordassem o tema, além dos livros sugeridos durante o curso de graduação em Psicologia e orientação de professores, sendo utilizados nas bases de pesquisas os termos “insuficiência renal”, “hemodiálise” “psicologia hospitalar” e “escuta psicológica”.

Inicialmente nas plataformas Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PepSiC) foi utilizado o termo “psicologia hospitalar” onde apareceu 1782 artigos no total, refinando as buscas para o período de 20 anos e com o termo “psicologia hospitalar e hemodiálise” resultou 47 artigos. Para o termo “insuficiência renal” na plataforma Scientific Eletronic Library Online (SciELO) foram encontrados 2.452 artigos, refinando a busca para Brasil totalizou-se 1.080, refinando para insuficiência renal crônica e aguda obteve – se 54 artigos.

Na Plataforma de dados do Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para o termo “hemodiálise” foram encontrados a princípio 171 artigos no período de 20 anos. Refinando a busca para os termos “hemodiálise e diálise peritoneal” o número de artigos encontrados foram 9. Para o termo “escuta psicológica” foram encontrados 29 artigos na plataforma Scientific Eletronic Library online (SciELO) e apenas 1 na plataforma do Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Na plataforma do Google Acadêmico os números de artigos encontrados foram elevados, o que resultou na busca de artigos adjacentes ao que era objetivo do trabalho.

Diante da problemática ressaltada acima, este artigo justifica-se por meio da importância do estudo das implicações acarretadas pela insuficiência renal crônica no psicológico deste paciente, e a impor-

tância do psicólogo hospitalar inserido neste contexto, visto que, como descreve Lange (2008), é acarretado como umas das funções do psicólogo hospitalar a criação de possibilidades, com intuito de incentivar o paciente a buscar novas saídas e maneiras para solucionar sua vida, de modo que não perca a sua capacidade, sendo ele responsável por criar possibilidades de incentivar o paciente ir atrás de novas saídas e soluções para a vida.

Desta forma, este artigo está organizado na revisão bibliográfica em cinco eixos de discussão principais: a) Insuficiência renal crônica e aguda; b) Hemodiálise e diálise peritoneal; c) Transplante renal; d) Psicologia hospitalar e; e) Escuta psicoterapêutica.

Espera-se que esta pesquisa sirva de base teórica e prática para outros psicólogos e estudantes de psicologia, para que contribua com o aperfeiçoamento da prática profissional. Além disso, que este artigo possa contribuir também com outras pesquisas que abordem o assunto.

2 Insuficiência renal crônica e aguda

Os rins são órgãos pares do corpo humano que se localizam-se abaixo da caixa torácica do corpo humano, se colocando um em cada lado da coluna vertebral. Bullock et al. (1998) conceitua a função dos rins como responsáveis pelo controle da quantidade e volume de água no organismo, assim como eliminação de água em excesso e toxinas se houver, e a regulação da pressão sanguínea que irá realizar controle também sobre o volume líquido. Nos indivíduos adultos, cerca de 60% do corpo humano é composto por água (AZEVEDO et al. 2016).

O controle de líquidos, portanto, é uma das principais funções dos rins. Bullock et al. (1998) afirmam que os rins têm a capacidade de alterar os compostos da urina de acordo com a necessidade do corpo, conservando ou eliminando a água conforme se fazer necessário. Portanto, é necessário que para o bom funcionamento dos rins e para que suas funções sejam preservadas ocorra um equilíbrio entre a eliminação

e a conservação dos compostos, de modo que quando não ocorra desta forma acarrete prejuízos ao estado de saúde deste indivíduo.

Riella (2010) define que a insuficiência renal é, portanto, uma doença que acomete os rins de maneira silenciosa e lenta, levando o paciente a realizar tratamentos que possam substituir a função renal, e assim o paciente se vê perante a dependência de tais tratamentos. Diante dessas implicações, o portador da insuficiência renal quando recebe este diagnóstico sofre grandes mudanças em sua vida.

Robbins (2005) afirma que a insuficiência renal se apresenta em dois estágios, sendo eles: agudo e crônico. Para o paciente portador da insuficiência renal crônica (IRC), geralmente há incerteza à respeito da oferta de tratamento contínuo, sobretudo para aqueles mais necessitados.

Romano (2002) destaca que uma das características mais específicas da IRC, é o fator do recebimento deste diagnóstico, ao compreender sua gravidade, uma vez que a doença não tem cura do ponto de vista da medicina, e por consequência, a certeza de que há a necessidade de conviver com a mesma até a morte.

Além disso, o paciente renal crônico vivencia uma série de mudanças em seu cotidiano e em seu corpo. Silva et al. (2011) descrevem que doença renal crônica acarreta várias mudanças no cotidiano do indivíduo, como: a dieta alimentar restritiva, o uso contínuo de medicações, que em sua maioria possui outra patologia correlacionada e a própria necessidade de acompanhamento contínuo, onde este paciente receberá o tratamento especializado e/ou o transplante.

A vida do paciente passa por uma mudança radical e intensa após o diagnóstico, afinal o tratamento é repleto de intervenções constantes. Romano (2002) comenta a vivência do tratamento das doenças renais e o cotidiano dos portadores desta doença:

[...] o paciente renal, como nenhum outro doente, se vê imerso em uma parafernália de máquinas, intervenções cirúrgicas, medicamentos, dietas, etc., que não podem

assegurar-lhe a certeza da cura. Nem mesmo o procedimento final – o transplante – possui essa segurança absoluta (ROMANO, 2002, pg.90).

Já o estágio agudo é definido por uma rápida queda da função renal, o que pode ser reversível, porém, tem a possibilidade de evoluir para um quadro de insuficiência renal crônico irreversível como descreve Robbins (2005). A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) caracteriza a Insuficiência Renal Aguda pela a perda súbita da capacidade dos rins em filtrarem resíduos, sais e líquidos do sangue.

Santos et al. (2013) conceitua a insuficiência renal aguda como uma patologia que acomete os rins, impossibilitando que ele execute suas funções, podendo ser reversível o quadro com o tratamento. A insuficiência renal aguda pode acontecer por diversos motivos, dentre eles: o tamanho da próstata que pode obstruir o canal da urina, casos de desidratação grave pela perda de líquido, hemorragia grave e casos de internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Segundo Santos *et al.* (2009), os pacientes que se encontram na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) possuem um quadro mais grave, apresentando em seu quadro a insuficiência de outros órgãos. Já Uenishi (2005) afirma que um paciente para ser admitido na UTI, ele deve ter em seu quadro algumas peculiaridades, tais como: perda de função de algum outro órgão que garanta a qualidade dos nossos sistemas fundamentais, como o cardíaco ou respiratório; quando mesmo diante de um caso grave o paciente pode apresentar melhora, em pós-operatório de cirurgias de risco; ou quando se constata a morte cerebral para alguém que possui seus órgãos em bom estado e pode vir a ser um doador.

Todos estes fatores por suas gravidades e diversos procedimentos realizados dentro do setor da UTI podem vir acometer as funções renais. Santos et al. (2013) comenta que nessa situação, a equipe busca a recuperação dos demais órgãos para que o indivíduo possa sair da UTI, e posteriormente realizar o tratamento a fim de recuperar sua função re-

nal. Dentre as possibilidades de tratamento para exercer a função renal, podemos citar a hemodiálise e a diálise peritoneal, o que será explorado na seção a seguir.

2.1 Hemodiálise e diálise peritoneal

A hemodiálise é uma das opções de tratamento para o paciente portador da insuficiência renal crônica. O paciente em hemodiálise deve comparecer ao hospital para realizar a diálise, normalmente, três vezes durante a semana, geralmente, por um período de quatro horas, em unidades especializadas para o tratamento como é descrito por Mieto et.al. (2014).

As unidades especializadas de hemodiálise possuem máquinas que realizam o processo de eliminação das toxinas do sangue. Freitas et al. (2010) discorre sobre que o tratamento de hemodiálise é um processo de filtragem e limpeza do sangue, onde se controla a pressão arterial e auxilia o corpo a equilibrar níveis de sódio potássio e cloreto. Sendo que o procedimento se dá através da limpeza do sangue através de um acesso vascular conectado a um dialisador.

Para que esse processo de filtração do sangue aconteça, é necessário que o paciente esteja ligado à máquina dialisadora. A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) destaca que a máquina irá receber o sangue do paciente através de um acesso vascular, podendo ser um cateter ou fistula arteriovenosa e posteriormente é encaminhando até o dialisador. No dialisador o sangue é recebido por uma solução de diálise que realiza a retirada de líquidos e toxinas do sangue que estão em excesso e o devolve para corrente sanguínea.

O paciente que possui este acesso que o conecta a máquina precisa ter cuidados com o mesmo, não só ele mais também a equipe de enfermagem. Medeiros (2015) discorre sobre os cuidados que deve-se adotar, sendo eles: não se deve aferir pressão arterial, coletar sangue, fazer curativos que comprimam a circulação, usar adornos que pos-

sam prejudicar o acesso vascular onde se tenha a fístula ou cateter, pois quando o fluxo sanguíneo é diminuído por qualquer motivo, o acesso pode coagular ou infectar.

Ismael et al. (2013) relata que os pacientes que passam pelo processo de hemodiálise, necessitam de um bom acesso venoso e devem, portanto, fazer o tratamento para o resto da vida, não sendo possível abandoná-lo, visto que isso acarretaria danos a sua saúde, tornando como única possibilidade de deixar a hemodiálise, a realização do transplante renal ou o próprio óbito.

Além da hemodiálise como forma de tratamento da insuficiência renal, há também a possibilidade da diálise peritoneal como cita Daugirdas et al. (2003). Sendo que o melhor tratamento é definido de acordo com o quadro clínico do paciente, sempre priorizando um melhor bem-estar físico e mental, consequentemente, uma melhor qualidade de vida do mesmo.

A diálise peritoneal pode ser realizada em dois ambientes, sendo eles, no hospital e em casa. Cesar et al. (2013) descrevem que para que a diálise realizada em casa ocorra de forma correta, é necessária a preparação adequada do familiar ou até mesmo do paciente, o que pode ser feito por multiprofissionais de saúde, incluindo psicólogos, enfermeiros e médicos, por meio da teoria e da prática, para que o procedimento aconteça de forma correta e segura em domicílio.

Dentro da diálise realizada em casa há duas modalidades, sendo elas: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) e a Diálise Peritoneal Automatizada (DPA). Ambas as técnicas possuem a mesma qualidade no tratamento e são definidas em consentimento entre o Nefrologista, o paciente e seus familiares de acordo com a qual for mais adequada ao caso clínico do paciente.

A diálise peritoneal se difere em alguns quesitos da hemodiálise, como por exemplo, o ambiente de tratamento, uma vez que não se faz necessário a ida até o hospital. Cesar et al. (2013) conceitua que:

A diálise peritoneal consiste na infusão permanência e drenagem de solução (banho de diálise) na cavidade peritoneal, por meio de um cateter flexível implantado no abdômen. Este processo promove a retirada de excesso de líquido corpóreo e de substâncias tóxicas, que seriam normalmente eliminadas por meio da urina (CESAR et al., 2013, p.2).

Beuter et al. (2013) descreve a escolha da diálise peritoneal, consiste em uma decisão tomada em conjunto, com pacientes, familiares e equipe de saúde; ou por ser o melhor tratamento de acordo com o quadro clínico do paciente. A diálise peritoneal pode ser prescrita para grande maioria dos portadores de insuficiência renal, no entanto, a algumas especificações pela qual ela se torna normalmente prescrita, como em casos de problemas cardíacos graves e pacientes que moram em cidades distantes de algum hospital que possua hemodiálise.

Quando o paciente passa por algum destes tratamentos (hemodiálise, diálise peritoneal, dentre outras) e/ou consegue um doador compatível ele poderá realizar o transplante renal, para melhoria do seu quadro clínico, o qual será descrito na seção a seguir.

2.2 Transplante renal

O transplante renal é um dos tratamentos possíveis quando o indivíduo é acometido pela insuficiência renal crônica. Para os autores Flores et al., (2004) Mendonça et al. (2014) o transplante renal é o mais adequado tratamento para a insuficiência renal crônica. Sendo que o procedimento cirúrgico, em termos relativos, é algo simples, que requer cuidados necessários importantes, o uso de medicação correta e acompanhamento médico, e se seguido corretamente o paciente poderá obterá melhora significativa em sua qualidade de vida.

O transplante de rins é indicado somente para aqueles pacientes que se encontram com os rins falidos de forma irreversível. O Manual de Transplante Renal coloca que para que uma pessoa possa se tornar doadora de rim ela necessita ser maior de idade e saudável, passando assim por uma avaliação médica detalhada que não evidencie nenhum risco de comprometimento renal ou de qualquer órgão vital após a doação como descreve Castro (2000).

Após o transplante, paciente e doador, devem fazer acompanhamento regular ao nefrologista para averiguar seu estado de saúde como relata Castro (2000). Após o período conhecido como pós-transplante, apesar das recomendações e solicitações médicas, o paciente poderá voltar a levar uma vida normal. Como consequência, o portador de doença renal passa a ter maior qualidade de vida e saúde.

O portador de insuficiência renal crônica tem direito a qualquer um dos tratamentos citados anteriormente de acordo com seu quadro clínico. A Política Nacional de Atenção ao portador de Doença Renal, foi instituída no Brasil por meio da Portaria nº 1.168 de 2004. Esta política tem o intuito de ser implementada em todas as esferas do governo, por meio do Ministério da Saúde e secretarias de saúde estaduais e municipais afim de oferecer atenção integral aos pacientes portadores de doença renal, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade, controle social e acesso aos serviços necessários. (BRASIL, 2004)

O conteúdo desta política pública de saúde, descreve que esses pacientes devem ter acesso aos serviços e ações de saúde por meio da Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, e deve atender aos seguintes aspectos: promoção de qualidade de vida, educação, proteção, recuperação e prevenção de danos. O Estado por sua vez, deve articular outras políticas em outros setores, afim de melhorar os aspectos que se relacionam com os determinantes e condicionantes de saúde que atravessam esse agravo. (BRASIL, 2004)

Além disso, a RAS devem ser organizadas por meio de planejamento estratégico, para promover prevenção junto ao público alvo e/ou grupos de risco, que são hipertensos e diabéticos. Além disso, o SUS também é responsável por avaliar novas tecnologias em saúde (tratamento, exames e medicamentos) que possam contribuir com os portadores de doença renal. Vale ressaltar que no âmbito do SUS, é necessário também garantir a qualificação dos profissionais de saúde que lidam com esse público, para que os serviços sejam prestados com maior qualidade. (BRASIL, 2004)

Os componentes dessa política perpassam por todos os níveis de atenção. Na Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde, a norteadora principal e preferencial do cuidado, neste âmbito que há o acompanhamento para controle de diabetes mellitus, hipertensão arterial e outras doenças do rim. É possível que haja acompanhamento de equipe multiprofissional da Estratégia da Saúde da Família e do Núcleo de Apoio de Saúde da Família, que pode conter os profissionais psicólogos. (BRASIL, 2004)

No âmbito da Média Complexidade, é realizado serviços especializados para diagnóstico e terapêutica, conforme pactuações dos gestores de saúde, por meio do Plano Diretor de Regionalização em Saúde, que devem estar em consonância com os princípios organizativos do SUS. Já no âmbito da Alta Complexidade, deve-se oferecer a diálise com vistas à alcançar impactos positivos de sobrevida, morbidade e qualidade de vida para que seja possível entrar na lista de espera para transplante renal, além de todos os serviços necessários no rol da nefrologia. (BRASIL, 2004)

A tabela a seguir demonstra a mortalidade por doença crônica renal no período de 2000 à 2016, por ocorrência no Brasil:

Tabela 1 – Mortalidade por doença crônica no Brasil.

Re-gião/ UF		Óbitos por Ocorrência - 2000 a 2016							
Região Norte	11.607	Região Nordeste	41.794	Região Sudeste	90.509	Região Centro-Oeste	13.085	Região Sul	28.911
Rondônia	1.742	Maranhão	4.252	Minas Gerais	21.943	Mato Grosso do Sul	2.500	Paraná	10.198
Acre	722	Piauí	2.782	Espírito Santo	2.725	Mato Grosso	3.000	Santa Catarina	5.396
Amazônia	1.872	Ceará	7.018	Rio de Janeiro	23.764	Goiás	5.643	Rio Grande do Sul	13.317
Roraima	372	Rio Grande do Norte	2.254	São Paulo	42.077	Distrito Federal	1.942	----	----
Pará	5.423	Paraíba	4.709	----	----	----	----	----	----
Amapá	459	Per-nambuco	6.008	----	----	----	----	----	----
Tocantins	1.017	Alagoas	2.291	----	----	----	----	----	----
	----	Sergipe	1.524	----	----	----	----	----	----
	----	Bahia	10.956	----	----	----	----	----	----
TO-TAL		185.906							

Fonte: Datasus. Acesso: 25/10/2018.

Entre os anos de 2000 a 2016, foram registrados o total de 185.906 óbitos de pessoas por insuficiência renal no Brasil. Percebe-se que a região do Brasil em que há maior número de óbitos por insuficiência renal

é o Sudeste. E os estados prioritários que merecem atenção para evitar esse tipo de óbito são: Pará, Ceará, São Paulo, Goiás e Rio Grande do Sul.

A Política Nacional de Atenção Integral do Portador de Doença Renal, pode ser considerada jovem, com apenas 14 anos. Porém uma política consolidada de forma legal, por meio de uma resolução que reafirma o direito à saúde desses pacientes é de grande valor. Porém, é necessário realizar maiores estudos de avaliação de implantação e implementação dessa política nos municípios e estados brasileiros.

A seguir, será abordado como se dá o trabalho do psicólogo hospitalar que atua no tratamento dos pacientes, que por escolha ou por estar na fila de espera para o transplante, acabam optando pela hemodiálise como forma de tratamento.

3 Psicologia hospitalar

A Psiconefrologia é uma área de atuação do Psicólogo que busca especializar-se para trabalhar junto aos pacientes que possuem o sistema renal comprometido. Dentre suas funções, destaca-se o lidar com os conflitos que a doença pode trazer para o paciente e sua família, como por exemplo, os conflitos, limitações, características e qualquer outro aspecto que envolva a doença (FREITAS, COSMO, 2010).

A Psicologia hospitalar é uma área de atuação multidisciplinar. Todo o processo desenvolvido pelo psicólogo não pode acontecer de forma isolada, assim como Camon et al. (2006) discorre, é necessário da parte do psicólogo a clareza em relação aos seus limites de atuação, para que dessa forma ele não venha a ser um elemento invasivo, que possa agredir os procedimentos de hospitalização.

Além da clareza em relação a suas funções, o psicólogo que atua no hospital deve entender que a própria maneira de tratar o paciente acontece de forma diferente, em outro contexto diferente da clínica, como Cosme e Freitas (2010) descreve sendo primeiramente papel do

psicólogo como membro da equipe enxergar o indivíduo por de trás do seu quadro clínico e sintomas, ou seja, entender suas aflições, angustias, a visão que ele tem de si e da doença percebendo assim esse indivíduo como um todo.

Lazzaretti (2007) relata que onde as questões científicas se fecham, a psicologia irá abrir. Nesse sentido, Simonetti (2004) enfatiza que há uma aproximação entre a psicologia e a medicina já que possuem um contato com este paciente, o tratam, há o diálogo entre eles, porém não deve se confundir, pois o objetivo da medicina é tratar da melhora biológica deste paciente, e o propósito da psicologia é reposicionar este paciente frente a sua doença.

Como há essa aproximação entre médico e psicólogo é preciso que o psicólogo tenha uma postura ética compreendendo e atuando dentro do que lhe couber. O Conselho Federal de Psicologia segundo o anexo II da Resolução CFP 03/2007, regulamenta que o psicólogo hospitalar:

Atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde. Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, visando o bem estar físico e emocional do paciente; e, alunos e pesquisadores, quando estes estejam atuando em pesquisa e assistência (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, pg.13, 2007)

Diante do papel do psicólogo hospitalar frente ao paciente e ao processo de hospitalização, Camon *et al.* (2006) descreve que o indivíduo quando passa por este processo de hospitalização, ele acaba sofrendo uma despersonalização já que nestas condições ele deixa de ser o

indivíduo que se atendia por um nome e se torna mais um ocupante de um leito ou apenas é definido por sua patologia.

Este processo de despersonalização na hospitalização faz com que o paciente vivencie diversas situações e emoções. Simonetti (2004) descreve a psicologia hospitalar tendo por objetivo a subjetividade desse paciente, buscando compreender, entender e ouvir este paciente, como ele se sente frente à doença, ao adoecer, quais são seus medos, o que precisa falar, dentre outros.

Todo esse processo causa no paciente algumas angustias e até incompreensão em relação ao seu adoecimento e tratamento. Lange (2008) destaca que o psicólogo tem como tarefa primordial traduzir a relação entre médico – paciente e interventores terapêutica afim de auxiliar o paciente a diminuir seu sofrimento, compreender de forma mais ampla o processo de perda, desorganização mental e física trazida pelo adoecimento.

Resende et al. (2007) destaca que há muitas formas diferentes de lidar com as dificuldades da doença e seu tratamento; sendo o sofrimento algo particular, mas podendo se obter dele aprendizagem e refazer valores, dando assim um novo sentido à vida. No contexto hospitalar o psicólogo poderá ser este facilitador na ajuda deste paciente em ressignificar-se, especificamente junto aos pacientes portadores de doenças renais pois o atendimento psicológico propiciam uma ótica diferente de encarar a sua condição, trazendo estratégias que busquem resgatar uma melhor qualidade de vida, bem – estar e consequentemente a percepção de que o paciente ainda tem possibilidades diante de situações adversas em sua vida como relata Luiz e Veronez (2010).

Para Camon et al. (2006) A psicologia aplicada no hospital tem como objetivo a ser alcançada a diminuição do sofrimento causada pelo processo de hospitalização. Sendo que, se outros objetivos forem obtidos além do próprio sofrimento causado na hospitalização, será algo obtido sem ser o real foco, ou seja, um acréscimo trazido pelo processo terapêutico.

Considerando o papel desenvolvido pelo psicólogo hospitalar frente ao adoecimento e o processo de hospitalização, o tópico a seguir visa contextualizar a escuta psicoterapêutica no processo de tratamento do paciente portador de insuficiência renal crônica.

3.1 Escuta psicoterapêutica

A escuta clínica é uma ferramenta de trabalho fundamental durante qualquer tratamento de saúde. É uma técnica realizada principalmente por psicólogos, e os mesmos devem procurar desenvolver e aprimorar sempre essa técnica, para saber fazer bem o uso dela, e para que ela possa fazer sua função de auxiliar no diagnóstico e tratamento de diversas patologias. Entretanto, como nos traz a literatura há muita confusão entre este profissional de psicologia e os médicos, visto que muitos procuram até hoje os consultórios esperando sair com uma prescrição de medicação para tomar e resolver seu problema psíquico como relata Dutra (2004).

O psicólogo que adentra no contexto hospitalar deve se desprender do modelo de escuta clínica que se dá com um horário marcado, ambiente tranquilo e setting terapêutico organizado, pois, como traz Dutra (2004) o modelo de escuta clínica ao longo das mudanças se volta a um acolhimento do sofrimento deste indivíduo independente do lugar onde ele se apresente. Portanto a escuta psicoterapêutica não acontece apenas no ambiente da clínica, mas onde este psicólogo estiver inserido.

No contexto hospitalar essa escuta é feita com o paciente, mas também com membros da família dos pacientes. Destacando os casos de insuficiência renal, Freitas e Cosmo (2010) afirmam que a escuta psicoterapêutica, começa no acolhimento do paciente portador de doença renal e seus familiares, busca compreender como a doença se desenvolveu, até chegar à fase em que necessita de acompanhamento hospitalar com equipe multidisciplinar especializada. Durante todo o tratamento,

o psicólogo busca dar suporte em saúde mental, para que o paciente tenha condições de lidar da melhor forma possível a aceitação da doença, tratamento e consequentemente, com as mudanças no corpo e na rotina, com vistas a aumentar a sobrevida e qualidade de vida.

Segundo Velasco et. al (2013), a escuta também é uma forma de atendimento humanizado, de prática singularizada do psicólogo e que também acolhe paciente e seus cuidadores, buscando a autonomia do paciente frente ao tratamento. Essa prática alinha-se à Política Nacional de Humanização do SUS, que pode ser adequada também para ambientes hospitalares privados (BRASIL, 2004).

Além disso, o Psicólogo Hospitalar também desempenha sua função nas unidades de internação e também na Unidade de Tratamento Intensivo, junto ao paciente e sua família. Essa escuta/comunicação deve ser adequada conforme a situação de saúde do paciente. Por exemplo, gestos, bilhetes, dentre outros. Aspectos sociais e morais devem ser levados em consideração nesse processo, conforme descreve Freitas e Cosmo (2010) os portadores de doença renal têm suas vidas marcadas não apenas pela perda da funcionalidade dos seus rins, eles perdem também o entusiasmo físico, a disposição, muitos perdem empregos e vínculo com seus grupos sociais até então estabelecidos e eles têm que vivenciar isso a cada nova cicatriz da fistula, exames e a própria rotina de tratamento.

Na situação da possibilidade do transplante renal, o acompanhamento com o psicólogo hospitalar também acontece, tanto com o doador quanto com o receptor, abordando temas como a saúde, o procedimento com sua potencialidade e riscos, o pré-operatório, pós-operatório, qualidade e perspectiva de vida, e qualquer outro aspecto que envolva a saúde física e mental, como é descrito pelos autores:

Esta modalidade de transplante renal está vinculada a uma situação extremamente conflitiva que é encontrar um doador adequado e vem somar-se à crise já viven-

ciada na família, pela presença de um enfermo altamente grave. (Hidalgo et. al, apud 1988. P. 114-119).

Assim, são necessárias muitas discussões, esclarecimentos e orientações, tanto ao paciente quanto ao doador além de um acompanhamento psicológico sistemático pré e pós-cirúrgico (Lazzaretti, 2006; Levidiotis, 2009).

Desta forma, a escuta psicoterapêutica tem que levar em consideração que cada indivíduo é um sujeito único e que se comporta do seu jeito, ou seja, não há padrões. A escuta compreensiva do sujeito e o contexto é realizado pelo psicólogo, seja no ambiente hospitalar ou em outros, e este profissional escolhe dentre as várias abordagens qual a melhor a ser utilizada.

As principais abordagens utilizadas pelos psicólogos hospitalares são: Behaviorismo, Gestalt, Psicanálise, Psicodrama, Psicologia Analítica e Terapia Sistêmica. Neste artigo, daremos ênfase à Psicanálise e Cognitiva Comportamental. Vale ressaltar que não existe uma abordagem ideal, todas elas possuem suas críticas e limitações, porém ressaltaremos as duas abordagens citadas acima, pois existe uma literatura mais consolidada.

A abordagem Psicanalítica foi inserida nos hospitais por volta dos anos de 1970. Apesar de haver poucas publicações sobre esse tema, autores como Santos et. al (2011), afirmam que há dificuldades na prática médico centrada e psicanálise, porém, mesmo assim, ainda colhe-se bons frutos desse trabalho. A Psicanálise segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde, e busca na sua prática compreender o inconsciente para explicar de maneira lógica a vida cotidiana do paciente que está em tratamento, por meio das operações simbólicas.

Sobre o exercício da psicologia que é fundamentada na abordagem psicanalítica no ambiente hospitalar, Lazzaretti et al. (2007) nos traz que a abordagem psicanalítica ou método de associação livre como também pode ser descrita no ambiente hospitalar, é tão eficaz e requer

domínio do profissional assim como no consultório. Entretanto o hospital possui variáveis, principalmente institucionais que impõe a necessidade de resultados, e espera-se resultados precisos e de fácil compreensão o que exerce influência no cotidiano e trabalho do psicólogo.

Ou seja, Freud (1881-1939), que era médico, acreditava na potencialidade da investigação sobre o psiquismo no ambiente hospitalar, assim como Elias (2008) discorre, o fato de que o sujeito estar inserido num contexto de doença em que expõe sua fragilidade frente à doença e suas consequências sociais e mentais, que é evidenciada por meio da fala e linguagem. Além disso, o profissional psicólogo hospitalar, deve agir sempre com ética, respeitando o tempo do paciente e compreendendo também que por vezes, pode haver interrupções da escuta devido aos procedimentos/exames que são realizados durante o tratamento e/ou internação do paciente no hospital.

Outra abordagem adotada no ambiente hospitalar junto aos pacientes portadores de doença crônica é a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), que teve sua origem nos anos de 1960, desenvolvida por Aron Beck, e inserida no Brasil vinte anos depois. É considerada:

“psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, para abordagem da depressão, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais” (Beck, 1964 apud Beck, 1997. P.112).

Ou seja, é uma abordagem que consegue relacionar-se com alguns aspectos que se relacionam com alguns sinais e sintomas que os portadores de doença renal apresentam, tais como desânimo, depressão, ansiedade, dentre outros.

Para Wrigth et al. (2008) a TCC aborda um conjunto de teorias bem desenvolvidas que são usadas para formular planos de tratamento, orientações e intervenções terapêuticas. Nesse contexto, trabalha-se

com as cognições que possuem influência controladora sobre as emoções e comportamentos e o modo de agir e comportar, na qual afeta os padrões de pensamento e emoção. Sendo assim, nesta abordagem, busca-se a evitar o sofrimento, e nos casos em que há sofrimento, a lidar mais facilmente com ele. Vale ressaltar que o psicólogo deve interpretar o contexto, que inclui as características cognitivas comportamentais, biológicas, social e interpessoal.

Barros (2002) aponta que essa natureza imediatista, contribuiu com as resoluções de problemas ao levar os pacientes a identificarem alternativas para enfrentar a doença, quando necessário também junto da família do paciente, realizando atendimento individual e em grupo, conforme a necessidade dos pacientes. Este aspecto contribui também para o sucesso do tratamento, e conseqüentemente, com o trabalho da equipe multidisciplinar que acompanhar o portador de doença renal.

Outros aspectos positivos são colocados por Castro et al. (2000) e Flores et al. (2012), como o fato de que nas revisões feita a terapia cognitiva comportamental foi apontada como uma abordagem eficaz no tratamento de doenças biológicas também, pois, propicia uma maior adesão ao tratamento, despertam no paciente a capacidade de identificar pensamentos automáticos, desvinculando assim de suas crenças e mantendo um equilíbrio do humor e conseqüentemente suas emoções durante a hospitalização propiciando assim uma melhor qualidade de vida.

Segundo Penido e Pereira (2010), o psicólogo que opta por essa abordagem tem o objetivo de identificar as interpretações do paciente acerca do seu processo adoecedor e que envolve seu tratamento e conseqüentes mudanças de vida, como mencionados no caso dos pacientes portadores de doenças renais. Sendo assim, busca-se reestruturar pensamentos disfuncionais, para que o paciente possa adotar interpretações que tenham haver com a realidade e não com considerações que são irreais e que possam vir prejudicar o tratamento e qualidade de vida do paciente.

Contudo, a abordagem da escuta psicoterapêutica deve ser escolhida conforme a facilidade do psicólogo em trabalhar e desenvolver a técnica em prol do tratamento e necessidade de seus tratamentos. Sendo assim, é válido sempre avaliar qual a melhor escolha de abordagem para realizar a escuta e possíveis intervenções.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças renais crônicas, traz uma condição de vida muito fragilizada para o paciente, por causa das limitações, tratamento invasivo e permanente. As mudanças causadas pela doença afetam diretamente o corpo e também a saúde mental desses pacientes, que por vezes, passam a lidar com o sofrimento, medo da morte, limitações, ansiedade, depressão, etc.

A inserção do psicólogo no ambiente hospitalar é fundamental para esse tipo de paciente que tem seu tratamento neste ambiente, uma vez que as contribuições do psicólogo hospitalar e/ou especialista em nefrologia, pode trazer benefícios para os pacientes e sua família.

A intervenção psicológica é essencial aos pacientes portadores da doença renal crônica, que merece atenção multiprofissional e abordar da melhor maneira possível a realidade do tratamento e os aspectos relacionados à ele, que está diretamente relacionada também com a saúde mental do indivíduo inserido na sociedade em um determinado contexto.

A atuação do psicólogo deve buscar a qualidade e manutenção do tratamento, com vistas a auxiliar o paciente e sua família na adaptação da vida com as mudanças que a doença faz com que o paciente tenha que fazer em sua vida. E esse é um desafio muito grande para os pacientes e psicólogos, durante toda a fase do tratamento, até mesmo em casos em que a doença causa sequelas e danos, e até mesmo o óbito desses pacientes.

Além disso, o processo de sofrimento durante o tratamento é um aspecto que deve ser trabalho junto aos pacientes e suas famílias. Nem sempre é fácil, principalmente quando a equipe de saúde não está inte-

grada. Mas quando a escuta acontece, o paciente e seus familiares são acolhidos, o tratamento é contínuo e tem como apoio o tratamento psicológico, os ganhos no tratamento são reais.

A literatura científica disponível, auxilia profissionais de saúde que pesquisam a aprimorar o seu trabalho no tratamento dos pacientes com a doença renal. Dentre as várias abordagens existentes, todas elas possuem seus pontos positivos e podem ser potencializadoras dos tratamentos dos pacientes.

A escuta psicoterapêutica pautada na abordagem psicanalítica e na de comportamental cognitiva também possuem suas limitações, mas os benefícios também são reais, conforme nas publicações disponíveis nos últimos anos. Portanto, conclui-se que ambas ênfases psicoterápicas em saúde são altamente recomendáveis para os pacientes portadores de doença renal crônica e a equipe multiprofissional que os acompanha.

5 - REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Paula Schmidt; PAIVA, Sergio Alberto Rupp de; PEREIRA, Filipe Welson Leal. Água, Hidratação e Saúde. Brasília: Af, 2016. 16 p.

BRASIL. Constituição (2001). Resolução nº 02, de 10 de março de 2001. **Conselho Federal de Psicologia**. Brasília, DF

_____. BRASIL. Constituição (2001). Resolução nº 02, de 10 de março de 2001. Altera e regulamenta a Resolução CFP nº 014/00 **que institui o título profissional de especialista em psicologia e respectivo registro nos Conselhos Regionais**. Brasília, DF, 10 mar. 2001.

_____. BRASIL. Constituição (2004). Portaria nº 1168, de 15 de junho de 2004. **Política Nacional de Atenção Ao Portador de Doença Renal**. Brasília, DF.

_____. BRASIL. Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em 01/11/2018

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. 1ª reimpressão, Série B, Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf

BARBOSA, Jaqueline Caracas. Compreendendo O Ser Doente Renal Crônico. 1993. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enferma, Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

BARROS, Tânia Martins de. **Psicologia e saúde: Intervenção em hospital geral**. Aletheia, 15, 77-83. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=404003&indexSearch=ID>

BECK, Judith S. **Terapia Cognitiva**: Teoria e prática (Cap. 1) (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed. 1997. 352p.

BULLOCK, John. **Fisiologia humana**. Guanabara, 3º ed. Rio de Janeiro, 1998.

CAMON Augusto Angerami, Valdemar et al. **Psicologia Hospitalar**: Teoria e Prática. 1ª. ed. São Paulo: Thomson Learning, 2006. 114 p

CASTRO, Maria Regina Ribeiro De Castro (Brasil). Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Org.). Manual de Transplante Renal. São Paulo: Grupo Lopso de Comunicação, 2000. 32 p.

CASTRO, Martha M. C. et al . **The cognitive behavioral therapy causes an improvement in quality of life in patients with chronic musculoskeletal pain**. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo , v. 70, n. 11, p. 864-868, Nov. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2012001100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2018.

CESAR, Eliese Denardi et al. **Diálise Peritoneal Na Vivência De Familiares Cuidadores**. Rede de Enfermagem do Nordeste, Salvador, v. 3, n. 14, p.541-548, jun. 2013.

CESAR, Eliese Denardi et al., **Uma experiência de cuidadores Diálise Peritoneal**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [online] 2013, 14 [de consulta: 04 de novembro de 2018] disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027991010>>

CESARINO, Claudia Bernardi; CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas. **Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 6, n. 4, p. 31-40, Oct. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Nov. 2018.

DAUGIRDAS, John Thomas et al. Manual de Diálise. 3a. ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica LTDA, 2003.

DUTRA, Elza. **Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade**. Estudos de Psicologia, Natal, v. 9, n. 4, p.381-387, jun. 2004.

ELIAS, Valéria de Araújo. **Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud**. In: Jornada De Psicologia Do Hospital Universitário/Uel – I Congresso Brasileiro De Psicologia Aplicada À Saúde, 2008, Londrina. Anais. Rio de Janeiro: Rev. SBPH, 2008. p. 1 - 14.

FLORES, Rosiele Vemdrame; THOMÉ, Elisabeth Gomes da Rocha. **Percepções Do Paciente Em Lista De Espera Para O Transplante Renal**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n. 6, p.687-690, nov. 2004

FREITAS, Maria Célia de; MENDES, Maria Manuela Rino. **Condições crônicas de saúde e o cuidado de enfermagem**. Revista Latino- Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.7, n.5, p. 131-133, 1999.

FREITAS, Paula Pereira Werneck de; COSMO, Mayla. **Atuação do Psicólogo em Hemodiálise**. Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.19-32, jun. 2010.

HIDALGO, C. G. G et al **Donantes vivos de riñón**: características de personalidad y efectos psicológicos de la donación. *Revista Chilena de Urologia*, 51 (2), 114-119.1988

ISMAEL, Silvia Maria Cury, SANTOS, Janaina Xavier de Andrade dos Santos. **Psicologia Hospitalar**: sobre o adoecimento...articulando conceitos com a prática clínica.

LANGE, Elaine Soares Neves. **Psicologia Hospitalar**: Desafios e Paradigmas. – São Paulo: Vetor, 2008.

LAZZARETTI, Claire Terezinha et al. Manual de Psicologia Hospitalar. Curitiba: Unifcado, 2007. 72 p.

LAZZARETTI, Claire Terezinha. **Transplantes de órgãos: avaliação psicológica**. 2006. 9 f. Serviços de Psicologia (Psicologia do Argumento)- UFPN, Curitiba, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20019/19305>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

LEVIDIOTIS, Vick (2009). **Live kidney donors**: assessment and follow up. *Australian Family Physician*, 38 (5), 316-320.

LUIZ, Amanda de Assis; VERONEZ, Fúlvia de Souza. **Acompanhamento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica**. *Omnia Saúde*, v. 7, supl., 5.55-62, 2010.

MADER, Bruno Jardine. **Psicologia Hospitalar**: Considerações sobre assistência ensino, pesquisa e gestão. 1ª. ed. Curitiba: É Tempo de Diálogo, 2016. 76 p. Disponível em: <http://old.crrppr.org.br/uploads/ckfinder/files/AF_CRP_Caderno_Hospitalar_pdf.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2018.

MARCON, Claudete; LUNA, Ivânia Jann; LISBÔA, Márcia Lucrécia. **O Psicólogo nas Instituições Hospitalares: Características e Desafios**. *Psicologia Ciência e Profissão*, Florianópolis, p.28-35, set. 2004.

MEDEIROS, Simone Cristina Fernandes de. Importância Do Cuidado De Enfermagem Com O Acesso Vascular Para Hemodiálise. 2015. 31 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Nefrologia, Centro de Capacitação Educacional, Universidade Maurício de Nassau, Recife, 2015.

MENDONCA, Ana Elza Oliveira de et al . **Mudanças na qualidade de vida após transplante renal e fatores relacionados**. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 27, n. 3, p. 287-292, jun. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300287&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 20 nov. 2018.

MIETO, Fernanda Stella Risseto; BOUSSO, Regina Szytli. **The mothers' experiences in the pediatrics hemodialysis unit**. J. Bras. Nefrol., São Paulo , v. 36, n. 4, p. 460-468, Dec. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002014000400460&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 01/11/2018.

PEREIRA, Fernanda Martins; PENIDO, Maria Amélia. **Aplicabilidade Teórico-Prática da Terapia Cognitivo Comportamental da Psicologia Hospitalar**. 2012. 32 p. Mestrado em Ciências (Especialização em Psicologia Hospitalar)- UFRJ, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=117>. Acesso em: 13 nov. 2018.

RESENDE, Marineia Crosara de et al. **Atendimento Psicológico A Pacientes Com Insuficiência Renal Crônica: Em Busca de Ajustamento Psicológico**. Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, v. 2, n. 19, p.87-99, jan. 2007

RIELLA, Carlos Miguel. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan; 2010.

ROBBINS, Stanley Leonard. **Patologia: bases patológicas das doenças**. 7ed. Rio de Janeiro, . Elsevir, 2005. Disponível em: < <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=WhpQDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Patologia:+bases+patol%C3%B3gicas+das+doen%C3%A7as&ots=v-2jzL6CtTU&sig=Uak8q7T3LhMFbbJgpiYns15YPHc#v=onepage&q=Patologia%3A%20bases%20patol%C3%B3gicas%20das%20doen%C3%A7as&f=false>> Acesso em: 10 nov. 2018

ROMANO, Bellkiss Wilma. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo, Pioneira Thonsom Learning, 1º ed. 2002.

ROSO, Camila Castro et al. **Progressão da insuficiência renal crônica: percepções de pessoas em pré-díalise**. Revista de Enfermagem da Ufsm, [s.l.], v. 3, p.582-588, 12 mar. 2013.

SANTOS, Eliandro de Souza; MARINHO, Carina Martins da Silva. **Principais causas de insuficiência renal aguda em unidades de terapia intensiva: intervenção de enfermagem**. Revista de Enfermagem Referência, Salvador, v. 9, n. 3, p.181-189, mar. 2013.

SANTOS, Leandro Alves Rodrigues dos. O trabalho do psicanalista: das dificuldades da prática ao risco do narcisismo profissional. 2011. 250 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SANTOS, Nara Yamane dos et al. **Estudo prospectivo observacional sobre a incidência de injúria renal aguda em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário**. J. Bras. Nefrol., São Paulo, v. 31, n. 3, p. 206-211, Sept. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002009000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2018.

SILVA, Alessandra Silva da et al. **Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 5, n. 64, p.839-844, set. 2011.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença**. 4ª. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 2012 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=zNYl-WAP_ig8C&oi=fnd&pg=PA13&ots=b5JwAVzj03&sig=cz1c4Uw6ZO_LNPhhWV_1z6-fyyU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 10 nov. 2018.

UENISHI, Eliza Kaori. **Enfermagem médico-cirúrgica em unidade de terapia intensiva**. 5ª ed. São Paulo: Senac, 2005.

VELASCO, Karine; RIVAS, Ligia Andreia Ferrony; GUAZINA, Félix Miguel Nascimento. **Acolhimento e escuta como prática de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar**. 2013. 14 p. Ciências Humanas (Psicologia)- Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2013. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjC_Out5eHeAhVI-jpAKHbHtCEgQFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.periodicos.unifra.br%2Findex.php%2FdisciplinarumCH%2Farticle%2Fdownload%2F1741%2F1645&usg=AOvVaw2vpe1gpIsyt0FB_FGN-v5oH>. Acesso em: 07 nov. 2018.

WRIGHT, Jesse H.; R. BASCO, Monica; E. THASE, Michel. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado**. São Paulo: Artmed, 2008. 219 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id2=aLJG9mw0fgC&oi=fnd&pg=PA8&dq=Aprendendo+a+terapia+cognitivo-comportamental&ots=8iElPUCTXh&sig=_TWk9030fzxupgX5kkMTuM4X_Jk#v=onepage&q=Aprendendo%20a%20terapia%20cognitivo-comportamental&f=false>. Acesso em: 07 nov. 2018.

GESTÃO DE PESSOAS E MOTIVAÇÃO: UMA INTRODUÇÃO

Juliana Helmara Pinto Carvalho de Abreu

RESUMO: Um dos campos de atuação da Psicologia é a Gestão de Pessoas. Os alunos de psicologia devem compreender a origem da Gestão de Pessoas e um dos constructos psicológicos que tem contribuído enormemente com as práticas gerencias voltadas para as pessoas. Desta forma, buscou-se neste artigo refletir, de forma introdutória a relação da Gestão de Pessoas com o constructo da motivação.

Palavras chaves: Gestão de Pessoas, Motivação, aspectos introdutórios.

INTRODUÇÃO

Percebe-se com o passar dos anos que o mercado vivencia cada vez mais uma concorrência acirrada e somente as empresas que possuem profissionais qualificados e competentes são as que tem se destacado entre seus concorrentes e correspondem aos desafios que a rapidez das informações impõe.

Na década de 70 a 90, a preocupação das empresas limitava-se aos bens tangíveis, tais como as máquinas, a matéria prima, entre outros.

Mas, na verdade, o segredo do sucesso está por trás de tudo isso, ou seja, em quem maneja as máquinas, ou seja, as pessoas.

O mercado agora valoriza e dá preferência aos profissionais com múltiplas habilidades e iniciativas. Dessa forma, observa-se que são as pessoas que fazem com que os demais recursos de uma empresa funcionem com qualidade. Elas são os principais agentes intermediários do serviço final e o alvo certo de investimento para os empresários.

O atual cenário vivido pelas empresas mostra que o capital intelectual é o recurso econômico mais importante dentro da organização, pois é por meio deste que o produto ou serviço passa a existir.

Segundo Chiavenato (1985), esse novo contexto se deu pelas mudanças ocorridas por meio de três eras que foram marcantes ao longo do século XX. Assim temos a era da Industrialização Clássica, Neoclássica e a era da Informação, nas quais foram utilizadas abordagens diferenciadas sobre como lidar com as pessoas dentro das organizações. O autor menciona que foi a partir da Era da Informação que as pessoas passaram a ser consideradas como seres dotados de inteligência, conhecimentos, habilidades e competências, deixando para trás a concepção de simples recursos humanos. Para tanto, o desenvolvimento contínuo das empresas, exige delas mesmas que haja um enquadramento e acompanhamento desse cenário e isso implica na disposição de um quadro de Recursos Humanos permanente com habilidades inovadoras.

A fim de dar conta e enfrentar os novos desafios organizacionais as empresas passaram a adotar ferramentas para auxiliarem a gestão da relação de trabalho. Dentre essas ferramentas, cita-se a estruturação de um PCS (Plano de cargos e salários) que consiste em normatizar e organizar as relações de trabalho entre a empresa e seus colaboradores, buscando incorporar as atuais tendências de investir de modo significativo na gestão de pessoas, esperando alcançar um melhor desempenho humano o que impactará de forma direta na produtividade.

Para essa estruturação destaca-se a fase de descrição de cargos e funções. Tendo em vista que uma descrição consistente e completa

possibilitará a definição de políticas de RH que deem condições ao colaborador não somente de realizar a satisfação financeira, mas também de adquirir novos conhecimentos e habilidades, estimulando assim a criação e desenvolvimento de um plano de capacitação para seus funcionários. Este artigo busca apresentar uma breve visão de conceitos básicos da gestão de pessoas, especificamente a motivação e sua relação com a gestão de pessoas.

A GESTÃO DE PESSOAS

A década de 30 marca definitivamente o início sistematizado e regulado por documentos legais da Administração de Pessoal. Criado nesse período o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, hoje Ministério do Trabalho e do Emprego, regulando a relação capital/emprego e criando leis e direitos.

Antes departamento de pessoal, tendo como principal figura o chefe de pessoal, com atribuições para cuidar das rotinas trabalhistas, atendendo à legislação trabalhista vigente e as tarefas administrativas estavam direcionadas a recrutamento, seleção, treinamento, admissão/demissão e folha de pagamento.

O processo de recrutamento era realizado via jornais locais de boa circulação. Já a seleção, por muito tempo constava de uma prova específica para a posição em aberto e na maioria dos casos a datilografia era a maior exigência. Cabe ressaltar que só as organizações maiores utilizavam dos testes psicológicos como instrumento para a seleção.

Não havia grande preocupação em implementar ou criar os benefícios, segurança do trabalho e outras atividades. Mas vale ressaltar que os departamentos de pessoal funcionavam bem e atendiam com competência as exigências para o funcionamento da organização e as constantes demandas trabalhistas.

Surgiu no final da década de 70, um movimento originado principalmente nos Estados Unidos e logo foi repercutindo em outros paí-

ses. Nesse contexto as mudanças começaram a acontecer, destacando a profunda transformação nos primeiros cursos de Administração de Recursos Humanos aplicados no Brasil.

Além das disciplinas típicas, na grade curricular surgiram as disciplinas: teoria da organização, desenvolvimento organizacional, tendências da teoria das organizações e mudança organizacional e algumas palestras nessa área. E, assim, a área de Recursos Humanos (RH), ganhou um novo perfil, uma nova forma de colaborar para o sucesso da organização.

A segunda metade dos anos 90, trazia a revolução da informação, a acirrada competição, a mundialização dos mercados, as muitas possibilidades de estruturação organizacional, com a consequente queda de importância da hierarquização, a quebra frequente de paradigmas e uma luta constante pela sobrevivência.

Chegamos ao estágio final, e citamos Dutra (2002) que vem nos dizer que surge então uma nova denominação que melhor iria caracterizar a “roupagem” do RH – A Gestão de Pessoas, onde a Gestão de Pessoas (GP), surge como solução para as novas demandas de excelência organizacional, sendo fundamental flexibilidade, adaptação, processos decisórios ágeis e focados principalmente nas exigências do mercado.

Assim novos métodos de seleção, treinamento e desenvolvimento, planos de carreira vão ganhando forma. Paralelamente a essas novas configurações surge a terceirização, muitas atividades, antes consideradas típicas da área de RH, hoje, perfeitamente passíveis de serem repassadas a terceiros.

De acordo com Araújo (2006), nesse novo cenário muitas possibilidades de avaliar o desempenho de todos, benefícios crescentes, extrema valorização da saúde e cuidados maiores com a segurança do trabalho passam a ser questões importantes na gestão organizacional.

Ainda Araújo ao citar Barros (1992), vem nos dizer que considera que as pessoas devem sentir-se motivadas e conscientes de suas responsabilidades enquanto a organização precisa concentrar-se em

desenvolvimento e educação. Entendendo que as pessoas devem passar por um processo de sensibilização, sendo capaz de perceber a essência e a importância de seu papel dentro do contexto parcial e total da organização.

Para acompanhar todo o avanço tecnológico, manter-se de forma competitiva no mercado, cabe às empresas responderem a estas novas solicitações através de um quadro de pessoal altamente qualificado e motivado para o cumprimento da missão da empresa.

As empresas que querem se destacarem nesse cenário, ou seja, em um mercado cada vez mais competitivo, precisam adotar uma estrutura bem delineada na área de RH, cuja interação entre a Gestão de Pessoas e a organização é essencial.

Os programas de RH, ou seja, o investimento em seus profissionais, devem constituir condições facilitadoras, para que as organizações não só atinjam níveis elevados de qualidade e produtividade no trabalho que realiza, como também possa garantir maior satisfação das pessoas envolvidas no trabalho, afim de atender às expectativas e exigências desse mercado cada vez mais complexo. Para Pontes (1996, pág.110), *“preparar a mão de obra é cada vez menos adestrar indivíduos e cada vez mais formar de modo mais amplo o trabalhador”*.

Pensando desta forma, nos remete a trazer um aspecto da Gestão de Pessoas fundamental nesse contexto, que se refere a descrição de cargos. Podendo ser resumida como um processo que consiste em determinar os elementos ou fatos que compõem um cargo. A implantação da descrição de cargos em uma empresa é de fundamental importância, pois possibilita aos líderes a compreensão das suas atribuições e de seus liderados, permitindo um nível de cobrança dentro das responsabilidades de cada um e a minimização da interferência de uma colocação nas tarefas de outros. Como consequência, uma maior autonomia por parte dos colaboradores dentro daquelas atribuições, acelerando procedimentos pela diminuição das incertezas sobre as possibilidades de cada um.

Dialogando com Chiavenato (1985), ele vem nos dizer que a descrição de cargos é um processo dentro da Gestão de Pessoas, que vai detalhar passo a passo as tarefas do cargo, tornando-se diferente dos demais cargos existentes da organização. Este processo favorece o acompanhamento do indivíduo na realização das suas atividades, ou seja, o que faz, quando faz, como faz e porque faz. É uma análise de demanda por escrito que especifica a importância do cargo. Os deveres e responsabilidades de um cargo são designados ao indivíduo que o executa; dessa forma, irão contribuir para o alcance dos objetivos da descrição de cargo.

Por outro lado, é possível às vezes, encontrar uma distorção entre a descrição dos cargos e as funções exercidas pelos membros da organização. Isso se dá devido à ausência de uma descrição e análise detalhada das funções que compõe o cargo. A falta da descrição clara dos cargos delimitando e norteando todas as tarefas, favorece uma grande interferência das tarefas dos outros. Podendo gerar com isso a desmotivação de seus colaboradores. Para evitarmos essa situação torna-se necessário, como já dito anteriormente, a realização de uma descrição de cargos feita de forma bem pontual, específica para cada empresa e embasada nas reais funções de seus funcionários.

A partir da descrição de cargos poder-se-á estruturar um plano de cargos e salários, alinhado à política de RH da empresa. Sendo este ponto tratado separadamente em um estudo posterior devido a sua importância e complexidade, sofrendo a interferência de muitas variáveis dentro da organização.

Portanto, a descrição de cargos deve nos remeter ao relato das tarefas de forma detalhada e organizada especificando também as especificidades de cada cargo, tais como: responsabilidades, pré-requisitos, formação necessária, experiência, conhecimentos e competências. Afim de favorecer maior integração colaborador versus organização, maior valorização do indivíduo levando-o a desempenhar tarefas mais desafiadoras e conseqüentemente à realização profissional e pessoal. Salien-

tando que este estudo visa apresentar exatamente a descrição dos cargos da Escola Técnica de Formação Gerencial SEBRAE Nova Lima.

Importante dizer ainda que a descrição de cargos é o primeiro e grande passo para as empresas se situarem internamente com suas atividades, e, posteriormente, investir na criação do plano de salários e carreira.

MOTIVAÇÃO

Nesta subseção pretendemos discorrer brevemente sobre um importante aspecto da organização para que ela flua e siga em frente com seus objetivos organizacionais que é a motivação de seu capital humano, bem como uma descrição de cargos feita de forma clara e consistente é fundamental para atingir tal objetivo. Para que uma organização se desenvolva e “ande para frente” é essencialmente necessário manter uma motivação constante de seus funcionários.

Entretanto algumas corporações acabam por sucumbir diante destes aspectos motivacionais e acabam por deixar seus participantes em uma completa desmotivação, seja para atividades rotineiras ou para novas atividades.

A motivação do ser humano está intimamente relacionada com os gostos de cada um, mantendo a distinção de cada ser. Cada pessoa gosta de fazer atividades distintas que se diferem de pessoa para pessoa, por isto uma atividade organizacional pode ser uma fonte de motivação para alguém e por outro lado, pode ser uma fonte de desmotivação para outrem. Por este motivo é necessária uma compreensão mútua entre as atividades da organização e a compreensão de quais atividades lhe faz se sentir mais realizado.

De acordo com Chiavenato (2005), de um modo geral, motivo é tudo aquilo que impulsiona a pessoa a agir de determinada forma, ou pelo menos, que dá origem a uma propensão, a um comportamento. Cabe ressaltar que a motivação humana é cíclica, onde o comportamen-

to é quase um processo contínuo de resolução de problemas e de satisfação de necessidades. Sendo esta última temporal variando conforme a pessoa e na mesma pessoa, conforme o tempo.

Diante a tantos aspectos já mencionados sobre a motivação, não podemos deixar de citar brevemente sobre uma outra questão que está intimamente ligada a ela, refere-se ao aspecto da remuneração.

O processo de remuneração pôde ser observado no começo do século XX, inicialmente na chamada abordagem da administração científica, que a ideia central era conciliar empresa e produção com as pessoas e o salário pago a elas. Desta forma, a satisfação das pessoas não era fator considerável para futuras mudanças, mas sim altos salários caracterizando boa produção.

Ainda segundo Chiavenato (2005), citamos Maslow que fundamenta sua teoria sobre a motivação nas diferentes necessidades humanas. Assim à medida que o homem satisfaz suas necessidades básicas outras mais elevadas tomam o predomínio do comportamento.

Para Maslow, as necessidades humanas estão dispostas a partir de uma hierarquia (apresentada através do desenho de uma pirâmide – também chamada de pirâmide de Maslow), dividida da seguinte forma: em sua base, encontram-se as necessidades primárias, compreendendo as necessidades fisiológicas (ex. comida, abrigo, etc) e as necessidades de segurança (ex. proteção contra o perigo, etc); e, subindo em direção ao topo estão as necessidades secundárias, tais sendo: necessidades sociais (amizade, convívio social, etc), e necessidades de estima (reconhecimento, reputação, etc); e, no topo, necessidades de auto realização, ou seja, a realização plena de talentos individuais por exemplo.

Ressaltamos ainda que as necessidades mais baixas, ou seja, as que estão na base da pirâmide, requerem um ciclo motivacional relativamente rápido, enquanto as necessidades mais elevadas requerem um ciclo motivacional extremamente longo.

Dialogando com Herzberg (2005), que alicerça sua teoria sobre motivação no ambiente externo e no trabalho do indivíduo, ele vem

nos dizer que para introduzir maior dose de motivação no trabalho é preciso propor o enriquecimento de tarefas consistindo em ampliar a responsabilidade, os objetivos e o desafio das tarefas do cargo.

Percebe-se então que cada pessoa tem preferências para determinados resultados finais e saber claramente aonde se pode chegar dentro da organização é fator de motivação de grande relevância e ponto fundamental a ser observado ao se pensar na admissão de uma pessoa.

A motivação leva alguém a se comportar de forma que consiga a atingir seus objetivos organizacionais, ao mesmo tempo em que procura alcançar também os seus próprios objetivos individuais. Assim se o colaborador se sente motivado em sua empresa, ele consegue alcançar esses dois objetivos.

À luz da teoria de Maslow, uma vez as necessidades primárias satisfeitas, atingidas a motivação, agora volta-se para as necessidades secundárias, cujas quais, o indivíduo desprende maior investimento para satisfazê-las, por consequência maior comprometimento e maior assertividade na maneira de se comportar.

Por outro lado, a insatisfação e a falta, de motivação levam a um desempenho profissional abaixo do esperado. Um dos principais fatores para a desmotivação é a falta de compatibilidade com a função exercida, ou seja, falta conexão entre empregado e o cargo.

Ao delinear a descrição de cargos nos remete a uma preocupação em manter ou estabelecer um equilíbrio interno e externo. Para Pontes (1996), o equilíbrio interno é conseguido via a correta avaliação dos cargos visando manter uma hierarquia clara, as responsabilidades e produtividade. Já o externo, é a adequação salarial da organização frente ao mercado de trabalho.

Torna-se necessária uma compreensão mútua entre as atividades da organização e a compreensão de quais atividades lhe faz sentir mais realizado. Assim, estruturando de forma clara e objetiva os cargos e suas funções, bem como o desenho do quadro hierárquico bem definido da instituição, pretende-se evitar as comparações entre os próprios cola-

boradores, entre esses e os de outras organizações, bem como evitar a desmotivação e o desalinhamento com a filosofia da organização e principalmente destacar a tentativa de manter o funcionário engajado e motivado.

Conforme Bergamini (1989), as pessoas procuram trabalhos que têm aspectos relacionados com sua própria escala de valores. Alguns valorizam mais a segurança, outros tipos de trabalho e outros a satisfação do ego, status, reconhecimento, etc.

Ainda de acordo com a autora, o conhecimento da escala de valores dos funcionários será de grande valia para o empresário, no que se concerne a elaboração de programas desenvolvidos pelo RH e deixar claro quais são suas funções dentro da instituição facilitam a desenvoltura do colaborador no desempenho de suas tarefas diárias.

O importante mesmo é saber como fazer os funcionários demonstrarem-se mais eficientes, despertando seu entusiasmo e dinamismo para que alcancem maior produtividade.

Lembrando que para se trabalhar com pessoas motivadas, a regra básica é tratar as pessoas de forma personalizada, pois qualquer tratamento que não seja individualizado pode causar perdas irreversíveis.

Dialogando com Mc Gregor (1966), ele vem nos dizer que a menos que o próprio emprego seja satisfatório, a menos que se criem oportunidades na situação de trabalho que permitam fazer dele próprio uma diversão, jamais conseguiremos que o pessoal dirija voluntariamente seus esforços em prol dos objetivos organizacionais.

Portanto, oferecer regras claras de funcionalidade e transparência da empresa em relação ao que se espera de seus colaboradores favorecem a obtenção de resultados satisfatórios para cada indivíduo bem como a motivação e o desejo para crescimento dentro da própria instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada vez mais a área de Gestão de Pessoas é desafiada a atrair e manter o maior ativo das organizações – os funcionários. Para tal, é imprescindível identificar as pessoas essenciais para o negócio da organização; informar o que a organização espera deles; oferecer oportunidades de desenvolvimento e criar um ambiente de trabalho agradável.

Com base no desenho estruturado de um cargo é possível identificarmos sua importância no contexto organizacional e sua contribuição para o alcance dos objetivos determinados pelo planejamento estratégico.

Para este estudo, consideramos a descrição de cargos como sendo o detalhamento sequencial e lógico das funções e tarefas que formam a atividade de um cargo. É através das especificidades apontadas que fixamos patamares salariais e elencamos os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho adequado do cargo.

Também utilizamos a concepção de cargo amplo, ou multifuncional que se refere ao conjunto de atividades de natureza assemelhada, ampla e estratégica, que permite a flexibilidade necessária ao exercício de atribuições específicas e corporativas, com equivalência de complexidade e responsabilidade. Esse conceito determina como princípio que todas as atividades (funções e tarefas), integrantes tenham como ponto comum o mesmo nível de educação formal.

Portanto a descrição de cargos elaborada de maneira clara e objetiva traz em seu bojo informações e diretrizes imprescindíveis para o correto desempenho de seus colaboradores, bem como, favorece a busca constante de bons resultados e de novas qualificações. Por outro lado, também norteia todas as ações da instituição num sentido amplo afim de alcançar a eficácia organizacional.

Conclui-se assim que a descrição de cargos é uma importante ferramenta que vai auxiliar a área de gestão de pessoas no que se refere à linha de atuação trazendo clareza e objetividade em informações, facilitando o aumento da performance e melhoria nos resultados pelos

colaboradores dentro da organização, uma vez que busca traçar, definir e delinear as atribuições, deveres e responsabilidades de cada cargo.

Assim sendo, é através da descrição de cargos clara, consistente e bem feita, a área de gestão de pessoas passa a ter parâmetros eficientes para estabelecer e definir as diretrizes para o sistema de remuneração alinhado aos princípios e estratégias da organização, bem como favorecer um processo de recrutamento e seleção eficiente e consistente, conseguindo assim intensificar a retenção de colaboradores com alto nível de qualificação profissional.

E, por fim, quando for o momento de elaboração e implantação do PCS (Plano de Cargos e Salários), essa descrição de cargos representará um importante instrumento de dados, elaborado dentro de critérios bem definidos, podendo o colaborador vislumbrar sua progressão funcional e salarial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO. Luís César G. de. **Gestão de Pessoas: estratégias e integração operacional**. São Paulo: Atlas, 2006.

BERGAMINI. Whitaker Cecília. **Motivação**. São Paulo: Atlas, 1989.

BATISTA, Francisco Jose. **Administração de cargos e salários: teoria e pratica**. Anapolis: Associação Educativa Evangélica, 2003.

CERVO. Amado Luiz, **Metodologia Científica**. 5ª.ed. Sao Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.

CHIAVENATO. Idalberto. **Recursos Humanos**. Ed. Compacta. São Paulo: Atlas, 1985.

_____. Idalberto. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier: 2004.

_____. Idalberto. **Introdução a Teoria Geral da Administração**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

_____. Idalberto. **Administração nos novos tempos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

MARRAS, Jean Pierre. **Administração de Recursos Humanos**: do operacional ao estratégico. 3ª ed. São Paulo: Futura, 2000.

GREGOR, Mc Douglas. **Motivação e Liderança**. Editora: Brasiliense, 1966.

MUCHINSKY, Paul M. **Psicologia Organizacional**. 7ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PASCHOAL, Luiz. **Administração de cargos e salários**: Manual prático e novas metodologias. Rio de Janeiro: Quality Mark, 1998.

PINTO, Antônio Luiz de Toledo. WINDT, Marcia Cristinna dos Santos. **CLT Acadêmica**: obra coletiva da Editora Saraiva. 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

PONTES, Benedito Rodrigues. **Administração de cargos e salários**. 6ª São Paulo: LTR, 1996.

Apostila: **Orientações para o (a) docente da Escola Técnica de Formação Gerencial - SEBRAE Nova Lima**, 2014.

COMPORTAMENTO NO TRÂNSITO: QUANDO O MEDO E A FOBIA SE TORNAM IMPEDITIVO PARA O SUJEITO DE DIRIGIR

Fernanda Leão Mesquita

RESUMO: O ato de dirigir, nos dias atuais é imprescindível para quem visa levar uma vida de forma independente, e até mesmo para a mobilidade. No entanto, essa habilidade às vezes é motivo de sofrimento e angústia. Assim sendo, esta pesquisa buscou analisar e refletir sobre as causas do medo e da fobia de dirigir. Com o intuito de alcançar o objetivo proposto foi utilizada como método a revisão bibliográfica, em que a coleta dos dados foi por meio das plataformas Google Acadêmico, Scielo e CAPS, e para seleção dos artigos foram usados quatro descritores, sendo: Psicologia do Trânsito, Comportamento no Trânsito, Medo de dirigir e Fobia de dirigir. Foi possível verificar que a literatura que envolve o tema em questão é limitada, apresentando apenas os sintomas e na maioria das vezes os processos cognitivos que são alterados em função do medo. Como sugestão foi proposto uma maior investigação do tema em síntese, como também de tratamentos que envolvem o medo e fobia de dirigir.

Palavras-chave: Psicologia do Trânsito, Medo de dirigir, Fobia de dirigir.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Hoffmann, Cruz e Alchieri (2003) a Psicologia do Trânsito começou a se desenvolver entre os anos de 1950 e 1960. No entanto, seu início é marcado no século XX, especialmente no ano de 1920. Por oportuno, a Psicologia do Trânsito no Brasil se deu, por meio da contratação de psicólogos pelo Dentran/RJ, cujo intuito seria o de estudar o comportamento dos condutores. A partir de então, foi sancionada a Lei 9545, o qual tornaria obrigatório o Exame Psicotécnico para candidatos a Carteira Nacional de Habilitação (CNH), fato este relevante para a consolidação da Psicologia do Trânsito.

Ainda sobre a lei 9545, que tornou obrigatório em todo o país o Exame Psicotécnico, vale ressaltar que em 08 de junho de 1953, o Conselho Nacional de Trânsito (CONATRAN), aprova essa resolução, e coube ao Departamento de Trânsito de Minas Gerais (DETRAN), a missão de colocar a nova lei em prática. Dessa forma o estado de Minas Gerais, foi o pioneiro na Avaliação Psicológica no contexto de trânsito, organizando e sistematizando todo um serviço de Psicologia.

As décadas que se seguiram, foram marcados pelo Detran/MG, que convidou Alice Mira Lopez, afim de capacitar seus psicólogos na área do Trânsito (Rozestraten, 1983). Surge então um novo conceito para a Psicologia do Trânsito, promovido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que a instituiu como “uma área da Psicologia que investiga os comportamentos humanos no trânsito, os fatores e processos externos e internos, conscientes e inconscientes que os provocam ou os alteram” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2000, p.10).

Nesse sentido, a Psicologia do Trânsito refere-se ao estudo de processos psicológicos, psicossociais e psicofísico que estão diretamente ligados ao contexto de trânsito, sendo o homem o usuário do sistema viário (Carpigiani, 2008). Ainda na visão da autora, é um campo disciplinar por envolver diversas áreas como a Psicologia Ambiental e a Psi-

cologia Social, integrando também outros conhecimentos científico tais como a Engenharia, o Direito, a Ergonomia, o Urbanismo e a Medicina.

Ademais, a Psicologia do Trânsito, surge da inquietação em reduzir não somente o número de acidentes como também sua gravidade. Nesse sentido, o medo e a fobia se tornam um transtorno pessoal quando o assunto é a direção veicular. Considerando que o ato de dirigir é fundamental para uma vida independente, o medo pode causar significativos problemas, uma vez que pode afastar esse sujeito de seu trabalho, lazer e até mesmo atividades domésticas (SCHULTHEIS e MOURANT, 2001).

Outrossim, a fobia de dirigir, muitas vezes surge em função de um Estresse Pós-traumático. Galovski (2005), afirma que nos últimos quinze anos, alguns estudiosos do tema descobriram que uma porcentagem dos sobreviventes de acidentes de trânsito desenvolve estresse pós-traumático. Ainda na visão do autor citado, 39% de 158 sobreviventes de acidentes automotivos graves apresentavam sintomas de estresse pós-traumático e, dentre 92 sobreviventes de acidentes de carro hospitalizados na Austrália, 25% deles apresentavam sintomas de estresse pós-traumático.

Considerando a relevância do exposto, este trabalho justifica-se pela importância de entender o medo e a fobia como elementos impeditivos, uma vez que o sujeito está inserido dentro de um sistema viário. Dessa forma, propõe-se refletir e analisar as causas do medo e da fobia de dirigir. Objetiva-se também em analisar o que é comportamento no trânsito, refletir sobre as principais causas do medo e da fobia e pensar como esses elementos impendem o sujeito de dirigir.

Com o intuito de atingir os objetivos, esta pesquisa abordará primeiramente o Material e Método empregado, a seguir será apresentado o referencial teórico, o qual tem como principais itens discutidos: Psicologia do Trânsito, Comportamento no Trânsito, Medo e Fobia. E, por fim, as considerações finais.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa se deu a partir do interesse em compreender o medo e a fobia, como elementos impeditivos para o sujeito dirigir. Assim sendo, no que diz respeito à metodologia empregada, trata-se de uma revisão bibliográfica a respeito do tema em questão. De acordo com Marconi e Lakatos (2010), a revisão bibliográfica permite o agrupamento de diversas informações nas mais diversas fontes.

Dessa forma, foram utilizadas as seguintes plataformas para a coleta de dados: Google Acadêmico, Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPS). Para a seleção dos artigos foram utilizados quatro descritores como critério de seleção de materiais, elegendo a busca pelos termos: “Psicologia do Trânsito”, “Comportamento no Trânsito”; “Medo em Dirigir”, “Fobia de Dirigir”, utilizadas em ambas as plataformas de dados, no entanto, por oportuno não foi estabelecido como critério o ano de publicação.

Como ponto de partida, a revisão bibliográfica é de fundamental importância para fundamentar e situar a pesquisa com base nos conceitos-chave e nos diálogos teóricos.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 PSICOLOGIA DO TRÂNSITO

Para explicitarmos a perspectiva que apontamos, importará realizar uma reflexão sobre o conceito de Psicologia do Trânsito. Esta ciência possui como objeto de estudo o comportamento das pessoas que estão inseridas no trânsito. Dessa forma, Rozestraten (1988) admite que esses comportamentos podem contribuir para que ocorra ou não os acidentes, nesse sentido, a psicologia do trânsito surge da necessidade de se estudar tais comportamentos e assim possibilitar a redução do número de acidentes.

Nessa perspectiva, vale ressaltar que o Conselho Federal de Psicologia (CFP), confere o título de especialista de em Psicologia do trânsito, por meio da resolução CFP 02/01, e institui a área de atuação deste profissional, sendo incluído neste processo: *a)* o estudo dos processos internos e externos do homem quando exposto a situação de trânsito; *b)* a relação do usuário das vias com o ambiente, incluindo os fatores políticos e sociais; *c)* o desenvolvimento de estudos, pesquisas e a elaboração diagnóstica da estrutura dinâmica dos indivíduos e grupos nos aspectos afetivos, cognitivos e comportamentais; *d)* a colaboração na elaboração e implantação de ações de engenharia e operação de tráfego e na realização das políticas de segurança para o trânsito; *e)* o desenvolvimento de ações socioeducativas com os usuários das vias; *f)* a realização de avaliação psicológica em condutores e candidatos à Carteira Nacional de Habilitação (CNH); *g)* a análise dos acidentes de trânsito; *h)* o estudo dos efeitos psicológicos decorrentes do uso de drogas e outras substâncias químicas na situação de trânsito e por fim; *i)* a atuação como perito em exames de habilitação, reabilitação ou readaptação profissional (CARPIGIANI, 2008). Para efeito deste estudo, abordaremos os processos internos e externos do sujeito inserido no contexto trânsito. Assim o sendo, faz-se necessário recorrer ao conceito de trânsito.

Considerando que o homem participa do trânsito, sejam como sujeitos ativos ou passivos, a psicologia do trânsito irá abordar de forma científica o comportamento daqueles que fazem parte desse sistema, o que inclui o comportamento dos pedestres, motoristas, ciclistas, motociclistas, e os problemas relacionados a este.

Nessa perspectiva o trânsito é “o conjunto de deslocamentos de pessoas e veículos nas vias públicas, dentro de um sistema convencional de normas, que tem por fim assegurar a integridade de seus participantes” (ROZESTRATEN, 1988, p.04). Este mesmo autor analisa o trânsito como três subsistemas, a mencionar: as vias, os veículos e o homem. Sendo o homem o subsistema mais complexo, dentre os três. Uma vez que o homem é dotado de comportamentos, faz-se importante mencio-

narmos o comportamento no trânsito, o que será abordado no tópico a seguir.

3.2 COMPORTAMENTO NO TRÂNSITO

O ato de dirigir nos dias atuais, é de grande relevância, uma vez que essa habilidade colabora para a mobilidade e independências das pessoas. É inegável a utilização do veículo automotor como meio mais rápido de se locomover, em paralelo a vida “intensa” e “às pressas” das pessoas, em função de cumprirem com seus inúmeros afazeres. Outros fatores que se somam aos expostos referem-se à deficiência do sistema de transporte público, e o aumento populacional, o que tem influenciado o uso do carro.

Nesse sentido, Carpiagiani (2008), enfatiza que um dado polêmico que envolve a Psicologia do Trânsito, diz respeito ao conflito humano, pois neste contexto, as pessoas apresentam motivações diferentes. No entanto, essas motivações são direcionadas a partir de normas que regem o trânsito, e, portanto, o comportamento.

Outrossim, é importante mencionar que o Código Brasileiro de Trânsito, afirma que o trânsito refere-se “a utilização das vias por pessoas, veículos e animais, isolados ou em grupos, conduzidos ou não, para fins de circulação, parada, estacionamento e operação de carga e descarga”. Porém, em sua maioria, as definições de trânsito não mencionam a existências de normas, que possuem como intuito assegurar a integridade das pessoas (ROZESTRATEN, 1988).

Nessa perspectiva, Rozestraten (1988), aponta que para o comportamento no trânsito ocorra é necessário que o condutor conheça suas regras e normas, para então coloca-las em prática. Outra condição para que o comportamento no trânsito ocorra, é a prática propriamente dita. É de conhecimento, que a prática de dirigir é adquirida com o tempo, e obrigatório ao candidato a Carteira Nacional de Habilitação (CNH). As atitudes é outra condição para que o comportamento no trânsito ocorra,

e refere-se a prontidão e presteza, ao relacionar o conhecimento com a prática em benefício do comportamento no trânsito, de modo a não colocar nenhuma pessoa em situação de risco.

Outra abordagem que faz menção ao comportamento de dirigir, diz respeito à perspectiva behaviorista. Essa abordagem parte do pressuposto que, um estímulo (objeto do mundo externo, denominado pela letra S), poderá provocar uma resposta (R). Nas diversas situações que envolvem o trânsito, o comportamento das pessoas é influenciado por inúmeros estímulos (S). Ao analisarmos o trânsito, é fácil identificar esses estímulos, que vão desde as árvores e anúncios, a via e a sinalização, o semáforo, ruídos, os estímulos do próprio carro, como por exemplo, o volante e os comandos, as regras que envolvem este contexto (muitas vezes dispostas em placas) e até mesmo a fadiga, dor ou mal-estar (Carpiagiani, 2008). Tais estímulos podem eliciar diversos comportamentos do sujeito. Entretanto, a autora mencionada acima, expõe a existência de um terceiro elemento, a saber, o organismo (O).

O organismo, segundo Carpiagiani (2008, p. 111) refere-se:

“os hábitos, experiências obtidas anteriormente, as motivações e inibições, os limiares sensoriais e os limiares do comportamento, como o seu tempo de reação, suas estruturas comportamentais particulares, fatores estes que co-determinam a atuação do estímulo modificando e personificando as diversas respostas.” (CARPIAGIANI, 2008, P. 111)

Assim sendo, subentende-se que o comportamento humano dentro do trânsito, irá depender de suas experiências em situações de trânsito, bem como a qualidade do organismo e de seus estímulos. Nessa perspectiva, o medo e a fobia, podem ser resultados de experiências anteriores.

Dentro deste contexto, importará analisarmos o medo e a fobia de dirigir, tópico a ser abordado a seguir.

3.2 MEDO E FOBIA DE DIRIGIR

O medo é uma emoção humana presente na vida todo sujeito, sendo uma manifestação necessária à sobrevivência do mesmo. Essa emoção irá agir em forma de alerta em situações de perigo ou ameaça, e, portanto, cumprem com sua função que é caracterizada como proteção em circunstâncias importantes da vida (CORASSA, 2006).

Nesse sentido, o medo de dirigir é algo subjetivo, ou seja, irá depender dos motivos individuais de cada pessoa, e pode se manifestar em diversos níveis, de forma mais intensa ou não. Dentre as possíveis causas, Corassa (2006), enfatiza que poderá depender de fatores sociais, do contexto histórico-cultural e do próprio ambiente.

Vale ressaltar, que a literatura disponível sobre o medo de dirigir, considerando a população em geral, acomete em sua maioria as mulheres e apresenta taxas de 7 a 8%. No entanto, quando a população pesquisada refere-se especificadamente a pessoas que possuem medo de dirigir, esse índice sobe para 92%. Outros fatores, como por exemplo, a idade, parece não impactar no medo de dirigir, contudo, problemas de saúde, especialmente a visão, mostram-se mais propensos a desenvolver o medo de dirigir.

Em outro estudo, Taylor et al (2011), investigaram os sintomas de medo e ansiedade nos motoristas, e perceberam que estes tendem a cometer mais erros, utilizam de forma incorreta as faixas, dificuldade em perceber e corrigir ações tomadas, no que diz respeito a velocidade indivíduos com medo de dirigir tendem a alterar inadequadamente a velocidade do veículo e trocar de marchas equivocadamente.

O autor supracitado, ainda classificou o medo de dirigir em quatro categorias, sendo: 1) Medo de sofrer um acidente, e como consequência ferir a si mesmo ou a outros; 2) Medo de situações, circunstân-

cias ou até mesmo em realizar manobras; 3) Medo de sofrer um ataque de pânico ou ansiedade e; 4) Questões sociais (por exemplo: ser criticado). (TAYLOR ET AL, 2011).

Cantini et al (2013) em sua pesquisa intitulada “Medo e evitação na direção de veículos: características de motoristas que nunca dirigiram após obtenção da Carteira Nacional da Habilitação”, investigaram a sintomatologia apresentada por pessoas com medo de dirigir, os resultados apontaram que 37,6% apresentaram tremedeira, 34,4% mostraram sudorese, 29% inquietação, 19,4% das pessoas apresentaram palpitação, e a mesma porcentagem relataram calores e calafrios, 4,3% demonstraram dor de cabeça, 3,2% formigamento. O medo de errar acometeu 75,3% das pessoas que participaram da pesquisa, em seguida o medo de causar acidentes também apresentou altos índices, 72%, além do medo de perder o controle da situação, foram relatados por 61,3 % dos sujeitos. Outros sentimentos também foram apresentados, como por exemplo, sentir aflição que 59,1% dos sujeitos exibiram, 23,7% afirmaram sentir vergonha das outras pessoas, e a mesma porcentagem relataram vontade de desistir. O desejo de chorar acometeu 19,4% das pessoas, 20,4% relataram impaciência, 17,2% apresentaram dificuldade de concentração e 3,2% sentiram o desejo de brigar.

Apesar de o medo ser uma importante emoção na vida do ser humano, sendo inclusive necessária a sua sobrevivência, conforme já mencionado, ele poderá vir associado a forte angústia e ansiedade e com isso prejudicar a vida do sujeito. A grande questão, é que quando esse medo se torna desproporcional e exagerado poderá se transformar em uma fobia (BELLINA, 2012).

Nessa perspectiva, Dalgalarrodo (2008, p. 320) afirma que as fobias são “medos intensos e irracionais, por situações, objetos ou animais que objetivamente não oferecem ao indivíduo perigo real e proporcional à intensidade de tal medo”. As fobias acompanham os sujeitos em diversas situações do cotidiano, o que por si gera sofrimento e angústia.

Bellina (2012) aponta que as fobias fazem parte do grupo de transtornos de ansiedade. Sendo que a ansiedade refere-se a “um sentimento que acompanha uma percepção geral de perigo” (VIECILI, 2011, p.368). Ainda na visão deste autor, a ansiedade tem a função de alerta em situações de perigo, o que faz com que o sujeito busque encontrar soluções, e em níveis normais cumpre seu desempenho de adaptar o sujeito. No entanto, quando a ansiedade atinge níveis elevados, os processos psíquicos são modificados, e podem ocorrer distorções perceptivas, dificuldade de concentração e memória, dentre outros.

No caso do medo de dirigir, quando esse medo se torna exagerado, irracional e sem motivos, pode ser caracterizado como uma fobia específica, e recebe o nome de amaxofobia. “A amaxofobia evidencia-se quando o trânsito passa a ser percebido como uma ameaça irracional e conduzir geram níveis de ansiedade e estresse anormais” (ROQUE, 2010, p.1).

Considerando a suma de que quando esse medo de dirigir se torna irracional ele é considerada uma fobia específica, quando preenche os critérios do DSM-IV, e pode ser um sintoma derivado de outras patologias, tais como: Transtorno de Estresse Pós-traumático, Fobia Social, Transtorno do Pânico, Transtorno Obsessivo Compulsivo, dentre outros. Dessa forma, para o levantamento do seu diagnóstico e consequentemente tratamento, é necessário considera-lo não apenas como uma fobia específica, tendo em vista as diversas psicopatologias apresentadas e associadas ao medo de dirigir, o que por si limita não somente a compreensão do caso, como seu tratamento.

Como dito acima, o medo de dirigir pode estar associado ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático, esse último surge após o sujeito vivenciar um evento traumatizante. Assim sendo, esse indivíduo poderá relembrar o momento do acidente, e seu medo estará diretamente ligado a esses aspectos (BELLINA, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, buscamos refletir e analisar as causas do medo e da fobia de dirigir, a partir da literatura disponível em diversas plataformas científicas, onde foi percebido que a habilidade de dirigir, é um ato complexo e que envolve a influência de vários fatores históricos, sociais e psíquicos peculiares, subjetivos do indivíduo.

No entanto, outra questão observada é a dificuldade em estabelecer, a partir da literatura, os motivos do medo de dirigir, o que parece ir de encontro com o que Taylor et al. (1999) encontrou. Os motivos geralmente estão associados às vivências do sujeito, como por exemplo, os que haviam sofrido acidente, no entanto, nem sempre esse é o motivo real.

Fato é que as pessoas que sofreram acidentes apresentaram maior probabilidade em desenvolver o transtorno, mas essa não é uma causa isolada. O que dificulta não somente a identificação do transtorno, como seu tratamento. Assim sendo, não foi possível elencar os principais motivos do medo de dirigir, o que foi encontrado na literatura foram os sintomas e processos cognitivos que podem ser alterados a partir do medo de dirigir. Vale ressaltar, que na ciência Psicológica, admite-se que as causas podem ser subjetivas, o que atrapalha mais ainda a possibilidade de listar os motivos do medo e fobia de dirigir.

Sendo que esses sintomas e processos cognitivos, quando em alterados podem ser tornar um impeditivo para a pessoa assumir o ato da direção. Ademais, também foi possível identificar na literatura uma limitação de tratamentos, vinculados ao medo e a fobia de dirigir e sugerem-se mais estudos não somente das razões que levam o sujeito a desenvolver o medo e a fobia de dirigir, como também seu tratamento.

REFERÊNCIAS

BELLINA, CECILIA. **Dirigir sem medo**. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

CANTINI, J.A.; RIBEIRO, L.; ANDRADE, S.M.H.P.; PEREIRA, V.M.; NARDINI, A.E.; SILVA, A.C. 2013b. **Fear and avoidance of driving vehicles: Characteristics of drivers who never drove after taking the Driver's License**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(2):124-130.

CARPIGIANI, BERENICE. Lugares da Psicologia. São Paulo: Vetor Editora, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP (2000). *Caderno de Psicologia do Trânsito e Compromisso Social – CPTC*.

CORASSA, NEUZA. **Vença o medo de dirigir: como superar-se e conduzir o volante da própria vida**. 13. Ed. São Paulo: Gente, 2006.

CTB – BRASIL, Lei nº 9.503, de 23 de set. 1997. **Código de Trânsito Brasileiro**. Disponível em: <http://www.denatran.gov.br/ctb.htm>. Acesso em: 28 out. 2009;

DALGALARRONDO, PAULO. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GALOVSKI, T. E.(2005). **Surviving the Crash: Stress Reactions of Motor Vehicle Accident Victims**. Disponível em: <http://www.giftfromwithin.org/html/crash.html>. Acesso em Maio/2018.

HOFFMANN, M. H., CRUZ, R. M. & ALCHIERI, J. C. (2003). **Comportamento humano no trânsito**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

LAKATOS, E. MARIA; MARCONI, M. de ANDRADE (2010). **Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa**. 7 ed. – São Paulo: Atlas.

ROQUE, DENISE. **Amoxofobia: O medo de conduzir**. Disponível em: <http://segurancarodoviaria.blogspot.com/2010/amoxofobiaomedode-conduzir.html?zx=97e5adf0fa6d69a8> >Acesso em 03 junho de 2018.

ROZESTRATEN, R. J. A. (1983). **Psicologia do trânsito: Sua definição e área de atuação**. *Psicologia & Trânsito*, 1(1), 6-19.

ROZESTRATEN, RJA. **Psicologia do trânsito: conceitos e processos básicos**, São Paulo, E.P.U./ EDUSP, 1998.

SCHULTHEIS, M.T. & MOURANT, R.R. (2001). **Virtual Reality and driving: The road to better assessment of cognitively impaired populations**. *Teleoperators and Virtual Environments* 10 (4), 436-444.

TAYLOR JE, ALPASS F, STEPHENS C, TOWERS A. **Driving anxiety and fear in young older adults in New Zealand**. *Age Ageing*. 2011;40:62-6.

TAYLOR JE, DEANE FP. **Acquisition and severity of driving-related fears**. *Behav Res Ther*. 1999;37:435-49.

VIECILI, JULIANE. **Ansiedade e comportamento de dirigir**. In Hofmann, Maria Helena, CRUZ, Roberto Moraes, ALCHIERI, João Carlos. (Org.). *Comportamento Humano no Trânsito*. E.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. Cap. 20, p. 361-374.

SÉRIE PASSOS ACADÊMICOS: PERSPECTIVAS EM PSICOLOGIA

PSICOLOGIA

ATUAÇÕES EM DEBATE

VOLUME 1

APOIO:



FAPEG

Fundação de Amparo à Pesquisa
do Estado de Goiás

ISC



INSTITUTO INTEGRADO DE
SAÚDE E COMPORTAMENTO



Editora Golden



ISBN: 978-65-80189-03-8

9 786580 189038