

Adriana de O. Barbosa
Adriel J. Sousa Silva
Alessandra Batista Rodrigues
Álvaro Ulisses Sousa
Analucy Aury V. de Oliveira
Andrea Batista Magalhães
Eliane Salles da Silva
Eloá Silva de Sousa Lima
Emislene M. da C. Ataides
Fernanda Caroline Bento
Graceli M. R de Queiroz
Graziela das N. C. Damasceno
Irongina Siqueira de Assis

Janete Capel Hernandes
Janete Soares Bernardes
Jaqueline Mendes Leal
Jéssica Oliveira Romualdo
Jessika Hellena C. Graziotim
Josevalda P. de Oliveira
Júlia Gregório de Castro
Juliana Borges Pinheiro
Julio Cesar Alves
Kálita Karoliny A.M.Estulano
Karina F. Leão Junqueira
Laryssa Brasil Bassanesi
Leid'Anne Santos Lima

Letícia de L. F. Viana
Liliane M. dos R. Gonçalves
Lorena Marques Melo
Lorrany Ribeiro de Souza
Luciana P. M. Rochael
Maria Mendonça Del'Acqua
Mychelle Oliveira Coelho
Natalia Carrijo Lopes
Nathalya Alves Ferreira
Nayara Ferreira Alves
Raissa Souza Silva
Thainara Mariano da Silva
Uiles Pereira Martins

TÓPICOS EM PSICOLOGIA E SAÚDE: CONDOTA E INTERVENÇÃO CLÍNICAS

Dr^a. Analucy Aury V. de Oliveira
Dr^a. Andréa Batista Magalhães
Ms. José A. S. Cavalcante
(ORGANIZADORES)

Editora Akademos
Av. Cristovão Colombo Qd. 123 Lt. 08 Cs. 02 St. Jaó Goiânia-GO
e_comerce: <http://www.editoraakademos.com.br>

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta edição pode ser utilizada ou reproduzida – em qualquer meio ou forma, seja mecânico ou eletrônico, fotocópia, gravação etc. – nem apropriada ou estocada em sistema de banco de dados, sem a expressa autorização do autor, conforme:

(i) Código Penal art. 184: *“Violar direito autoral ... § 1º ... reprodução, por qualquer meio, de obra intelectual, no todo ou em parte, para fins de comércio, sem autorização expressa do autor... Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa”;*

(ii) Lei do Direito Autoral (9.610/88), art. 103: *“Quem editar obra literária, artística ou científica, sem autorização do titular, perderá para este os exemplares que se apreenderem e pagar-lhe-á o preço dos que tiver vendido. Parágrafo único. Não se conhecendo o número de exemplares que constituem a edição fraudulenta, pagará o transgressor o valor de três mil exemplares, além dos apreendidos”.*

1ª edição - 2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG

T674 Tópicos em Psicologia e saúde: conduta e intervenção clínicas / organizadores, Analucy Aury V. de Oliveira, Andréa Batista Magalhães, José A. S. Cavalcante. – Goiânia : Editora Akademos, 2021.
255 p. ; il.

Inclui referências.

ISBN: 978-85-67185-23-1

1. Psicologia – Pesquisa. 2. Saúde. 3. Psicologia clínica da saúde.
4. Pesquisadores – Estudo e ensino. 5. Psicologia social. I. Oliveira, Analucy Aury V. de. II. Magalhães, Andréa Batista. III. Cavalcante, José A. S.

CDU: 159.9:37

Bibliotecária responsável: Adriana Pereira de Aguiar / CRB1: 3172

Editoração

Prof. Ms. José A. S. Cavalcante

Todos os dados conteudísticos, conceituais e formais dessa obra são de iniciativa e inteira responsabilidade dos(as) autores(as).

APRESENTAÇÃO

A produção e publicação literária é parte integrante, e porque não dizer essencial, de uma formação acadêmica. Contudo, nas Instituições de Ensino Superior a Pesquisa e publicação ainda são “artigos de luxo”. Existem como ‘objetivo’ apenas na papelada para efeito de prestação de contas nas eventuais visitas do Órgão de controle, MEC. Na educação superior brasileira, a realidade prática de Pesquisa e publicação, quer de alunos quer de professores, é uma ficção.

Esse *déficit* das nossas graduações coloca em maior evidência a relevância da iniciativa das colegas Professoras, Dra. Analucy Aury Vieira de Oliveira e Dra. Andréa Batista Magalhães, que orientam, estimulam, tornam-se parceiras de alunos e alunas na Pesquisa, e criam as oportunidades para que os textos científicos produzidos nessa comunhão intelectual e comprometidos com a excelência tornem-se públicos.

Conhecimento não se transmite, constrói-se! Epistemologicamente ainda não se propôs nada apto a substituir a Pesquisa como poderoso instrumento de produção do saber. Os autores e autoras deste livro poderiam narrar o cansaço e o desgaste que a tarefa da investigação científica impõe. Mas enfatizariam sobretudo, suponho, o prazer contido na pesquisa dos respectivos temas. Produziram conhecimento e, agora, publicam conhecimento. Portanto, esta obra é fruto de centenas de horas de trabalho de discentes e docentes que, coletivamente, aceitaram o desafio de fazê-lo chegar às mãos de um segmento especializado da Psicologia e áreas afins, ou mesmo àqueles que por essa Ciência têm afeição e buscam cultura geral.

Parabéns aos organizadores, aos autores e autoras pelas temáticas diversas, ricas, instrutivas, cujos fundamentos e estrutura se tornarão modelares para futuros trabalhos ligados à ciência psicológica e ciências correlatas.

De minha parte é uma honra contribuir e percorrer esse trajeto da educação ao lado de profissionais tão engajados e promissores.

Goiânia, junho de 2021

Prof. Ms. José A. S. Cavalcante
Editor

SUMÁRIO

	Apresentação – Prof. Ms. José A. S. Cavalcante.....	3
	Índice de Abreviaturas.....	7
<u>1</u>	A importância do vínculo terapêutico no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista - <i>Eloá Silva de Sousa Lima, Maria Mendonça Del’Acqua, Nathalya Alves Ferreira, Nayara Ferreira Alves. Dr^a. Janete Capel Hernandes.....</i>	9
<u>2</u>	Avaliação Neuropsicológica em adolescentes com Transtorno de Ansiedade. <i>Juliana Borges Pinheiro, Dra. Analucy Aury Vieira de Oliveira.....</i>	21
<u>3</u>	A análise do comportamento aplicada à Síndrome de Down: possíveis intervenções. <i>Júlio Cesar Alves.....</i>	35
<u>4</u>	Depressão pós-parto: a importância do diagnóstico precoce e ações de prevenção psicológica em gestantes. <i>Kálita Karoliny Arquino Moreira Estulano, Leid’Anne Santos Lima; Dra. Andréa Batista Magalhães.....</i>	51
<u>5</u>	Fatores desencadeadores do Transtorno de Ansiedade em mulheres - Revisão Sistemática de Literatura. <i>Jéssica Oliveira Romualdo, Laryssa Brasil Bassanesi, Thainara Mariano da Silva; Dra. Janete Capel Hernandes.....</i>	65
<u>6</u>	T C C no Tratamento de sintomas depressivos da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. <i>Kálita Karoliny Arquino Moreira Estulano; Fernanda Caroline Bento; Dra. Analucy Aury V. de Oliveira.....</i>	89
<u>7</u>	Contribuição da Psicologia no tratamento de doenças psicossomáticas e dor crônica - Revisão Bibliográfica Integrativa. <i>Lorrany Ribeiro de Souza, Adriana de Oliveira Barbosa</i>	103
<u>8</u>	Reabilitação neuropsicológica da memória em pacientes com lesão encefálica adquirida - Revisão Sistemática de Literatura. <i>Emislene Meira da Costa Ataidés, Karina Ferreira Leão Junqueira. Analucy Aury Vieira de Oliveira.....</i>	115
<u>9</u>	Intervenção ABA (Applied Behavior Analysis) para crianças do Transtorno do Espectro Autista - Revisão Sistemática de Literatura. <i>Graziela das Neves Costa Damasceno, Júlia Gregório de Castro, Dra. Andrea Batista Magalhães, Dra. Janete Capel Hernandes.....</i>	123
<u>10</u>	Funções executivas em um refugiado do Paquistão: um estudo de caso. <i>Josenalda Pereira de Oliveira; Dra. Analucy Aury de Oliveira.....</i>	147
<u>11</u>	Avaliação do <i>distress</i> de pacientes em situação de cirurgia ortopédica. <i>Jéssika Hellena Candine Grazziotim.....</i>	155
<u>12</u>	Atendimento psicológico ao paciente cirúrgico com ênfase na anestesia. <i>Alessandra B. Rodrigues, Irondina Siqueira de Assis, Letícia Viana, Lorena Marques Melo, Luciana P. M. Rochael, Natalia Carrijo Lopes; Dra. Andréa Batista Magalhães.....</i>	169

<u>13</u>	Alteração Neuropsicológica: Depressão pós Acidente Vascular Cerebral (AVC). <i>Raissa Souza Silva; Dra. Analucy Aury Vieira de Oliveira</i>	185
<u>14</u>	A influência da utilização das tecnologias digitais na qualidade de vida do idoso. <i>Adriel Januário Sousa Silva, Janete Soares Bernardes, Dra. Analucy Aury Vieira de Oliveira, Dra. Janete Capel Hernandes</i>	195
<u>15</u>	Perfil do agressor masculino e a atuação nos grupos reflexivos para autores de violência doméstica em Goiânia. <i>Álvaro Ulisses Sousa, Eliane Salles da Silva; Dra. Janete Capel Hernandes</i>	211
<u>16</u>	Terapia Cognitivo Comportamental como intervenção em crianças com TDAH. <i>Uiles Pereira Martins, Liliane Messias dos R. Gonçalves. Dra. Analucy A. V. de Oliveira, Ms. Mychelle Oliveira Coelho</i>	223
<u>17</u>	O amor patológico sob o olhar da Psicologia - Revisão Sistemática de Literatura. <i>Graceli Monteiro Rodrigues de Queiroz, Jaqueline Mendes Leal; Dra. Janete Capel Hernandes</i>	237

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- ABA** - Análise Aplicada do Comportamento (Applied Behavior Analysis).
- ABLLS** - Assessment of Basic Language and Learning Skills,
- ABLLS-R** - Assessment of Basic Language and Learning Skills - Revised
- ACNUR** - Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
- ADI-R** - Autism Diagnostic Interview- Revised
- ADOS** - Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS ou ADOS2
- ANAMT** - Associação Nacional de Medicina do Trabalho
- ANCOVA** - Analysis of covariance
- AP** - **Amor Patológico**
- APA** – Associação Psiquiátrica Americana
- BAI** - Escala de Ansiedade Beck
- BAS II** - *British Abilities Scale*
- BDI** - Beck Depression Inventory
- BDI** - Escala de Depressão de Beck
- BDTD** - Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
- BHS** - Escala de Desesperança Beck
- BSI** - *Brief Symptom Inventory*
- BSI** - Escala de Ideação Suicida Beck
- BST** - *Behavioral Skills Training*
- BVS** - Biblioteca Virtual de Saúde.
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial.
- NAPS** - Núcleo de Atenção Psicossocial.
- TCC** - Terapia Cognitivo-Comportamental.
- CBCL** - *Child Behavior Checklist*
- CCC** - *Children's Communication Checklist*
- CID-10** – Código Internacional de Doenças
- CRP** - Conselho Regional de Psicologia.
- CSS** - *Calibrated Severity Scores*
- DP-3** - *Developmental Profile 3*
- DSM-V** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição
- FE** - Funções Executivas
- GARS** - Gilliam Autism Rating Scale
- GHQ** - *General Hospital Questionnaire*
- HAD** - *Hospital Anxiety and Depression*
- HC-UFG** - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás;
- ISSL** - Inventário de Sintomas de Stress
- KSPD** - *Kyoto Scale of Psychological Development Test*
- MADA** - Mulheres que Amam Demais (Instituição / Identidade)
- MLU** - *Mean Length of Utterance*
- Mulheres – Paraná
- NCCN** - National Comprehensive Cancer Network;
- NPA** - Núcleo de Psicologia Aplicada
- OMS** - Organização Mundial da Saúde. para Adultos de Lipp.
- PEP-R** - *Psycho-educational Profile*
- PRT** - *Pivotal Response Treatment*
- PSI** - *Personalized Support Initiative*
- QI** - Coeficiente de Inteligência.
- SB** - Síndrome de *Burnout*
- SPM/PR** - Secretaria de Políticas para
- TACCH** - Tratamento e Educação de Crianças com Deficiência, Autistas e Relacionadas com a Comunicação
- TAG** – Transtorno de Ansiedade Generalizada
- TCC** - Terapia Cognitivo-comportamental
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- TD** - *Distress Thermometer*
- TDM** – Transtorno Depressivo Maior
- TEA** - Transtorno do Espectro Autista
- TID** - Transtorno Invasivo do Desenvolvimento
- TOC** – Transtorno Obsessivo Compulsivo
- UCLA** - Universidade da Califórnia em Los Angeles
- VAB** - *Vineland Adaptive Behavior Scale*
- VAB-2** - *Vineland Adaptive Behavior Scale II*
- WPPSI-R** - *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Revise*

A importância do vínculo terapêutico no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista¹

The importance of the therapeutic link in the treatment of children with Autistic Spectrum Disorders

RESUMO

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA), é um transtorno invasivo que acomete o desenvolvimento do indivíduo em toda a sua vida e se manifesta em graus de gravidade variados. Pode apresentar a partir dos dezoito meses de idade. É classificado por causar prejuízos em uma tríade: Comportamento, Linguagem e Socialização, sendo uma condição crônica que inicia sempre na infância. **Objetivo:** Analisar a importância do vínculo terapêutico no tratamento de crianças com TEA. **Métodos:** Pesquisa qualitativa de relatos de casos, colhidos com entrevistas semi-estruturadas, com quatro profissionais da Psicologia que trabalham com crianças autistas. **Resultados:** Os resultados demonstraram semelhança na forma de atuação e experiências apresentadas pelos profissionais, de como lidar com a subjetividade das crianças com TEA, apesar de trabalharem com diferentes abordagens da Psicologia. **Conclusões:** O vínculo terapêutico é de extrema importância para a realização da psicoterapia com criança autista, pois somente com o despertar do seu interesse pelas atividades propostas e interação com o terapeuta é que se pode trabalhar o desenvolvimento das habilidades sociais, comportamentais e comunicativas.

Palavras-chave: autismo, TEA, vínculo, psicoterapia, crianças.

ABSTRACT

Introduction: Autistic Spectrum Disorder (ASD) is an invasive disorder that affects the development of the individual throughout their life and manifests in varying degrees of severity. May start to appear in eighteen months of age. It is classified as causing damage in a triad: Behavior, Language and Socialization, being a chronic condition that always begins in childhood. **Objective:** To analyze the importance of the therapeutic bond in the treatment of children with ASD. **Methods:** Qualitative research of case reports, collected through semi-structured interviews, with four psychology professionals who work with autistic children. **Results:** The results showed similarity in the way professionals act and their experiences, about how to deal with the subjectivity of children with ASD, despite working with different approaches of Psychology. **Conclusions:** The therapeutic bond is extremely important for the realization of psychotherapy with autistic children, because only with the awakening of their interest in the proposed activities and interaction with the therapist can happen the development of social, behavioral and communication skills.

¹ Eloá Silva de Sousa Lima, Maria Mendonça Del'Acqua, Nathalya Alves Ferreira, Nayara Ferreira Alves: discentes do Curso de Psicologia da Universo-Go. Dra. Janete Capel Hernandes.

1 INTRODUÇÃO OU CONTEXTO

1.1 Saúde Mental

A saúde mental está relacionada à forma que as pessoas reagem às exigências da vida e ao modo como harmonizam seus desejos, capacidades, ambições, ideias e emoções. Uma alteração nesse estado de bem-estar e/ou no modo que o indivíduo harmoniza suas demandas internas e externas, pode causar um transtorno mental. Podendo ser percebido no paciente quando os aspectos bio-psico-sociais estão desarmonizados.

Os manicômios, assim chamados os locais onde os “loucos” eram “depositados”, eram responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia e da Igreja Católica não havendo reconhecimento público para legitimar a assistência psiquiátrica.

O passo para a mudança que já se percebe claramente tem sua origem na reforma psiquiátrica italiana e culmina na aprovação da Lei 180 de 13/05/78, depois incorporada ao texto da lei geral da reforma sanitária, que proíbe a internação em manicômios e a construção de novos hospitais psiquiátricos e abre novas formalidades de serviços, de cuidados. (ROTELLI *apud* BELMONTE, 1996, p. 165)

O modelo nos manicômios pode ter mudado, mas não de forma significativa, pois a forma de tratar ainda era desumana e violenta. Segundo Magaldi (2018), a década de 1930 foi favorável à chegada de técnicas fisicalistas de tratamento (superveniente ao físico) que optavam pelo cérebro como seu terreno privilegiado de intervenções, tais como a eletroconvulsoterapia e a lobotomia.

Segundo Melo (2010), a oposição de Nise da Silveira, pioneira na implantação do tratamento humanizado no Brasil, fez com que modificassem as condições terapêuticas criando um ambiente acolhedor e sem qualquer tipo de coação com o oferecimento de atividades expressivas, como pintura, modelagem, música e teatro, para se acompanhar o incessante processo de busca do paciente pela consciência.

Para Oliveira, Melo Junior e Vieira Silva (2017), a saúde mental no Brasil passou por diversas modificações e intensas lutas para que os tratamentos dos indivíduos que estão em sofrimento psíquico garantissem a reabilitação psicossocial, a liberdade e a cidadania.

Atualmente, a forma de tratar as pessoas que possuem transtornos mentais mudou sendo mais humanizada, assistencialista, garantindo às pessoas o direito de ser livre, conviver em harmonia com a sociedade, substituindo os manicômios por novas modalidades de atendimentos, tais como: Hospital Dia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).

Segundo a cartilha de saúde mental (2012, p.14) “A Lei Federal nº 10.216/2001 dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona todo o modelo assistencial na área, reconhecendo como direitos: o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, a informações a respeito de sua doença e seu tratamento, ambiente terapêutico com meios menos invasivos possíveis, a serviços comunitários de saúde mental, ser tratado com respeito e garantia de sigilo sobre as informações prestadas.

1.2 Transtornos do neurodesenvolvimento

Transtornos mentais são definidos de acordo com as normas e valores culturais, sociais e familiares. Dentre eles, estão os Transtornos do Neurodesenvolvimento, cujo sintoma se manifesta geralmente antes da idade escolar e, segundo o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais 5ª versão -DSM-V (2014), são considerados como Transtornos do Neurodesenvolvimento: Deficiências Intelectuais, Transtornos da Comunicação, Transtorno do Espectro Autista, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno Específico da Aprendizagem, Transtornos Motores, Transtornos de Tique e Outros Transtornos do Neurodesenvolvimento. (APA, 2014).

1.3 Transtorno do Espectro Autista

Transtorno do Espectro Autista (TEA), é um transtorno invasivo que acomete o desenvolvimento do indivíduo em toda a sua vida e se manifesta em graus de gravidade variados. Pode apresentar a partir dos dezoito meses de idade. É classificado por causar prejuízos em uma tríade: Comportamento, Linguagem e Socialização, sendo uma condição crônica que inicia sempre na infância.

Embora pesquisas mundiais registrem maior incidência do Transtorno do Espectro Autista em criança do sexo masculino levando a indicativos de mutação genética, pesquisadores como Dr. Sebastián Jacquemont, geneticista em entrevista a Domingues Nancy (2015), afirma que não há explicação cientificamente comprovada para tal fenômeno.

1.3.1 Critérios Diagnósticos 299.00 (F84.0), segundo o DSM-V (2014, *apud*, APA, p. 50):

 *Déficits* persistentes na comunicação social e na interação social; *Déficits* na reciprocidade socioemocional; *Déficits* nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social; *Déficits* para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos.

 Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia: Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos; Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal; Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco; Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente.

No DSM V (2014), fundiram-se em uma única categoria, Transtorno do Espectro Autista – TEA, todos os distúrbios do autismo anteriormente descritos Transtorno Autista, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno Generalizado do Desenvolvimento não especificado e Síndrome de Asperger. (APA,2014).

O presente estudo busca apresentar algumas abordagens de psicoterapia no tratamento do autismo. Nos primeiros anos do Séc. XXI Assunção Jr (2003) menciona o predomínio da concepção organicista acerca do então Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, atualmente incorporado pelo TEA, conforme dito anteriormente.

1.3.2 A Psicanálise defende a ideia de que o indivíduo é formado na relação com o outro. A escuta do analista, no caso de um autista, apresenta-se, através da persistência em comprovar o recebimento de um dito e proporciona a possibilidade de a criança autista conseguir se reconhecer como autor do que foi proferido e ser convocada a dizer. Lacan (1954/1986), diz em a função criativa da palavra, diz que uma palavra não é palavra até que alguém acredite nela, ou seja, que a palavra é um meio de reconhecimento.

O olhar da psicanálise no caso de uma criança autista se investe no estabelecimento de um laço social. O desejo do analista não é de cura nem pedagógico: ele se fabrica no processo analítico e está sustentado pelo ato de escuta e acolhimento da palavra ou do ato do sujeito.

O lugar do analista em todo o processo da psicoterapia com as crianças autistas é de dar acolhimento à palavra ou ao ato do indivíduo. A partir da sua escuta, o analista toma palavras e atos dos autistas em um campo de sentido, dando o valor de significante.

Segundo Klein (1952/1991), as relações com os objetos começam com os processos de projeção e introjeção, por serem inseparáveis das emoções e ansiedades do bebê. Pela projeção, isto é, pelo desvio da libido e da agressão ao seio da mãe, fica estabelecida a

sustentação para o início das relações de objeto. Pela introjeção do objeto, em primeiro lugar seria o seio materno, permitindo que as relações com os objetos internos do bebê passem a existir.

De acordo com Winnicott (1975), na maior parte do primeiro ano, o bebê ainda não é capaz de distinguir o eu/não-eu, mundo interno/mundo externo. Inicialmente o bebê considera que seu corpo e o de sua mãe são um só, então é como se a mãe fosse uma extensão do seu próprio corpo.

O vínculo inicial com a mãe influencia, em todos os outros relacionamentos que o bebê irá ter, inclusive com o pai. Esse vínculo baseia a capacidade para formar todo laço profundo e intenso com uma pessoa.

1.3.3 A psicoterapia lúdica com crianças com autismo deve ser voltada, para a construção de um vínculo entre a criança e o psicoterapeuta, assim permitindo que a criança dê abertura para seguir com a terapia e futuramente alcançar bons resultados.

Segundo a visão humanista de Carl Rogers (Abordagem Centrada na Pessoa), o autista possui uma tendência atualizante que pode ser aplicada em todos os seres humanos, inclusive em pessoas que estão adocidas psicologicamente. De acordo com Lopes (2010), a criança é uma pessoa em desenvolvimento e que possui em si todas as ferramentas que a proporciona evoluir e se desenvolver.

1.3.4 Schaller (2014), diz que a **musicoterapia** usa o recurso musical para conseguir recuperar, manter e estimular a saúde mental do paciente, pois a música traz alegria e diante disso o terapeuta consegue criar uma ligação positiva estabelecendo um intenso vínculo terapêutico durante o tratamento.

De acordo com Lopes (2010), é a partir de relações afetivas que a criança vai construindo com as pessoas que considera significativas, com os objetos e como mundo, ela irá formar sua identidade e definir o que será na fase adulta.

Segundo Mahler (1977), o desenvolvimento psicológico e o processo de individuação da criança, é o que vai fazer com que ela saia lentamente de seu mundo interior, de uma relação materna de dependência, para uma relação de autonomia em direção ao mundo exterior.

1.3.5 Na visão de Serra (2008), a **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)** representa um sistema integrado, associado a um modelo de personalidade, e de psicopatologia a um modelo aplicado, que reúne princípios, técnicas e estratégias terapêuticas. Reflete um método diretivo e semiestruturado, direcionado à resoluções de problemas. A terapia cognitiva é colaborativa, em um processo que ambos, terapeuta e paciente, têm papel ativo e focal, requerendo uma definição real e específica dos problemas do paciente e das metas terapêuticas.

Existem várias avaliações utilizadas para a classificação do autismo e que permite ter um ponto de partida para identificar o nível em que a criança se encontra. Tem que ser considerado o histórico familiar e social, o ambiente em que esta criança está inserida e seu desenvolvimento cognitivo. O terapeuta deve estabelecer com que frequência ocorre o comportamento, colocar regras e metas a serem cumpridas, escolher as técnicas para serem aplicadas, e avaliar se o processo e as intervenções apresentam uma resposta positiva. Dessa maneira Bereohff (1991) considera que a avaliação do autismo deve ser fundamentalmente ideográfica, pois não se trata de descobrir leis gerais de funcionamento psicológico, mas de investigar e analisar as características de comportamento individual em interação com um ambiente determinado.

Programas comportamentais podem reduzir a irritabilidade, agressividade, medos e os rituais, assim como promover um desenvolvimento mais apropriado. Conforme Sampaio

(2005), na TCC utiliza-se técnicas para manter os resultados obtidos na terapia, além de aplicá-las em novos problemas futuros que podem surgir.

1.3.6 Para a **Gestalt-terapia**, o ser humano está em constante desenvolvimento ao longo de toda a sua vida. Aguiar (2005) coloca que concebemos o desenvolvimento como um processo de interação do homem com o mundo. A relação estabelecida com o mundo não se caracteriza pela passividade, mas pela possibilidade de ação e transformação do meio com a finalidade de ajustar-se da melhor forma possível às circunstâncias. Esta interação ocorre por meio do conceito chamado auto-regulação organísmica, que entende os organismos em constante busca de equilíbrio homeostático, a partir da emergência das necessidades, fisiológicas, psicológicas e sociais.

Ser capaz de reconhecer, acolher, respeitar e estimular os ajustamentos criativos da pessoa autista é um ponto fundamental do atendimento dos mesmos. Para isso, é preciso desenvolver a *awareness*, um conceito de Gestalt-terapia de difícil tradução, mas se pode colocar como entrar em contato com seu próprio organismo, suas necessidades, o ambiente ao seu redor, seu contexto no aqui e agora. Devemos estimular a *awareness* da pessoa diante de nós, mas também nossa própria *awareness* precisa ser ampliada para que não nos prendamos ao comportamento autístico e nem tentemos “curar” a pessoa.

Em Gestalt-terapia, “a pessoa é a maior conhecedora de si mesma”, pois ela sabe quais são as suas próprias necessidades e dificuldades.

1.4 Psicoterapia

A psicoterapia tem a finalidade de tratar, ensinar, conduzir, restabelecer o bom funcionamento do psiquismo, por meio de técnicas, intervenções, análises para que o paciente compreenda as causas do que lhe acomete.

A técnica visual mais usada é a “*TEACCH*” (*Treatment and Education of Autistic and Communication related Handicapped Children*), e segundo Nunes (2016) este conceito é resultado de uma fusão entre a educação especial, o controle comportamental, a terapia da fala e o treino das técnicas sociais.

Outra técnica é a *Tell-Show-Do*, que através da fala acompanhada por expressões faciais, ou seja, falar-mostrar-fazer que começa antes da criança entrar no consultório, tendo continuidade em todo o atendimento.

A técnica do “falar-mostrar-fazer” deve se iniciar logo que a criança entra no consultório, e durar durante todo o atendimento. É fundamental que antes mesmo da criança entrar na sala de consulta, conheça o nome do profissional e que seja realizada uma breve “conversa” ou “contato social” entre profissional e criança. O objetivo desta etapa é mostrar à criança que queremos seu bem e seremos seu amigo. (ADDELSTON, 1959 *apud* ALBUQUERQUE *et al.*, 2010, p. 112).

Já a ABA (*Applied Behaviour Analysis*- Análise Comportamento Aplicado) é um tratamento comportamental indutivo, tem o propósito de ensinar a criança capacidades e habilidades focando nos comportamentos que vão ser o alvo da intervenção, por estágios, que ainda não possui.

O método ABA recebe como crítica a de supostamente robotizar as crianças, o que nos parece correto, já que a ideia é interferir precocemente o máximo possível, para promover o desenvolvimento da criança, de forma que ela pode ser maximamente independente o mais cedo possível. (MELO, 2001, p.21)

Nota-se que essas técnicas analisando o perfil psicoeducacional revisado, avaliam e determinam as dificuldades e os pontos fortes da criança. Porém reduz a criança a estímulo e resposta, essas técnicas de cunho visual são importantes para aprendizagem,

onde só o método não é o bastante, mas a mistura entre vários métodos pode ser adaptada com práticas lúdicas que envolvem imitações, percepções e motricidade contribuindo com o desenvolvimento da criança autista, lembrando que "O brincar é uma atividade fundamental ao desenvolvimento psíquico da criança, pode alargar suas possibilidades de agir sobre o mundo, o que é muito importante, também, no desenvolvimento de crianças com deficiência/autismo". (CHICON, 2018, p 2).

Partindo da importância da interação, vale lembrar que compreensão das emoções e da linguagem corporal dos outros pode ser difícil para crianças com autismo, e o laboratório de Psicologia da Universidade de Indiana, nos EUA (Estados Unidos da América), usa técnicas teatrais para o desenvolvimento dessas habilidades.

Segundo Maléfano & Rebelo (2015) às três dimensões do espaço do fantoche nas psicoterapias das psicoses (o distanciamento, o olhar e a voz). Essa técnica faz a criança autista desenvolver a criatividade, mostrar suas assimilações e conteúdos mnêmicos internalizados, projetar e manipular objetos apresentar resultados simbolicamente e manifestar conteúdos latentes.

Outra psicoterapia lúdica, que pode ser bem utilizada com as crianças é a dos contos de fadas, pois ocupam um lugar muito importante na vida psíquica de uma criança e em seu desenvolvimento. Os contos exercem uma função terapêutica, mesmo diante dos avanços da tecnologia. Figueiredo (1998) diz que o fato de que os contos de fadas permanecerem através dos séculos, é mágico, pois tem o poder de fazer com que o sujeito possa se conhecer melhor. Utilizado dentro do *setting* terapêutico, a criança se sente acolhida e possibilita o vínculo. É uma via de acesso à manifestação de seus sentimentos, dores, ódios e angústias, sentimentos que possivelmente não apareceriam em casa com seus cuidadores ou em qualquer outro espaço de uma forma mais clara.

O terapeuta precisa ter uma boa escuta, que deve ser singular presando a subjetividade de cada criança, que poderá trazer conteúdos por elementos como comunicação pela fala, ou por meio de dramatização ou desenhos. Ela estará trazendo sua própria realidade, de uma forma simbólica. Profissionais que trabalham com os contos de fadas e acolhem o desamparo de uma criança, podem mudar o rumo de um possível vazio e fazer com que a criança se sinta mais segura e amada.

1.5 O vínculo terapêutico com crianças autistas

A terapia em crianças com autismo ocorre a partir da construção de um vínculo com o terapeuta. É importante que a criança possa ser ouvida, ser vista, para que possam ser realizadas as construções que deveriam ter acontecido nos primeiros anos de vida. Seincman (1997) diz que o processo da terapia com uma criança autista se faz o oposto da cura analítica clássica. O objetivo do analista é se fazer de interprete, de dar sentido para o sujeito, como se fosse um tradutor de uma língua estrangeira.

Melanie Klein ([1930] 1996, p.243) propaga a psicanálise infantil com autistas depois de descrever o caso de Dick. Klein descreve a história clínica de uma criança que era voltada para si, com um conjunto de sintomas que pareciam com os de crianças que eram ditas como esquizofrênicas, com ausência de delírios ou alucinações. Assim, o relato que Klein faz da criança é muito similar a uma síndrome descrita por Kanner ([1943] 1997) como "Autismo Infantil Precoce".

Klein ([1930] 1996, p.259), afirma "ter acesso ao inconsciente do menino ao entrar em contato com os rudimentos de fantasia e formação de símbolos que ele apresentava", então não mudou sua técnica ao atender crianças que eram voltadas para si mesmas. Continua com a interpretação do brincar da criança, levando em conta o complexo de Édipo e o sadismo.

Segundo Januário e Tafuri (2010), o papel da analista é de interpretar e dar sentido ao simbolismo descoberto por detalhes do comportamento em que a criança mostra mesmo na ausência da fala e do brincar simbólico.

O atendimento de crianças com autismo ocorre a partir da construção de uma relação primordial com o terapeuta. É importante que a criança possa fazer-se ouvir, fazer-se ver, para que, então, possam ser realizadas as construções que deveriam ter acontecido nos primeiros anos de vida (SIELSKI, AMP e CARDOSO *apud* MARQUES, 2007).

Segundo Januário e Tafuri (2010) o *holding* é uma característica em que ocorre na clínica com pacientes autistas. *Holding* na teoria de Winnicott significa oferecer um *setting* terapêutico que ampare e permita o processo de integração do indivíduo. A análise não possui só a ferramenta de interpretação, há também outras formas de se trabalhar, como a noção de *holding* que tem como características principais a satisfação das necessidades.

Além dessa interação, Winnicott traz a relação de transferência que é baseada na relação primitiva mãe-bebê, o analista deve deixar claro que não é uma mãe, mesmo se identificando no estado “preocupação materna primária” e apesar de ter semelhanças, agora o local é propício para o amadurecimento saudável da criança. Nos vínculos sensoriais não verbais na transferência, Alvarez (2011) diz que ao examinar as primeiras experiências da vida do bebê em relação à fala, afirma que a mãe pode, ou não, se comunicar com seu bebê, pois a linguagem não é relevante nessa fase do desenvolvimento emocional. O importante nesse período é a experiência de confiança. Winnicott diz que essa confiança seria uma comunicação silenciosa e ressalta algumas, que seriam o movimento que ocorre durante a respiração da mãe, o som de seu coração, a comunicação física ao qual a mãe ajusta os seus movimentos aos do bebê e as expressões da mãe. Há também as comunicações não-silenciosas, que ocorre na melodia, no ritmo e na emissão da voz materna, por exemplo, as canções de ninar.

Os pacientes revelam ao analista através da relação mãe-bebê suas necessidades. Safra (2005) mostra a importância do resgate sensorial na relação de transferência, onde muitas vezes as crianças autistas utilizam da transferência para construir partes do seu *self*, sendo que a apresentação desse *self* deve ser observada cuidadosamente, pois pode ser demonstrado em gestos ou em formas sensoriais, onde o cliente se constrói e se significa na frente do analista.

É fundamental que o analista possa acompanhar tanto vivências psíquicas que se expressam pela linguagem discursiva, quanto aquelas que emergem, por meio de símbolos estéticos, como símbolos do *self*, articulados plasticamente no campo sensorial (SAFRA, 2005, p 29-30).

O objetivo geral dessa pesquisa é analisar a importância do vínculo terapêutico no tratamento de crianças do espectro autistas.

Os objetivos específicos são: (i) Identificar se o vínculo terapêutico só funciona quando o terapeuta compreende a demanda e a individualidade da criança autista. (ii) Descrever as formas de abordagem e as técnicas utilizadas para que seja estabelecido o vínculo terapêutico com crianças autistas. (iii) Verificar se o vínculo terapêutico poderá auxiliar a criança autista na construção de suas relações sociais.

2 MÉTODOS

Tipo de Pesquisa: qualitativa; Método: relatos de casos; Universo: profissionais que trabalham com crianças autistas; População: profissionais da Psicologia.

2.1 Amostra

Duas mulheres e dois homens, com faixa etária de 28 à 53 anos, que foram identificados como entrevistados 1,2,3 e 4, com as respectivas formações acadêmicas e tempo de atendimento de crianças autistas: Psicólogo clínico com abordagem comportamental e experiência de 2 anos de atendimento; Psicóloga, especialista em terapia cognitivo comportamental, especialista em neuropsicologia e reabilitação cognitiva, com 2 anos de atendimento na abordagem cognitivo comportamental; Psicólogo clínico especialista em psicoterapia transpessoal centrada no corpo, terapia energética corporal, psicoterapia corporal para crianças e adolescentes, gestão em relações humanas, com tempo de atendimento de 6 anos; Psicóloga especialista em análise do comportamento aplicada ao desenvolvimento atípico com 10 anos de atendimento na abordagem ABA.

2.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Inclusão: psicólogos de ambos os sexos, de qualquer idade, com qualquer tempo de experiência com atendimento de crianças com TEA. Nesta pesquisa são identificados como: entrevistado 1, entrevistado 2, entrevistado 3 e entrevistado 4. Exclusão: psicólogos e outros profissionais que não atuam com crianças com TEA.

2.3 Instrumentos, procedimentos e análise de Coleta de Dados

Questionário sócio demográfico e entrevista semi estruturada, com os dados coletados no período de 11 a 23 de março de 2019. A coleta ocorreu no consultório de cada profissional, em dias e horários definidos. Foram utilizados questionários sócio demográficos e uma entrevista semiestruturada, gravada e transcrita. Os dados da entrevista foram explorados de acordo com a técnica de análise de conteúdo.

3 RESULTADOS

Ao perguntar como se dá o primeiro contato com uma criança autista, todos os entrevistados afirmaram que fazem contato prévio com a família da criança como objetivo de levantar dados sobre como é a rotina da mesma, suas preferências, limitações e particularidades que possam interferir no relacionamento terapeuta/criança, no ambiente terapêutico. Os 4 entrevistados pontuaram que além de preparar o ambiente físico com objetos que chamam a atenção da criança, deixa-a a vontade para escolher o brinquedo e usufruir do espaço, com liberdade de movimentação. A entrevistada 2 mencionou a importância de que o acompanhante da criança, participe junto com ela na primeira sessão, para lhe dar segurança. A entrevistada 4 observa a criança e faz uma avaliação comportamental para traçar o projeto de acompanhamento, dependendo do grau de transtorno em que ele se encontra, sendo leve, moderado ou severo.

Ao serem perguntados se utilizam alguma técnica nesse primeiro contato, todos os entrevistados afirmaram que diante das informações previamente adquiridas por meio da família, preparam o *setting* terapêutico de forma acolhedora com objetos pré-selecionados de acordo com a preferência da criança. Somente a entrevistada 2 utiliza música, instrumentos musicais e a técnica *tell-show-do*.

Questionados se o estabelecimento do vínculo pode trazer algum malefício para a vida da criança autista, os entrevistados 3 e 4 afirmaram não ver nenhum malefício, enquanto a entrevistada 2 considera que os benefícios são maiores que algum malefício e o entrevistado 1 destacou que se o terapeuta não atentar para a busca da generalização do vínculo da criança em relação a outras pessoas, poderá causar limitações nos contatos sociais da criança.

Diante do questionamento de como identificar a melhor técnica a ser utilizada com crianças autistas, os entrevistados 1 e 3 afirmaram não aplicar técnicas específicas, apenas observar a reação da criança diante de novos estímulos, enquanto que as entrevistadas 2 e 4 utilizam de técnicas da abordagem comportamental que melhor atendam a demanda da criança.

Ao serem perguntados sobre como proceder se o vínculo não for estabelecido, todos os entrevistados afirmaram a necessidade de apresentar múltiplas ferramentas alternativas, para despertar o interesse da criança, pelas sessões terapêuticas, porém os entrevistados 1, 3 e 4 comunicam à família sobre as dificuldades apresentadas na constituição do vínculo e caso a família queira, indicam profissionais que trabalhem com outras técnicas.

Questionados sobre como o vínculo terapêutico pode auxiliar no desenvolvimento social e afetivo da criança, os entrevistados 1, 3 e 4 afirmaram que o vínculo terapêutico é muito importante para o desenvolvimento social e afetivo da criança, a partir da generalização do mesmo para outras pessoas. A entrevistada 2 utiliza-se da técnica de desenvolvimento da percepção tátil por meio das mãos da criança e busca parceria nessa prática com outros profissionais e familiares como forma de socialização e formação de vínculos afetivos.

Diante do questionamento de como a família pode auxiliar na formação do vínculo terapêutico, todos os entrevistados afirmaram que é fundamental a participação da família para fornecimento de dados sobre a criança como, rotina, objetos de sua preferência, reações diante de estímulos sonoros e táteis e outras informações que forem relevantes.

4 DISCUSSÃO

Por meio das entrevistas semi estruturadas, obteve-se os seguintes posicionamentos:

Todos os entrevistados afirmaram ser essencial falar com os familiares sobre as necessidades individuais e preferências das crianças autistas para preparar o *setting* terapêutico acolhedor, agradável e atraente de forma que atenda a cada criança na sua individualidade. De acordo com a teoria de Winnicott (1975), *holdings* significa, oferecer um *setting* terapêutico que ampare e permita o processo de integração do indivíduo e satisfação de suas necessidades.

Quanto às formas de abordagem e técnicas utilizadas para se estabelecer o vínculo terapêutico com crianças autistas, todos os entrevistados manifestaram a importância da preparação do *setting* terapêutico com variedades de materiais, brinquedos e cores, possibilitando a livre escolha por parte da criança. A entrevistada 2 utiliza uma técnica para que a criança comece a internalizar o processo terapêutico, antes mesmo dele acontecer, chamada *tell-show-do*.

A técnica do 'falar-mostrar-fazer' deve se iniciar logo que a criança entra no consultório, e durar durante todo o atendimento. É fundamental que antes mesmo da criança entrar na sala de consulta, conheça o nome do profissional e que seja realizada uma breve 'conversa' ou 'contato social' entre profissional e criança. O objetivo desta etapa é mostrar à criança que queremos seu bem e seremos seu amigo. (ADDELSTON, 1959 apud ALBUQUERQUE *et al.*, 2010, p. 112).

A mesma entrevistada apresentou também a importância da música dentro do *setting* terapêutico para que seja estabelecido o vínculo. Schaller (2014), diz que a música promove alegria e diante disso o terapeuta consegue criar uma ligação positiva estabelecendo um intenso vínculo terapêutico durante o tratamento e estimulando a saúde mental do paciente. Acrescentou ainda a importância de da espaço para a participação do acompanhante no *setting* terapêutico durante as primeiras sessões se a criança assim manifestar.

Ao se posicionarem quanto a importância do vínculo terapêutico para a formação da identidade social da criança, todos os entrevistados afirmaram que por meio da generalização do vínculo estabelecido no consultório, pode-se levar a criança a atuar da mesma forma no seu meio social. Segundo Lopes (2005), a partir das relações afetivas que a criança vai construindo com as pessoas, objetos e com o mundo, ela irá formar sua identidade.

Verifica-se que há coerência entre a teoria e a prática quanto aos procedimentos realizados pelos entrevistados no atendimento de crianças com Transtorno de Espectro Autista.

Observa-se que na maioria dos questionamentos, os entrevistados foram unânimes ao demonstrar sua preocupação com o estabelecimento do vínculo terapêutico e sua generalização a outras pessoas e grupos, para melhor desenvolvimento de habilidades comunicativas, comportamentais e sociais.

Verifica-se que independentemente da abordagem utilizada pelos profissionais, visando despertar o interesse da criança para a formação do vínculo, há unanimidade em afirmar a necessidade de se apresentar diversas atividades e observar, qual delas causou o melhor efeito em cada criança na sua individualidade.

5 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

Um dos pontos fortes desse artigo é que ao elaborá-lo utilizou-se coleta de dados diretamente com profissionais experientes em atendimento de crianças autistas, em seus consultórios, proporcionando aos pesquisadores a oportunidade de conhecer de perto os materiais utilizados e o ambiente em que são realizadas as sessões terapêuticas. Como limitação, cita-se a impossibilidade dos pesquisadores acompanharem psicólogos em sua atuação com a criança autista.

CONCLUSÃO

Diante da análise comparativa entre o conteúdo do referencial teórico e respostas obtidas nas entrevistas com os profissionais, pode-se concluir que o vínculo terapêutico é de extrema importância para a realização da psicoterapia com criança autista, pois somente com o despertar do seu interesse pelas atividades propostas e interação com o terapeuta é que se pode trabalhar o desenvolvimento das habilidades sociais, comportamentais e comunicativas.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C. *et al.* Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. Arquivos em Odontologia: Niteroi, v 45, Nº 02, p 112, 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n2/a08v46n2.pdf>. Acesso em: 28/03/2019
- AGUIAR, L. Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática. Campinas: Editora Livro Pleno, 2005.
- ALVAREZ, M. Comunicação e não comunicação em Psicanálise: abordagem de seis autores. Editora Impulso: Piracicaba, v 21, n 52, 2011. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/impulso/article/viewFile/476/587>> Acessado em: 31/05/2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.
- ASSUMPCÃO Jr, F. B. Transtornos abrangentes do desenvolvimento. In F. B. Assumpção Jr. & E. Kuczynski (Org.), Tratado de psiquiatria da infância e adolescência (pp.265-280). São

Paulo: Atheneu, 2003.

BELMONTE, P. *et al.* A reforma psiquiátrica e os novos desafios da formação de recursos humanos. Formação de pessoal de Nível Médio para a Saúde. Escola politécnica de saúde Joaquim Venancio. Org formação de pessoas de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1996. 224 p. available from Scielo Books, Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/dydn3/pdf/amancio-9788575412671-15.pdf>> Acessado em: 31/05/2018.

BEREOHFF, Ana Maria P. Autismo, uma visão multidisciplinar. São Paulo: GEPAPI, 1991.

CARTILHA. Direito à saúde mental. Ministério público federal / procuradoria federal dos direitos do cidadão, 2012. Disponível em <<http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>>Acessado em 02/09/2018.

CHICON, J. *et al.* Brincando e aprendendo: aspectos relacionais da criança com autismo. Revista Brasileira de Ciências do Esporte: Espírito Santo, v in press, No. Of Pages 7,2018.<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0101328917302202#bib0090>> Acessado em 31/05/2018.

FIGUEIREDO, Taicy. A. A magia dos contos de fadas. In: Ciclo de Seminários sobre o jogo simbólico. Associação Pró-educação Vivendo e Aprendendo, 1998, Brasília. Disponível em: www.inforum.insite.com.br/arquivos/1027/taicy_-_contos_de_fada.

JANUARIO, Lívia Milhomem; TAFURI, Maria Izabel. A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v.22,n.1,p.57-70,2010.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pId=S0103-56652010000100004&lang=pt> Acessado em 31/05/2018.

KLEIN, M. (1991). Sobre a observação do comportamento de bebês. In M. Klein. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963 (pp.119-148). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1952).

LACAN, J. A função criativa da palavra. In: O seminário livro 1; os escritos técnicos de Freud (1953-1954). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986. p. 268-327.

LÓPEZ, Anna Lúcia. A escuta psicanalítica de uma criança autista. Aracaju: Estudos de Psicanálise: Aracaju, n.34, p.13-20,2010. Disponível em: <<http://www.cb.org.br/escuta-psicanalista-de-uma-crianca.pdf>> Acessado em:11/11/2018.

MAGALDI, Felipe Sales. A psique ao encontro da matéria: corpo e pessoa no projeto médico-científico de Nise da Silveira. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 69-88, mar.2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pId=S0104-59702018000100069&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10/11/2018.

MAHLER, Margaret S. O nascimento psicológico da criança. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

MALEFAN, Pascal Le; REBELO, Teresa. O fantoche como mediação para os sofrimentos psíquicos. *Estilos clin.*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 194-204, ago. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pId=S1415-71282015000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11/11/2018.

MARQUES, Carla; ARRUDA, Sérgio. Autismo infantil e vínculo terapêutico. São Paulo: *Estud. psicol.* Campinas, 2007, vol. 24no.1. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2007000100013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em 01/09/2018.

MELO, W. Nise da Silveira, Antonin Artaud e Rubens Corrêa: Fronteiras da Arte e da Saúde

Mental. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia: São João del-Rei, v 2, n 2, p.182 – 191, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v2n2/v2n2a13.pdf>> Acessado em: 10/11/2018.

MELLO, Ana Maria S. Ros. Autismo: guia prático. 2 ed. São Paulo: Corde, 2001. Disponível em <<http://www.psiquiatriainfantil.com.br/livros/pdf/AutismoGuiaPratico.pdf>> Acessado em 30/05/2018.

NANCY, D. Sébastien Jacquemont is in Montreal to study the genetic origins of autism, Université de Montreal, Montreal, Canadá. 24/02/2015. Disponível em: <<http://nouvelles.umontreal.ca/en/article/2015/02/24/sebastien-jacquemont-is-in-montreal-to-study-the-genetic-origins-of-autism/>> Acesso em 17/02/2019.

NUNES, A. A Criança Autista na Consulta de Odontopediatria. Faculdade de medicina dentaria Universidade de Lisboa 2016. <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26095/1/ulfmd06074_tm_Ana_Nunes.pdf> Acesso em: 31/05/2018.

OLIVEIRA, P.F.; MELO JUNIOR, W.; VIEIRA-SILVA, M. Afetividade, liberdade e atividade: o tripé terapêutico de Nise da Silveira no Núcleo de Criação e Pesquisa Sapos e Afogados. Psiqui. prá. psicossociais, São João del-Rei , v. 12, n. 1, p.23-35, abr.2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1809-89082017000100003&lng=pt&nrm=iso>> Acesso em 10/11/2018.

SAFRA, G. A face estética do self: teoria e clínica. São Paulo: Ideias e Letras/ Unimarco Editora, p. 168 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000106&pid=S0103-5665201000010000400010&lng=en> Acesso em 31/05/2018.

SAMPAIO, A. A. S. Skinner: sobre ciência e comportamento humano. Psicol. cienc. prof. Brasília, v. 25, n. 3, p.370 383, 2005. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000300004>.

SEINCMAN, Monica. Laznik - Penot, M-C: Rumo à palavra. São Paulo, Escuta1997. Estilos clin., São Paulo , v. 2, n. 2, p. 153-156, 1997 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281997000200015&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 11/11/2018.

SERRA, A. M. Fundamentos da terapia cognitiva. Ciência e vida psique. São Paulo: Editora Escala, ano 1, n. 3, 2008. p.10-12.

SCHALLER, K. Acordes curativos. RaquelBraga, São Paulo, jun. 2014. Disponível em <<http://raquelbragasantos.blogspot.com/2014/01/acordes-curativos-por-katrin-schaller.html>> Acesso em: 10/11/2018.

WINNICOTT, D. W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975. Disponível em <<https://www.passeidireto.com/arquivo/5378049/winnicott-dw-o-brincar-e-a-realidade>> Acesso em 02/11/2018.

Avaliação Neuropsicológica em adolescentes com Transtorno de Ansiedade ²

Neuropsychological evaluation in adolescents with anxiety disorder

RESUMO

Os transtornos de ansiedade estão entre os mais prevalentes na infância e adolescência, estão associados a um prejuízo no desempenho social e a possíveis déficits cognitivos que levariam a um baixo rendimento escolar. Porém ainda são inconsistentes os achados nesta área, tornando-se necessários estudos que investiguem o perfil neuropsicológico desses pacientes. O presente estudo tem como objetivo avaliar o perfil neuropsicológico de adolescentes com transtorno de ansiedade e como esse transtorno atrapalha no desenvolvimento escolar, familiar e social, por meio de uma revisão narrativa da literatura. A Avaliação Neuropsicológica consiste em uma investigação minuciosa das funções cognitivas, sensoriais, motoras, emocionais e sociais da pessoa, com o intuito de se identificar algum comprometimento funcional neurológico, bem como as áreas preservadas. Os procedimentos podem ser padronizados, analisa-se detalhadamente a relação entre o comportamento do indivíduo e o funcionamento de seu cérebro, a fim de auxiliar no diagnóstico e desenvolver um plano de reabilitação.

Palavras-chave: Avaliação Neuropsicológica. Neuropsicologia. Transtorno de Ansiedade. Adolescente.

ABSTRACT

Anxiety disorders are among the most prevalent in childhood and adolescence, are associated with impairment in social performance and possible cognitive deficits that would lead to poor school performance. However, the findings in this area are still inconsistent, making it necessary to investigate the neuropsychological profile of these patients. The present study aims to evaluate the neuropsychological profile of adolescents with anxiety disorder and how this disorder interferes in school, family and social development. The Neuropsychological Assessment consists of a thorough investigation of the person's cognitive, sensory, motor, emotional and social functions, in order to identify some neurological functional impairment as well as the preserved areas. The procedures can be standardized, the relationship between the individual's behavior and the functioning of his brain is analyzed in detail to aid in diagnosis and to develop a rehabilitation plan.

Keywords: Neuropsychological evaluation. Neuropsychology. Anxiety disorder. Teenager.

INTRODUÇÃO

No presente trabalho, será abordado o tema Avaliação Neuropsicológica em Adolescentes com Transtorno de Ansiedade a partir de uma análise bibliográfica do tema. O mesmo apresentará a importância da avaliação neuropsicológica em adolescentes

² Juliana Borges Pinheiro: discente da Pós-graduação em Neuropsicologia da Universo-Go. Dra. Analucy Aury Vieira de Oliveira.

com transtorno de ansiedade. Mostrarei as dificuldades que os adolescentes e os familiares enfrentam diante desse transtorno.

A avaliação neuropsicológica (ANP) é um procedimento de investigação que se utiliza de entrevistas, observações, prova de rastreio e testes psicométricos para identificar rendimento cognitivo funcional e investigar a integridade ou comprometimento de uma determinada função cognitiva.

Os transtornos de ansiedade estão entre os mais apontados na infância e na adolescência, acometendo de 5 a 18% de acordo com dados epidemiológicos norte-americanos (COSTELLO e ANGOLD, 1995), estão associados a um prejuízo no desempenho social e a possíveis déficits cognitivos que levariam a um baixo rendimento escolar. O alto nível de ansiedade pode interferir no desempenho de diversas funções cognitivas. Pessoas portadoras de Transtorno de Ansiedade podem ser mais vulneráveis á presença de déficits cognitivos. Por meio de testagens neuropsicológicas, é possível mensurar o desempenho, descrever potenciais alterações de funções cognitivas.

A ansiedade e o medo são reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo. Tais reações exageradas ao estímulo inquieto se desenvolvem, mais comumente, em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada. Os transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais comuns tanto em crianças adolescentes e adultos, com uma prevalência estimada durante o período de vida de 9% e 15% respectivamente.

Nas crianças e adolescentes, os transtornos ansiosos mais frequentes são o transtorno de ansiedade de separação, com prevalência em torno de 4%, o transtorno de ansiedade excessiva ou o atual TAG (2,7% a 4,6%) e as fobias específicas (2,4% a 3,3%). A prevalência de fobia social fica em torno de 1% e a do transtorno de pânico (TP) 0,6%. Como a avaliação neuropsicológica em adolescente com transtorno de ansiedade pode auxiliar no desenvolvimento escolar, familiar e social identificando os déficits cognitivos que interferem neste desenvolvimento?

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo abordar a avaliação neuropsicológica de adolescentes com diagnóstico de transtorno de ansiedade em uma revisão narrativa da literatura, considerando aspectos históricos e recentes na conceituação do transtorno e como auxilia no desenvolvimento escolar, familiar e social.

1.2 Objetivos específicos

- ψ Fazer revisão bibliográfica sobre o assunto;
- ψ Apresentar a importância da avaliação neuropsicológica;
- ψ Apresentar avaliação neuropsicológica em adolescente com o transtorno;
- ψ Apresentar as principais dificuldades que os adolescentes enfrentam com o transtorno de ansiedade;

1.3 Relevância

Serão levantadas informações para estudos científicos deste assunto “Avaliação Neuropsicológica em Adolescentes com Transtorno de Ansiedade”, é visto nos artigos a importância da avaliação neuropsicológica na fase da adolescência e demonstram nas

presentes pesquisas e estudos que um diagnóstico na infância e adolescência auxilia no crescimento e desenvolvimento do sujeito durante sua vida.

1.4 Justificativa

A realização deste estudo surgiu a partir do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação proposto pela Universidade Salgado de Oliveira no campus: Goiânia. O trabalho visa discutir a avaliação neuropsicológica em adolescentes com transtorno de ansiedade e suas dificuldades. Assim, esse assunto traz uma notória relevância em razão da importância do diagnóstico precoce e com intuito de fortalecer o atendimento a esses grupos de pacientes.

2 EMBASAMENTO TEÓRICO

2.1 Transtornos de Ansiedade

2.1.1 Transtorno de Ansiedade de Separação - TAS

Transtornos de ansiedade é provavelmente a psicopatologia mais comum na juventude, com prevalência estimada variando de 5% a 25% mundialmente, sendo que apenas uma porcentagem bem menor recebe tratamento (Boyd et al, 2000; Costello et al, 2003). O Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) computa aproximadamente metade dos encaminhamentos entre todos transtornos de ansiedade (CARTWRIGHT-HATTON et al, 2006).

Segundo o DSM V, diz que a característica essencial do transtorno de ansiedade de separação é o medo ou a ansiedade excessiva envolvendo a separação de casa ou figuras de apego. Caracteriza-se por ansiedade excessiva em relação ao afastamento dos pais ou seus substitutos, não adequada ao nível de desenvolvimento. Os sintomas causam sofrimento intenso e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida da criança ou adolescente. Ambos, quando sozinhas, temem que algo possa acontecer a seus pais ou a si mesma, tais como doenças, acidentes, sequestros, assaltos, etc., algo que os afaste definitivamente deles. Como consequência, apegam-se excessivamente a seus cuidadores, não permitindo seu afastamento. Em casa, resistem a dormir, necessitando de companhia constante. Frequentemente têm pesadelos que versam sobre seus temores de separação. A recusa a frequentar a escola também é comum nesses pacientes.

O TAS é caracterizado como uma reação anormal a uma separação de um ente bem próximo, separação esta que pode ser real ou imaginária, e que interfere significativamente nas atividades diárias e no desenvolvimento do indivíduo. Para se enquadrar nos critérios diagnósticos do DSM-V, a ansiedade deve estar além do esperado para o nível de desenvolvimento da criança, durar mais de quatro semanas, começar antes dos 18 anos e causar sofrimento ou prejuízo significativo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

O TAS pode causar marcado sofrimento e prejuízo podendo, também, levar a várias consequências psicossociais, e é preditivo de transtornos psiquiátricos adultos, especialmente transtorno do pânico. Apesar disto, o transtorno raramente tem sido estudado, e crianças não são usualmente avaliadas clinicamente até o TAS resultar em recusa escolar ou sintomas somáticos, tais como dor abdominal, dor de cabeça, náusea e vômitos. Adolescentes maiores podem manifestar sintomas cardiovasculares, como palpitações, tontura e sensação de desmaio. Esses sintomas prejudicam e podem restringir suas atividades acadêmicas, sociais e familiares, gerando um grande estresse pessoal e familiar.

O DSM-V descreve que o TAS como um transtorno da infância que raramente persiste na

idade adulta. Contudo, muitos estudos têm achado que a prevalência de TAS em adultos é em torno de 6%, até maior que o TAS infantil. De acordo com um estudo, mais de 70% dos casos adultos de TAS começam na idade adulta; então esta poderia ser uma condição muito mais comum do que se imaginava anteriormente. (SHEAR *et al.*, 2006).

2.1.2 Transtorno de Ansiedade Generalizada - TAG

O DSM V, descreve o Transtorno de ansiedade generalizada (TAG) em adolescentes tem como sintomas os medos e preocupações exageradas e irracionais em relação a várias situações. Estão constantemente tensas e dão a impressão de que qualquer situação é ou pode ser provocadora de ansiedade. Preocupam-se muito com o julgamento de terceiros em relação a seu desempenho em diferentes áreas e necessitam exageradamente que lhes renovem a confiança, que os tranquilizem. Difícilmente relaxam, apresentam queixas somáticas sem causa aparente, sinais de hiperatividade Transtornos ansiosos na infância e adolescência (por exemplo, palidez, sudorese, taquipnéia, taquicardia, tensão muscular e vigilância aumentada).

Segundo Nascimento, Morgado, Giovanni e Resende (2003), o transtorno de ansiedade generalizada é uma preocupação ou ansiedade excessiva com motivos injustificáveis ou desproporcionais ao nível de ansiedade observada. Pessoas que sofrem dessa ansiedade estão frequentemente temerosas do futuro, aguardam pelo pior a todo o momento, por exemplo, qualquer pequeno atraso, um telefonema fora de hora, um telegrama são vistos como a notícia de uma tragédia ocorrida com uma pessoa querida. Este estado de ansiedade perturba a visão que a pessoa tem a respeito de si mesma e a respeito do que acontece no ambiente. Essa preocupação excessiva e incontrolável deve ocorrer durante pelo menos seis meses para que se possa diagnosticar o transtorno. Esse transtorno costuma ser crônico duradouro com pequenos períodos de remissão dos sintomas e geralmente leva o paciente a sofrer com o estado de ansiedade elevado durante anos. Pode vir a ceder espontaneamente em alguns casos e não há meios de se prever quando isso acontecerá.

O início desse transtorno costuma ser enganador; muitas vezes, os pais têm dificuldade em precisar quando começou e referem que foi se agravando até se tornar intolerável, época em que frequentemente procuram atendimento. Os sintomas podem variar e mudar ao longo do tempo, o que faz com que a pessoa se sintam bem em algumas ocasiões e mal em outras.

A preocupação com a possibilidade de vir a adoecer com algo grave ou sofrer um acidente, embora não existam indicativos de que essas coisas possam vir a acontecer, é o foco mais comum das preocupações das pessoas com ansiedade generalizada. Algumas pessoas temem mais que os entes queridos sofram algum desses males, como os pais, ou filhos. Estes indivíduos estão sempre imaginando situações como essas e frequentemente se consideram incapazes de lidar com elas caso realmente venham a acontecer. Respeitadas essas condições alguns dos sintomas de ansiedade generalizada podem ser emocionais, mentais e físicos.

2.1.3 Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social)

O transtorno de ansiedade social (TAS), também conhecido como fobia social, é um transtorno de ansiedade caracterizado por medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, nas quais o indivíduo é exposto a pessoas estranhas ou ao possível escrutínio por outras pessoas (APA, 2000). O indivíduo teme agir de um

modo que lhe seja humilhante ou embaraçoso e as situações fóbicas são evitadas ou enfrentadas com intensa ansiedade e sofrimento (APA, 2000).

O TAS é um transtorno psiquiátrico comum na infância e na adolescência, com algumas características peculiares nessa faixa etária, e tem sido associado com importantes prejuízos sociais, ocupacionais e familiares, além de predispor ao uso de drogas e ao desenvolvimento de depressão e de outros transtornos de ansiedade (PINE *et al.*, 1998; STEIN *et al.*, 2001). Diversas modalidades de tratamento tanto psicoterápicas quanto farmacológicas vêm sendo utilizadas no tratamento do TAS na infância e na adolescência.

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes e muitas vezes são subdiagnosticados, deixando de serem tratados. O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também denominado Fobia Social, é o transtorno de ansiedade mais comum e o terceiro mais prevalente entre todos os transtornos mentais (CLARK e BECK, 2012). Pesquisas realizadas nos Estados Unidos estimaram prevalência entre 2,5 e 13,3% para toda a vida (APA, 2002, 2014; Kessler *et al.*, 1994; Lecrubier e Weiller, 1997) e de 7% para 12 meses (APA, 2014). Na população geral, as taxas desse transtorno são mais altas no sexo feminino, e essa diferença é mais acentuada entre adolescentes e adultos jovens. Porém, em amostras clínicas, o transtorno pode apresentar uma prevalência um pouco maior no sexo masculino, em comparação a amostras da população geral (APA, 2014).

De acordo com DSM-5 e APA, 2014, indivíduos com TAS manifestam um medo excessivo e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho. Eles temem serem vistos comportando-se de maneira humilhante ou embaraçosa, e uma consequente desaprovação ou rejeição pelos outros (APA, 2014). Observa-se nesses pacientes um medo da avaliação negativa pelas pessoas, gerando sentimentos de constrangimento, humilhação e vergonha (BECK *et al.*, 2005a). Caracterizam-se também por serem extremamente inibidos e autocríticos nas situações sociais que lhes geram ansiedade, comportando-se de maneira tensa e rígida, com dificuldades em articularem-se verbalmente, ocasionando prejuízos no desempenho social (Clark e Beck, 2012).

Esses indivíduos podem apresentar dificuldades apenas em situações de desempenho, como medo restrito a falar ou se apresentar em público, ou indicar medo associado a diferentes situações sociais (APA, 2014).

2.1.4 Transtorno de Pânico - TP

O transtorno do pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques de pânico recorrentes que consistem em uma sensação de medo ou mal-estar intenso acompanhada de sintomas físicos e cognitivos e que se iniciam de forma brusca, alcançando intensidade máxima em até 10 minutos. Estes ataques acarretam preocupações persistentes ou modificações importantes de comportamento em relação à possibilidade de ocorrência de novos ataques de ansiedade.

Segundo Salum, Blaya, Manfro. (2009), o sofrimento psíquico e o prejuízo funcional vivenciado pelos pacientes com TP, está associado a uma série de outros desfechos que, empiricamente, justificam seu tratamento como um problema de saúde pública. Pacientes com TP têm maiores taxas de absenteísmo e menor produtividade no trabalho; maiores taxas de utilização dos serviços de saúde, procedimentos e testes laboratoriais; um risco aumentado, independente das comorbidades, de ideação de suicídio e de tentativas de suicídio; e, em mulheres pós menopáusicas, parece estar relacionado à morbidade e mortalidade cardiovasculares.

Segundo o DSM IV (1994), uma súbita sensação de intensa apreensão, medo ou terror, em geral associada com sentimentos de desastre iminente, caracteriza um ataque de pânico. A presença recorrente destes ataques e a preocupação sobre ataques futuros e suas consequências descrevem essencialmente o Transtorno de Pânico. Os sintomas apresentados durante estes episódios são: palpitações 98%, tontura 95%, sudorese 93%, dispnéia 90%, medo de ficar louco ou perder o controle 90%, e outros de menor incidência, como dor no peito, sensação de irrealidade, parestesias, arrepios, sensação de desmaio e tremor. São necessários pelo menos quatro destes sintomas para corresponder ao critério diagnóstico.

2.2 Avaliação Neuropsicológica

A Avaliação Neuropsicológica consiste em uma investigação detalhada das funções cognitivas, sensoriais, motoras, emocionais e sociais do sujeito, com o intuito de se identificar algum comprometimento funcional neurológico, bem como as áreas preservadas. Utilizando-se uma bateria de testes e procedimentos padronizados, analisa-se detalhadamente a relação entre o comportamento do indivíduo e o funcionamento de seu cérebro, a fim de auxiliar no diagnóstico, na compreensão da extensão das perdas funcionais, estabelecer tipos de intervenção específica e adequada, e desenvolver um plano de reabilitação. Sua atuação, portanto, é voltada para a avaliação e reabilitação de pessoas que apresentem alguma alteração cognitiva e/ou comportamental, associada às diversas patologias que afetam o sistema nervoso central. Aplica-se em crianças, adultos e idosos.

A importância da Avaliação Neuropsicológica reside no fato de se procurar identificar precocemente a presença de algum distúrbio, bem como o grau de sua evolução. Uma vez identificado algum prejuízo funcional, pode-se contribuir para a inclusão social da pessoa, por exemplo, desenvolvendo-se novas estratégias para lidar com as limitações apresentadas, minimizando-as.

Segundo Lezak (2004), avaliação neuropsicológica é uma forma de estudo da expressão comportamental das disfunções cerebrais, feito a partir de entrevistas, instrumentos de desempenho e questionários padronizados (Spreeen e Strauss, 2006). A avaliação neuropsicológica da criança é recomendada em qualquer caso em que exista suspeita de dificuldade cognitiva ou comportamental de origem neurológica. A escolha dos instrumentos deve sempre levar em conta que se trata de um cérebro em desenvolvimento.

Uma avaliação neuropsicológica completa deve envolver o exame das funções cognitivas e emocionais. As habilidades relacionadas à cognição (por exemplo, atenção, memória, linguagem, percepção, pensamento lógico abstrato e as funções executivas) podem ser separadas em duas classes distintas: uma, cuja expressão depende da mediação verbal ou simbólica, e outra cuja expressão não pode ser feita por meio de palavras ou símbolos Lezak, (2004). A avaliação de cada habilidade específica depende da perspectiva e da escolha do instrumento por parte do avaliador.

Neuropsicologia é a ciência dedicada a estudar a expressão comportamental das disfunções cerebrais, segundo a definição de Lezak, (1995). Avaliação Neuropsicológica é o método para investigação do funcionamento cerebral através do estudo comportamental. Os objetivos da avaliação neuropsicológica são basicamente auxiliar o diagnóstico diferencial, estabelecer a presença ou não de disfunção cognitiva e o nível de funcionamento em relação ao nível ocupacional, localizar alterações sutis, a fim de detectar as disfunções ainda em estágios iniciais. Contribui para planejamento do tratamento e no acompanhamento da evolução do quadro em relação aos tratamentos medicamentoso, cirúrgico e reabilitação.

No contexto das contribuições teóricas e metodológicas da psicometria, uma avaliação precisa e depende de instrumentos apropriados de medida (URBINA, 2004). As baterias de

testes podem ser fixas ou flexíveis. Nestas, os instrumentos são agrupados segundo demanda do caso específico em avaliação, ao passo que nas baterias fixas é constante um grupo de testes (agrupados previamente), destinado à aplicação em qualquer indivíduo e interpretados a partir de normas pré-estabelecidas (REITAN e WOLFSON, 2004).

A análise completa do desempenho do paciente, a comparação entre instrumentos, bem como a associação com exames neurológicos e de neuroimagem permite maior fidedignidade às conclusões de uma avaliação neuropsicológica (COSTA et. al, 2004). Os resultados podem instrumentar profissionais de diversas áreas para intervenção precoce, o que, com crianças, significa maximizar as possibilidades de um desenvolvimento saudável.

2.2.1 Atenção

Segundo Helene e Xavier (2003), a atenção é um conjunto de processos que leva à seleção ou priorização no processamento de certas categorias de informações, refere-se aos mecanismos pelos quais se dá esta seleção. A atenção é o mecanismo pelo qual nos preparamos para processar estímulos, enfocar o que vamos processar, determinar quanto será processado e decidir se demandam uma ação (MIRANDA *et al.*, 2008).

Os processos de atenção desempenham um papel fundamental no dia-a-dia do paciente com distúrbio neuropsicológico, pois podem afetar a aprendizagem e a memória, dentre outros aspectos cognitivos (STRAUSS, SHERMAN e SPREEN, 2006). Segundo Muir (1996), a atenção não é um constructo unitário, mas sim é composta por diferentes formas: vigília ou atenção sustentada, atenção dividida e atenção seletiva.

A atenção sustentada ou de vigília foi descrita por Koelega (*apud* MUIR, 1996) como um estado de prontidão para detectar ou responder a certas alterações específicas na situação de estímulo. A atenção dividida busca acessar a capacidade do indivíduo de realizar mais de uma tarefa simultaneamente e testar as suas restrições nesta habilidade.

Por fim, a atenção seletiva refere-se à capacidade de ignorar estímulos distratores, mantendo o foco em um determinado estímulo (MUIR, 1996).

2.2.2 Memória

Segundo Abreu e Mattos (2010), a memória comporta processos complexos pelos quais o indivíduo codifica, armazena e registra informações. A codificação é responsável pelo processamento da informação que será armazenada; a armazenagem, o processo que envolve o fortalecimento das representações enquanto elas estão sendo registradas e a sua reconstrução ao longo de sua utilização; e a recuperação, o processo de lembrança da informação anteriormente armazenada.

A memória compreende um conjunto de habilidades mediadas por diferentes módulos do sistema nervoso. Estes módulos podem ser dissociados, em termos, na natureza da informação processada e de suas regras intrínsecas de operação, que são distintas, porém funcionam de forma cooperativa e integrada, o que gera a sensação de um sistema único de memória (MELLO e XAVIER, 2006).

Segundo o Modelo Modal proposto por Atkinson e Shiffrin (1971) a memória seria constituída de três armazenadores - sensorial, de curto prazo e de longo prazo - sendo eles diferentes entre si devido a duração temporal, capacidade de armazenamento, mecanismo de esquecimento e susceptibilidade a lesões cerebrais diferentes. Conforme este modelo, a informação passaria por um armazenador sensorial temporário, seguindo para um de curto prazo, que possui um tempo de recuperação da informação limitado devido a efeitos de

interferência e da distração; por fim a informação seria armazenada na memória de longo prazo.

Com o tempo observou-se que alguns pressupostos do Modelo Modal não funcionavam necessariamente da maneira proposta inicialmente, verificou-se que a informação não precisava obrigatoriamente passar por uma via linear e que a memória de curto prazo não era um sistema único, mas sim subdividido em subsistemas específicos. Foi quando Baddeley e Hitch (1974) propuseram o Modelo de Memória Operacional com sistemas que funcionam de forma paralela e distribuída (ABREU e MATTOS, 2010).

2.2.2.1 Memória Operacional ou Memória de Trabalho

Segundo Baddeley e Hitch (1974) o Modelo de Memória Operacional, também conhecida como Memória de Trabalho, era inicialmente formado por 3 componentes: (1) Executivo Central, que é um sistema responsável pelo controle atencional funcionando como um “supervisor” dos demais componentes; (2) a Alça Visuoespacial que manipula imagens visuais; (3) a Alça Fonológica que armazena e ensaia discursos baseados em informações e é necessária para aquisição do vocabulário nativo e de uma segunda língua. Recentemente foi acrescentado um quarto componente ao modelo, o Retentor Episódico, que é capaz de vincular uma informação recuperada da memória de longo prazo a uma representação episódica unitária (BADDELEY, 2000).

A memória de trabalho ou operacional é um sistema de memória responsável pelo arquivamento de informação por um período curto de tempo, sendo necessária para o funcionamento cognitivo efetivo nas atividades coloquiais, incluindo o rendimento escolar e profissional. Permite que seja armazenada uma informação enquanto se realiza uma operação similar ou mesmo outra tarefa cognitiva simultânea (GATHERCOLE, 1999; ABREU e MATTOS, 2010).

2.2.3 Funções Executivas

As funções executivas correspondem a um conjunto de habilidades que, de forma integrada, permitem ao indivíduo direcionar comportamentos a metas, avaliar a eficiência e a adequação desses comportamentos, abandonar estratégias ineficazes em prol de outras mais eficientes e, desse modo, resolver problemas imediatos, de médio e de longo prazo. (MALLOY-DINIZ, 2014, pg. 115,). Eles consistem em um conjunto de processos cognitivos, que envolvem flexibilidade cognitiva, controle inibitório, julgamento, tomada de decisões, atenção seletiva, planejamento e resolução de problemas.

Ao final da adolescência, as funções executivas passam por um período de relativa estabilidade durante a idade adulta, tendendo a diminuir a eficiência de forma natural ao longo do processo de envelhecimento. Dessa forma, o desenvolvimento das funções executivas ao longo da vida apresenta de um U invertido. Diversos mecanismos neurobiológicos naturais parecem contribuir para esse processo de declínio das funções executivas parecem ter maior precocidade no processo de declínio das funções executivas. (SALAT et. Al 2005, *apud*. Malloy-Diniz).

Uma vez que as funções executivas são complexas e apresentam vários subdomínios, sua avaliação neuropsicológica envolve vários procedimentos, os quais podem estar agrupados em baterias formais especificamente desenvolvidas para medi-las ou baterias flexíveis nas quais os instrumentos são agrupados a partir de critérios definidos pelo examinador. (MALLOY-DINIZ, 2014, p. 123)

Os testes mais utilizados para avaliação de funções executivas são: *Wisconsin Card Sorting Test - WCST, Trail Making Test - TMT, Stroop, Spam Verbal de Dígitos, Cubos de Corsi, Torre de Hanói, Torre de Londres, Iowa e Gambling Test, Tarefa de Fluência Verbal e o Teste de*

Cinco Pontos ou Fluência de desenhos (FRAZIER, DEMAREE e YOUNGSTROM, 2004; WILLCUTT *et al.*, 2005).

2.2.4 Inteligência

A inteligência pode ser definida como o conjunto das habilidades cognitivas do indivíduo, a resultante, o vetor final dos diferentes processos intelectivos. Refere-se à capacidade de identificar e resolver problemas novos, de reconhecer adequadamente as situações vivenciais cambiantes e encontrar soluções, as mais satisfatórias possíveis para si e para o ambiente, respondendo às exigências de adaptação biológica e sociocultural. (DALGALARRONDO, 2008, p 277).

As principais habilidades incluídas no constructo inteligência para Dalgalarrondo (2008) são raciocínio, planejamento, resolução de problemas, pensamento abstrato, compreensão de ideias complexas, aprendizagem rápida e aprendizagem a partir da experiência. AAMR (2006) diz que a inteligência reflete uma capacidade mais ampla para compreender o mundo ao seu redor.

A inteligência é fazer melhor uso de um saber prévio e ter a habilidade de expandir seus conhecimentos. No entanto, a maneira de identificar a qualidade de ser inteligente é bastante debatida. Reflete uma capacidade mais ampla e profunda para compreender o ambiente, perceber, dar sentido às coisas, ou imaginar o que deve ser feito (FLORES-MENDONZA, 2010).

2.3 Neuropsicologia e Transtornos de Ansiedade

Em um estudo recente, Lau e Pine (2008) analisaram o processamento de informações de ameaças e anomalias em circuitos do cérebro na expressão da ansiedade pediátrica. Apontaram que a relação entre riscos ambientais para os comportamentos ansiosos dependem das características genéticas. Assim, o meio ambiente poderia ser um gatilho para que os aspectos genéticos se desenvolvessem. Além disso, os riscos genéticos para a ansiedade pediátrica se manifestam através de uma maior sensibilidade aos ambientes estressores. Dessa maneira, enfatiza a importância de analisar as ligações entre genes, a função do cérebro e processamento de informações na infância e adolescência (LAU e PINE, 2008).

Acredita-se que a estrutura cerebral chave subjacente à ansiedade seria a amígdala (GRAY e NAUGHTON, 2007). A amígdala avalia a natureza e intensidade da ameaça, atribuindo a ela conotação afetiva. Há uma grande importância no papel desempenhado pela amígdala no condicionamento da ansiedade e na memória emocional, havendo assim uma associação entre emoção e memória (GRAEFF, 2004). Também é conhecida por sua importância para o aprendizado e memória emocional e esse papel afeta uma variedade de comportamentos emocionais relacionados ao aprendizado implícito, à memória explícita, a respostas sociais e vigilância (GAZZANIGA *et al.*, 2006).

Jovens ansiosos, em relação aos não ansiosos, prestam mais atenção e são mais facilmente influenciados por estímulos ameaçadores e essa influência está associada à ou mediada por atividade excessiva da amígdala. Dessa maneira, a ativação da amígdala pode refletir os processos associados à ansiedade, enquanto que, no córtex, pode refletir processos associados à modulação tanto da atividade da amígdala como da resposta emocional associada (PINE *et al.*, 2008).

Evidências clínicas comprovam a importância do córtex pré-frontal na ansiedade. A ansiedade cotidiana não é provocada por estímulos ameaçadores inatos e condicionados, ou ainda pela novidade, mas por sinais (verbais e não verbais) com significado simbólico.

Nesse contexto as estruturas mais importantes são o córtex pré-frontal e as regiões frontais e temporais que permitem a compreensão verbal. Por meio delas, estímulos de natureza psicossocial passam a influir poderosamente sobre a ansiedade (GRAEFF, 2004).

O córtex pré-frontal é o local de armazenamento primário para a interação entre a informação perceptiva corrente e o conhecimento armazenado, constituindo um componente relevante do sistema de memória de trabalho (GAZZANIGA *et al.*, 2006).

O papel do córtex pré-frontal parece ser a análise de situações complexas e regulação das respostas afetivas a essas. Ele atua modulando a atividade do sistema septo-hipocampal. A hiperativação do córtex pré-frontal direito parece estar associada à ansiedade e afetos negativos (Phan *et al.*, 2004).

A ansiedade poderia ser resultado de uma disfunção cognitiva relacionada à hiperatividade do hipocampo, estrutura que estaria relacionada à memória (Graeff, 2004) e à ansiedade (Mcnaughton, 1997).

Em termos neuropsicológicos, os transtornos de ansiedade na infância e adolescência podem estar associados a déficits de atenção, de memória e problemas escolares (BENJAMIN, COSTELLO e WARREN, 1990, TOREN *et al.*, 2000). A ansiedade social parece estar associada à disfunção na memória visual (VASA *et al.*, 2007) e o TAG com dificuldades de atenção (KENDALL e PIMENTEL, 2003).

Ferreri, Lapp e Peretti (2010), em uma revisão sobre déficits cognitivos nos transtornos de ansiedade, encontrou um número limitado de estudos neuropsicológicos em pacientes com ansiedade social. Entretanto, na sua maioria os estudos sugerem um possível comprometimento nas funções executivas e no processamento verbal em palavras relacionadas a fobias. Os achados concentram-se, principalmente, em estudos sobre viés atencional, nos quais indivíduos ansiosos parecem direcionar sua atenção de forma desproporcional para estímulos de ameaça.

Adolescentes ansiosos acabam tendo hábitos de estudo pobres e dificuldade em organizar o material. Há uma hipótese de que haja diferenças de desempenho entre indivíduos de alto e baixo nível de ansiedade e que essa diferença reflete na atenção para as tarefas que estão realizando. Dessa maneira, os indivíduos com alta ansiedade dividem a atenção entre a tarefa e suas rumações sobre como eles estão fazendo, concentrando-se assim menos sobre o desempenho nas tarefas (Wigfeld e Eccles, 1989). Os sintomas comportamentais de ansiedade relativos ao desempenho escolar em crianças e adolescentes ansiosas incluem a agitação e dificuldade de concentração (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2000).

3 METODOLOGIA

O método utilizado foi uma revisão sistemática da literatura que consiste em um método teórico com o objetivo de reunir as informações e dados que servirão de base para a construção da investigação proposta a partir de determinado tema e que foca em analisar os ângulos distintos que um mesmo problema pode ter. Foram pesquisados autores e artigos que abordam o tema do projeto.

3.1 Tipo de pesquisa

Foi utilizada a pesquisa exploratória que é identificar algo, ou seja, um possível objeto de estudo ou problematização, que poderá ser alvo de futuras pesquisas. Foi realizada uma análise dos fatores da avaliação neuropsicológica em adolescentes com transtorno de ansiedade. Foram observadas as características apresentadas e coleta de dados em livros, artigos e revistas para melhor entendimento do que foi proposto e explicar os fatores que

condiz com o tema apresentado.

3.2 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados livros, artigos e revistas que abordam o tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a alta prevalência dos transtornos de ansiedade na adolescência, o presente estudo conclui que a ansiedade excessiva pode interferir no desempenho cognitivo de crianças e adolescentes, em especial na atenção, funções executivas e memória, mas fazem-se necessários estudos que investiguem condições que possam influenciar nos desempenhos social, acadêmico e afetivo desses pacientes. A investigação do perfil neuropsicológico é uma das possíveis formas de compreensão do funcionamento cognitivo dos pacientes.

Os assuntos pesquisados na literatura têm se mostrado um pouco inconsistentes a respeito dos possíveis déficits cognitivos de adolescentes com transtorno de ansiedade. Estas pesquisas carecem de metodologia mais detalhada, principalmente por apresentarem tamanhos amostrais pequenos e não considerarem a gravidade do transtorno de ansiedade.

Hoje se reconhece que podem constituir quadros patológicos frequentes, causando sofrimento e prejudicando inúmeras atividades relacionadas à vida da criança ou adolescente. A identificação precoce dos transtornos de ansiedade pode evitar repercussões negativas na vida do adolescente, tais como faltas constante à escola e a consequente evasão escolar, utilização demasiada de serviços de pediatria por queixas somáticas associadas à ansiedade e, possivelmente, a ocorrência de problemas psiquiátricos na vida adulta.

REFERÊNCIAS

- Abreu N, Mattos P. Memória. In: Malloy-Diniz, LF, Fuentes, D, Mattos P, Abreu N e col. **Avaliação Neuropsicológica**; 2010.p. 76-85.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA). 2002. **DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4ª ed., Porto Alegre, Artmed, 880 p.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA). 2014. **DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª ed., Porto Alegre, Artmed, 948 p.
- Associação Americana de Psiquiatria (2000). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** 4ª edição, revisão de texto. Washington, DC: Associação Americana de Psiquiatria.
- Atkinson RC, Shiffrin RM. **The control of short-term memory**. *Scientific Am*. 1971 Aug;225(2):82-90.
- Baddeley AD, Hitch GJ. Working memory. In Bower, GA, ed. **The Psychology of Learning and Motivation** . Academic Press. 1974. p. 47-89.
- Benjamin R, Costello EJ, Warren M. **Anxiety disorder in a pediatric sample**. *Journal of Anxiety Disorders*. 1990; 4: 293-316.
- BECK, A.T; FREEMAN, A.; DAVIS, D.D. 2005b. **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. 2ª ed., Porto Alegre, Artmed, 342 p.
- Boyd CP, Kostanski M., Gullone E et al (2000). **Prevalência de ansiedade e depressão em adolescentes australianos: comparações com dados mundiais**. *Journal of Genetic Psychology*, 161: 479-92.

- Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E (2006). **Ansiedade em uma população negligenciada: prevalência de transtornos de ansiedade em crianças pré-adolescentes**. *Clinical Psychology Review*, 26: 817-833.
- Costa DI, Azambuja LS, Portugeuz MW, Costa JC. **Avaliação neuropsicológica da criança**. *Jornal de Pediatria*, 2004; 80 (4): 111-116.
- Costello EJ, Angold A. Epidemiology. In: March JS (edit.). **Anxiety disorders in children and adolescents**. New York: Guilford Press; 1995. p. 109-124.
- CLARK, D.A. ; BECK, A.T. 2012. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática**. Porto Alegre, Artmed, 640 p.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2º ed. Porto Alegre, Artmed, pg. 277-289, 2008.
- FLORES-MENDOZA, CE. **Inteligência Geral**. In: Malloy-Diniz, LF, Fuentes, D, Mattos P, Abreu N e col.. *Avaliação Neuropsicológica*; 2010.p. 58-66.
- FERRERI F, Lapp LK, Peretti CS. **Current research on cognitive aspects of anxiety disorders**. *Current Opinion in Psychiatry*. 2010; 23:1-6.
- Gathercole SE. **Cognitive approaches to the development of short-term memory**. *Trends Cogn Sci*. 1999 Nov;3(11).
- GAZZANIGA MS, Ivry RB, Mangun GR. **Neurociência cognitiva: a biologia da mente. Tradução de Angélica Rosat Consiglio et al**. 2º. Edição. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- GRAY JA, Naughton N. **The neuropsychology of anxiety. An Enquiry into the functions of septo-hippocampal system**. Second Edition. Oxford Psychology Series; 2007.
- GRAEFF FG. Bases Biológicas da ansiedade. In: Kapczinski F, Quevedo J, Izquierdo I et al. **Bases Biológicas dos transtornos psiquiátricos**. 2º. Edição. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- KENDALL PC, Pimentel SS. **On the physiological symptom constellation in youth with Generalized Anxiety Disorder (GAD)**. *J Anxiety Disord*. 2003;17(2):211-21.
- KESSLER, R.C. ; SANG, P. ; WITTCHEM, H.U. ; STEIN, M. ; WALTERS, E.E. 1999. **Comorbidades ao longo da vida entre fobia social e transtornos de humor no US National Comorbidity Survey**. *Psychological Medicine*, 29 (3): 555-567. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291799008375>.
- Lau JYF, Pine DS. **Elucidating risk mechanisms of gene–environment interactionson pediatric anxiety: integrating findings from neuroscience**. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008; 258: 97–106.
- Lezak, M. D. (1995). **Avaliação neuropsicológica** (3ª ed.). Nova Iorque: Oxford University Press
- Lezak, MD. **Avaliação em Neuropsicologia**. 4 ° ed. Nova Iorque: Oxford University Press; 2004.
- Malloy-Diniz, LF. et. al. **Neuropsicologia das funções executivas**. In: Fuentes, D et.al. (org). *Neuropsicologia: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Mello CB, Xavier GF. **Desenvolvimento da memória: influências do conhecimento de base e do uso de estratégias**. In: Mello CB, Miranda MC, Muszkat, M. *Neuropsicologia do Desenvolvimento*. São Paulo: Memnon; 2006. p.106-126.
- Miranda MC, Sinnes EG, Pompeia S, Francisco Amodeo Bueno O. A comparative study of performance in the Conners' Continuous Performance Test between Brazilian and North American children. *J Atten Disord*.2008 Mar;11(5):588-98.

- Mcnaughton N. **Cognitive dysfunction resulting from hippocampal hyperactivity – A Possible cause of anxiety disorder?** *Pharmacology Biochemistry and behavior*. 1997; 56(4): 603-611.
- Muir JL. **Attention and stimulus processing in the rat.** *Brain Res Cogn Brain Res*. 1996 Jun;3(3-4):215-25.
- Nascimento C, Morgado F, Giovanni M. e Resende M. **AMPLIANDO O CONHECIMENTO SOBRE O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA**, (2003).
- Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. **The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders.** *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Jan;55(1):56-64.
- Phan KL, Wager TD, Taylor SF, Liberzon I. **Functional neuroimaging studies of human emotions.** *CNS Spectr*. 2004; 9(4): 258-66.
- Reitan RM, Wolfson D. **The Halstead-Reitan Neuropsychology Battery: Theory and Clinical Interpretation.** In: Tucson AZ. Neuropsychology Press. – : “Category test and trail making test as measures of frontal lobe functions”, *The Clinical Neuropsychologist*. 2004; 9: 50-56.
- Salum G, Blaya C, Manfro G. **Transtorno do pânico** (2009).
- Salat, D. H., Tuch, D. S., Hevelone, N. D., Fischl, B., Corkin, S., Rosas, H. D., & Dale, A. M. (2005). **Age-related changes in pré-frontal White matter measured by diffusion tensor imaging.** *Annals of the New York Academy of*
- Strauss E, Sherman E, Spreen O. **A compendium of neuropsychological test: administration, norms and commentary.** New York: Oxford University Press; 2006.
- Spreen O, Strauss E. **Um Compêndio de Testes Neuropsicológicos: administração, normas e comentário.** 2 ed., Vol. 11. Nova Iorque: Oxford Univ. Pressione; 2006
- Toren P, Sadeh M, Wolmer L, Eldar S, Koren S, Weizman R, *et al.* **Neurocognitive correlates of anxiety disorders in children: a preliminary report.** *J Anxiety Disord*. 2000 May-Jun;14(3):239-47.
- Urbina, S. **Fundamentos da testagem psicológica.** Porto Alegre: Artmed; 2007. Reitan RM, Wolfson. O Trail Making Test como um procedimento de triagem inicial para comprometimento neuropsicológico em crianças mais velhas. *Arch Clin Neuropsych* 2004; 19 (2): 281-8.
- Wigfeld A, Eccles JS. **Test anxiety in elementary and secondary school students.** *Educational Psychologist*. 1989; 24: 159-183.

A análise do comportamento aplicada à Síndrome de Down: possíveis intervenções ³

The Behavior Analysis Applied To Down Syndrome: Possible Interventions
El análisis del comportamiento aplicado al síndrome de Down: posibles intervenciones

RESUMO

A síndrome de Down é caracterizada pela trissomia do cromossomo 21, ou seja, há a presença de três cromossomas de um mesmo tipo num organismo (e não apenas duas como seria o considerado padrão), entretanto, inicialmente era classificada como mongolismo, tendo em vista que as características dos indivíduos com síndrome de Down, se assemelhavam com indivíduos caracterizados como sendo da raça mongólica. Neste sentido, o estudo aqui proposto visou por meio de um levantamento bibliográfico, apontar as necessidades que indivíduos portadores da síndrome de Down, possuem e bem como seriam realizadas intervenções pelos Analistas do Comportamento, que se embasam em experimentos científicos para tanto. Este artigo apresenta ainda, por meio de pesquisas realizadas os princípios da análise comportamental aplicada em pessoas que apresentam déficits ou excessos comportamentais, bem como as intervenções a partir daí, são urgentes e necessárias. Por fim, o estudo demonstra a necessidade de ser realizada uma boa análise funcional, para a modificação de comportamentos com indivíduos que possuam síndrome de Down.

Palavras-chaves: Análise do Comportamento; Modificação de Comportamento; Síndrome de Down;

ABSTRACT

Down syndrome is characterized by Trisomy of chromosome 21, that is, there is the presence of three chromosomes of the same type in an organism (not just two as would be considered standard), however, was initially classified as Mongol, considering that the characteristics of individuals with Down syndrome, are similar with individuals characterised as being the Mongolian race. In this sense, the study proposed here aims through a bibliographical survey, point the needs of individuals with Down syndrome have and well as would be carried out interventions by analysts of the behavior, which base on scientific experiments. This article presents yet, through surveys carried out the principles of applied behavioral analysis in people who exhibit behavioral excesses or deficits, as well as interventions from there are urgent and necessary. Finally, the study demonstrates the need to be a good functional analysis, for modifying behaviors with individuals with Down syndrome.

Keywords: Behavior analysis; Behavior modification; Down syndrome;

RESUMEN

Síndrome de Down se caracteriza por Trisomy del cromosoma 21, es decir, existe la presencia de tres

³ Dr. Julio Cesar Alves. Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Agradecimentos ao Fundo de Amparo Ciência e Tecnologia do Estado de Goiás (FAPEG) pela concessão de bolsa de doutorado o que permitiu a realização do presente artigo.

cromosomas del mismo tipo en un organismo (no sólo dos como se consideraría estándar), sin embargo, fue clasificado inicialmente como Mongol, teniendo en cuenta que las características de las personas con síndrome de Down, son similares con los individuos que se caracteriza por ser la raza mongol. En este sentido, el estudio aquí propuesto objetivos mediante un estudio bibliográfico, las necesidades de las personas con síndrome de Down tienen y así como se llevaría a cabo las intervenciones por los analistas del comportamiento, que se basan en experimentos científicos. Este artículo presenta todavía, a través de encuestas llevadas a cabo los principios del análisis conductual aplicado en personas que exhiben comportamiento excesos o déficits, así como intervenciones de necesaria y urgente. Por último, el estudio demuestra la necesidad de ser un buen análisis funcional, para modificar comportamientos con personas con síndrome de Down.

Palabras claves: *Análisis de la conducta; Modificación de la conducta; síndrome de Down.*

INTRODUÇÃO

O presente estudo intitulado “A análise do comportamento aplicada Síndrome de Down: Possíveis Intervenções” surgiu da necessidade de melhor compreensão da aplicação de princípios do comportamento em relação a Síndrome de Down. De acordo com Martin e Pear (2009) cada vez mais tem-se dado importância para o estudo e compreensão das causas do comportamento problema, para que o tratamento se torne eficaz por parte dos analistas do comportamento.

O estudo aqui proposto demonstra-se relevante, pois assume como objeto de estudo aspectos que não são diretamente trabalhados em outras pesquisas identificadas para execução de investigações acerca da análise funcional e que merecem destaque, já que são mínimos os estudos que trazem contribuições da Análise do Comportamento para profissionais que lidam na prática com a Síndrome de Down.

Neste sentido faz-se menção abaixo de alguns estudos importantes acerca da temática “Síndrome de Down”, para que possa nortear o estudo aqui proposto, que objetiva realizar descrições bem como demonstrar a possível aplicabilidade de princípios da análise do comportamento, com ênfase na análise funcional, para pessoas com SD (Síndrome de Down).

1 A SÍNDROME DE DOWN: PESQUISAS APLICADAS E ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

O termo “Síndrome” refere-se a um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam um quadro clínico. No caso, a alteração cognitiva e intelectual a define, entretanto, em alguns casos, fatores que extrapolam os de ordem biológica também podem ser determinantes, tais como, os de ordem ambiental, que podem limitar ou exceder a função intelectual (Werneck, 1993; Paleiro, 2013). O atraso intelectual é um sintoma. Na Síndrome de Down, o cérebro é afetado pela presença de material genético excedente.

Ainda acerca da terminologia “síndrome” é preciso esclarecer que tal palavra significa um conjunto de sintomas e “Down” é o nome do médico que pela primeira vez o descreveu (Paleiro, 2013).

Vale ressaltar que não existe cura para a Síndrome de Down, e sua incidência em relação ao nascimento de crianças é comum em todas as raças, sejam: asiáticas, negras ou brancas, sem distinção (Paleiro, 2013).

Os achados pioneiros da Síndrome de Down foram apresentados por Jean Esquirol, no ano 1838. Sendo que em 1932, Waardenburg colocou em evidência que a ocorrência desta síndrome estaria relacionada ao erro cromossômico. Em 1934, nos Estados Unidos, um indivíduo chamado Adrian Bleyer evidenciou que o erro cromossômico poderia ser uma trissomia. Porém, o reconhecimento clínico veio a ocorrer no ano de 1866, através do trabalho de Langdon Down, que tomou por base a observação que realizara com crianças internas de um asilo na Inglaterra, por isso, a então denominação se estabeleceu como

Síndrome de Down, como homenagem ao então médico britânico (Angélico, 2004, Boff, Caregnato, 2008).

A descoberta do médico inglês, Langdon Down, em 1866, foi fundamental, por fornecer as famílias uma oportunidade de buscarem mais profunda e intimamente o conhecimento acerca da forma de lidar com suas crianças, bem como procurar inseri-las em programas sociais e políticas públicas que garantissem seus direitos, auxiliando assim no desenvolvimento cognitivo e intelectual dos mesmos (Morato, 1995; Paleiro, 2013).

No ano de 1950, Lejeune, Jacobs e colaboradores, apontam que a síndrome de Down era um acidente genético formado a partir da divisão celular do embrião. De acordo com o estudo destes autores, a espécie humana possui 46 cromossomos que são divididos em 23 pares. Visto que, o indivíduo portador da síndrome de Down possui um cromossomo a mais, ou seja, 47 cromossomos, e o cromossomo 21 se liga a um cromossomo extra (Pereira-Silva & Dessen, 2001; Santos & Oliveira, 2008).

A partir disto, aponta-se que as características da Síndrome de Down são derivadas deste cromossomo extra. Geralmente, a identificação do indivíduo com esta síndrome é feita na ocasião do nascimento ou logo após, pela presença da combinação de várias características físicas sendo elas: 1) olhos com fendas palpebrais oblíquas; 2) o rosto é achatado e largo; 3) mãos pequenas e largas; 4) uma única prega palmar transversal; 5) a íris apresenta manchas brancas (manchas de Brushfield); 6) musculatura mais flácida; 7) pescoço curto; 8) língua protrusa (devido à pequena cavidade oral); 9) entre o dedão do pé e o segundo dedo existe um espaço excessivo; 10) as orelhas geralmente são pequenas; 11) problemas cardíacos congênitos; e 12) flexibilidade excessiva nas articulações. Faz-se necessário salientar ainda que o risco de nascimento de uma criança com trissomia 21 aumenta também de acordo com a idade da mãe (Pereira-Silva & Dessen, 2001; Santos & Oliveira, 2008).

De acordo com, (Jiménez, 1993; Escribá, 2002 & Paleiro, 2013), a Síndrome de Down, pode ter diferentes fontes, e são classificados três tipos de Trissomia do 21. A primeira é a trissomia homogênea, a segunda a Trissomia em Mosaico e a terceira, Trissomia por translocação. A trissomia homogênea é a mais constatada, e afeta os indivíduos em noventa por cento dos casos, e o erro da distribuição do cromossomo está presente antes do período de fertilização, onde todas as células serão iguais. Já a trissomia em Mosaico, também conhecida como Mosaicismo, é um tipo de trissomia que ocorre com menos incidência, apenas em cinco por cento dos casos, o erro desta está na distribuição da segunda e terceira divisão celular, suas consequências não são tão intensas, pois quanto mais cedo ocorrer a divisão, a criança terá maior chance de ter no par 21, células normais e células cromossômicas, e por fim a trissomia por translocação, aparece nos demais cinco por cento dos casos, onde o indivíduo possui os quarenta e seis cromossomos, mas a falha é encontrada na estrutura cromossômica, já que parte de um cromossomo está unido à totalidade de outro, e afetados os grupos 13-15 e 21-22. Tal translocação pode ocorrer no momento da divisão celular.

Outras características evidentes no indivíduo com Síndrome de Down é o atraso no desenvolvimento intelectual, posto que seu nível de inteligência é sempre abaixo da média, acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo do comunicar-se com os outros. Também nos comportamentos de auto-cuidado, na vida doméstica, nas habilidades sociais e interpessoais, no uso de recursos comunitários, acompanhado da dificuldade em realizar tarefas escolares, de trabalho, lazer, saúde e segurança (Angélico, 2004; Pereira-Silva & Dessen, 2001).

Os autores acreditam que, a gravidez que produz riscos a criança gerada, ocorre pelo fato da desinformação da mãe, visto que poderia ser evitada se a mesma procurasse obter

conhecimento acerca dos riscos que poderia ter em gerar uma criança na idade que está, ou seja, é necessário que seja feito um aconselhamento prévio, que evite a gravidez de risco, pois a chance de uma mulher com 20 anos ter um filho com esta síndrome é menor do que em relação a uma mulher de 35 anos (Carneiro, 2008).

Em relação ao desenvolvimento psicomotor, Paleiro (2013), destaca que os indivíduos com Síndrome de Down, desenvolvem-se de forma semelhante a indivíduos ditos “normais”, porém, o processo ocorre mais lentamente e com o avanço dos anos, as capacidades motoras vão sendo agravadas e prejudicadas, tornando-se distantes da normalidade.

Do ponto de vista psicossocial a criança com Síndrome de Down, também pode apresentar lentidão em relação a seu desenvolvimento, podendo ser de grau leve, moderado ou grave, em sua maioria, são classificados com atraso de desenvolvimento moderado, e apenas dez por cento dos indivíduos apresentam quadros mais graves. Desta forma, a criança deve ser estimulada desde o seu nascimento, para que possa ampliar seu desenvolvimento cognitivo. Aponta-se que os déficits maiores em indivíduos com SD estão relacionados a alteração na percepção, e na capacidade de discriminação visual/auditiva, no reconhecimento tátil, cópia e reprodução de figuras geométricas, rapidez perceptiva), na atenção, ou seja, precisam de tempo maior para dirigir a atenção de um estímulo para outro e têm dificuldade de inibir ou reter as respostas, dando por isso um maior número de respostas erradas), e também há um prejuízo em relação a memória, grande parte também tem dificuldades na categorização conceitual e na codificação de símbolos e por fim possuem ainda um atraso no desenvolvimento da linguagem, quando comparados a outras crianças (Sampedro *et. al*, 1993; Paleiro, 2013).

Acerca do papel da família, é vital que esta desde que a criança nasce seja responsável pelo desempenho de papéis fundamentais, tais como estimular seu desenvolvimento cognitivo e social. Sendo assim, a pessoa com Síndrome de Down, deve ser ativa em seu ambiente familiar e social, pois isto lhe trará benefícios ao seu desenvolvimento intelectual, por isso é na família que irá aprender a se relacionar, e será estimulado em diferentes áreas tais como, o convívio social, trocas afetivas e respeito nas relações pessoais, para que quando ele for inserido no ambiente social, seja capaz de interagir com os demais (Rodríguez, 2006, Boff; Caregnato, 2008, Nunes, Costa e Fortes, 2013).

Dados do Ministério da Saúde (2014) apontam que perante o nascimento de uma criança com Síndrome de Down, depara-se com inúmeras dúvidas, incertezas e insegurança em na relação pais-criança, as dúvidas e inseguranças são diversas tais como, acerca do desenvolvimento psicológico e motor, bem como acerca da autonomia futura e aspectos da qualidade de vida, sentimentos que trazem consigo dificuldade destes pais aceitarem seu filho que é diferente daquele filho que outrora planejaram e esperavam ter.

A maioria dos obstáculos surge no momento que os pais se deparam com as diferentes dúvidas acerca de como vão lidar com o filho que nasce com síndrome de Down. Em alguns casos, o filho que sonharam passa a ser visto em alguns casos como uma barreira para estes pais, que temem dar a notícia no ambiente familiar. Porém, quando a criança nasce, o vínculo afetivo será intensificado e estreitado, pois estes pais na relação que estabelecerem com este filho é que vão proporcionar oportunidades de um bom desenvolvimento autônomo e independente desta criança (Caregnato, 2008).

De acordo com Vohlk *et. al*, (2006), a formação e estrutura da equipe de saúde que lida com a informação aos pais no momento da descoberta de que vão ter um filho com Síndrome de Down, é extremamente relevante, visto que serão estes profissionais que vão auxiliar estes pais a sanar suas dúvidas e a compreenderem como a criança poderá ser inserida num contexto sócio-cultural. Isto corrobora com o que Júnior e Messa (2007), descreveram, pois de acordo com estes autores a família é acometida de forma surpreendente, por uma notícia

inesperada, onde os sonhos e planos para o futuro passam a estar em segundo plano, e esta composição familiar se torna fragilizada, ao terem que enfrentar crises, e posteriormente passarem pela superação, para por fim tentarem aceitar o fato.

Os autores evidenciam que, mesmo diante das dificuldades pelos pais enfrentadas e por suas famílias, algumas conseguem se adaptar rapidamente, e estes pais passam a serem acompanhantes assíduos de seus filhos, até mesmo com entusiasmo, ainda que tenham preocupações relevantes em relação ao filho com Síndrome de Down.

Em suma, o indivíduo com Síndrome de Down, também apresenta dificuldades e prejuízos do ponto de vista intelectual, visto que o nível de inteligência é sempre inferior e abaixo da média, vindo acompanhando de limitações evidentes em relação à comunicação que estabelece com os outros, bem como no autocuidado, atividades domésticas, habilidades sociais e interpessoais (Ministério da Saúde, 2014).

Em relação a estimativa de vida de pessoas com Síndrome de Down, houve um aumento a partir da segunda metade do século XX, acompanhando os progressos da área de saúde, principalmente da cirurgia cardíaca, em que a maioria das pessoas com SD são acometidas. Conseqüentemente, o aumento de sobrevivência e do entendimento das potencialidades destas pessoas, gerou a criação e implementação de diversos programas educacionais, tendo em vista à escolarização, ao futuro profissional, à autonomia e à qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2014).

Propõe-se que o cuidado para a pessoa com síndrome de Down deva seguir as seguintes diretrizes: 1 - compreensão ampliada do processo saúde e doença; 2 - construção compartilhada pela equipe multiprofissional do diagnóstico situacional; e do Plano de Cuidado Individual; 3 - definição compartilhada das metas terapêuticas; e 4 - comprometimento dos profissionais, da família e do indivíduo com as metas terapêuticas (Ministério da Saúde, 2014).

Ainda neste sentido, Bibas e Duarte (2009), afirmam que a pessoa com Síndrome de Down precisa ter condições favoráveis de saúde para que haja um desenvolvimento adequado. E para que esta ação seja efetiva, é necessário um trabalho voltado para inclusão social e educacional deste indivíduo, bem como o capacitar para o mercado de trabalho, mas para que isso ocorra, os pais precisam estar atentos a esta necessidade e proporcionar formas para que este se desenvolva em todas as suas potencialidades. Conforme descrito anteriormente, para que isto seja efetivo, necessita-se que os pais sejam orientados desde os primeiros dias de vida da criança, para que os possíveis problemas possam ser detectados, tratados e corrigidos, visando o desenvolvimento global da criança.

Os termos deficiência intelectual, desenvolvimento atípico, dificuldades de aprendizagem, dentre outros, são rótulos para certas maneiras de se comportar. Embora o termo deficiente intelectual e retardo seja utilizado, o foco da análise do comportamento é sobre os comportamentos desses indivíduos (Oliveira e Britto, 2011).

Para Skinner (1957/1992) o comportamento verbal de um falante caracteriza-se por ter sua consequência mediada por um ouvinte treinado por uma comunidade verbal. Participam da mesma comunidade falante e ouvinte. Uma descrição das circunstâncias controladoras do comportamento verbal do falante incluirá o comportamento do ouvinte como uma variável crítica. O comportamento verbal na proposta Skinneriana, pode ficar sob o controle de outro comportamento verbal, gerado por um falante ou pela própria pessoa como ouvinte de si mesma, por exemplo, quando ela pensa. Estas relações de controle de estímulos ocorrem com operantes verbais.

De acordo com Kozma (2007), Síndrome de Down forma uma das causas mais frequentes da deficiência intelectual, podendo chegar a dezoito por cento dos casos. No Brasil, um

levantamento do IBGE realizado no ano de 2000⁴, trezentas mil pessoas possuem síndrome de Down e o índice fica em 1 a cada 650 a 700 nascimentos (Kozma, 2007).

Por muito tempo, indivíduos com Síndrome de Down foram impedidas de experiências que são consideradas fundamentais para seu desenvolvimento, por serem consideradas incapazes. Entretanto, recentemente ficou comprovado que crianças e jovens com síndrome de Down podem alcançar estágios avançados em relação ao raciocínio e seu desenvolvimento (Falkenbach, Rusche & Maróstica, 2002).

A partir daí, acredita-se que o indivíduo com síndrome de Down, deveria frequentar uma escola de ensino regular, pois isto favorece seu desenvolvimento, “pois ainda que o aluno seja classificado como portador de uma deficiência intelectual não se pode predeterminar qual será o limite de seu desenvolvimento (Oliveira e Britto, 2011).

È necessário que sejam investigados diferentes aspectos quando o analista do comportamento lida com a pessoa com síndrome de Down, neste sentido levar em conta que história pessoal é parte fundamental para explicar o comportamento no modelo causal de variação e seleção natural que é praticado pelos analistas do comportamento. Sendo que sua visão de homem é aquela onde a soma dos efeitos da história de vida e o comportamento atual que está sendo emitido interage com as contingências que o produz. Pois na análise do comportamento, investiga-se qual a função que o comportamento exerce para cada indivíduo em específico ao contrário da abordagem tradicional, que se utiliza de métodos hipotéticos dedutivos e indutivos, baseando-se muitas vezes em hipóteses e generalizações, sendo que o comportamento deve ser estudado por ele mesmo como objeto científico que é (Chiesa, 1994; Moore, 2000).

O comportamento é função conjunta de três fontes de seleção e de variação: (a) filogênese, a seleção natural, área da biologia; (b) ontogênese, a seleção operante, área da psicologia; (c) cultura, a seleção das práticas culturais, área das ciências sociais (Skinner, 1953/2003; 1980). Portanto, deve-se entender cada tipo de seleção e de variação para compreender de onde vem o comportamento, ao se preocupar com as suas propriedades funcionais, mais do que com as suas descrições (Bueno e Britto, 2013).

Neste sentido, Marcon e Britto (2015) apontam que o comportamento não pode se esgotar em uma disciplina, e deve ser visto como conjunto de interações entre biologia, comportamento e cultura, gerando assim as respostas nas quais os analistas do comportamento tem trabalhado por meio de dados para sua investigação, criando assim estratégias que permitam a modificação de comportamentos problema em diferentes contextos.

No estudo de Orlando e Bijou (1960) foram registrados comportamentos de crianças retardadas em esquemas múltiplos em que foram combinados (a) razão fixa (50 respostas em dois minutos) e extinção (2 minutos); (b) razão variável (25 respostas, em média) e extinção (2 minutos); (c) razão fixa (100 respostas) e extinção (3 minutos). A resposta envolvida nesse estudo era uma manipulação simples: responder em uma situação estimuladora na presença de uma luz colorida brilhante, reforçada num esquema de razão enquanto que responder em outra condição (luz de cor diferente) este procedimento foi submetido à extinção. Na presença de um estímulo a resposta era reforçada em um esquema de reforçamento, enquanto que em outra condição era reforçado em outro esquema. Os esquemas foram alternados durante o experimento. Os resultados deste estudo indicaram, que os estímulos exerceram controle sobre as respostas das crianças, desta forma controlando assim o comportamento apropriado, em relação ao esquema no qual era submetida. Os autores baseados em seus resultados nas sugeriram o uso de

⁴ Até este ano não foram realizados novos levantamentos neste sentido.

esquemas múltiplos, mas investigações relacionadas às discriminações, a generalização e motivação de crianças retardadas, pois tais esquemas vão gerar desta forma um controle preciso do comportamento a ser modificado.

O estudo de Lovaas e Simmons (1969), foram manipuladas duas condições experimentais para investigar o comportamento de automutilação de três crianças com retardo mental severo. Seus resultados demonstraram que na condição de extinção houve uma redução nas ocorrências de automutilações, já na condição de punição houve a extinção de ocorrências de automutilações.

Dois princípios fundamentais norteiam a prática da análise do comportamento no trabalho com a pessoa com Síndrome de Down, eles são (1) Extinção: O princípio da extinção é a operação na qual o reforço é suspenso e tendo como resultado o retorno da frequência do comportamento ao nível operante, ou seja, se a frequência da resposta é aumentada por meio de reforçamento positivo, a interrupção do reforço tem como resultado a diminuição na frequência de ocorrência do comportamento. Na extinção o comportamento é enfraquecido por ser emitido e não ser reforçado (Moreira & Medeiros, 2007; Martin & Pear 2007/2009; Catania, 1998/1999). (2) Modelagem Esse nome é empregado porque dá a idéia de como um escultor modela a argila (Skinner, 1953/2003). Esse procedimento deve ser empregado sempre que se deseja ensinar um comportamento do mais simples ao mais complexo (Matos & Tomanari 2002). Martin e Pear (2007/2009) esclarecem que modelagem e esvanecimento são procedimentos de mudança gradual.

Sobre a importância das relações familiares para a pessoa portadora de Síndrome de Down, Nunes, Costa e Fortes (2013), salientam que, é fundamental analisar o contexto familiar, bem como a interação deste indivíduo com aqueles que o rodeiam no interior destas famílias, visto que fica para a família a responsabilidade de inserir o membro em diferentes contextos sociais. Já que, a desinformação pode levar a família a assumir diferentes sentimentos negativos, que posteriormente possam afetar negativamente o desenvolvimento da pessoa com Síndrome de Down, pois se o obstáculo é colocado, acarretará na não inserção desta no convívio social.

Indivíduos com Síndrome de Down (SD) são acometidos uma alteração cromossômica, visto que como já descrito anteriormente, há uma trissomia do cromossomo 21. Porém, estes indivíduos precisam ser acompanhados e seus comportamentos necessitam serem analisados funcionalmente, e muitas vezes as famílias podem enfrentar diversas questões, dentre elas as dificuldades financeiras e sociais que lhes são impostas. Neste sentido, a análise do comportamento, visa trabalhar no esclarecimento e na orientação de profissionais e famílias que lidam diretamente com estes indivíduos, para que possam analisar que há uma função pela qual um determinado comportamento ocorre, mesmo que seja uma disfunção genética que caracterizam estes, podendo assim amenizar o medo, a angústia, sofrimento e incapacidade de enfrentarem os desafios impostos pela realidade por estes enfrentada.

Sendo assim, é de suma importância ressaltar o papel da sociedade no acolhimento destes indivíduos como cidadãos com direito a igualdade e oportunidade. Faz-se então, importância compreender estes indivíduos no campo social, econômico, cultural, político e civil, visando reconhecer suas habilidades, obstáculos e diferenças.

Acreditamos que com este estudo poderemos entender e estarmos mais próximos de uma realidade tão presente, mas que muitos fecham os olhos para ela, e desta forma, contribuindo com informações de dados coletados em estudos científicos, para que pessoas e instituições que estejam ligadas a esta realidade possam entendê-la melhor.

Quanto à relevância acadêmica, o estudo oferece a oportunidade de verificar a forma do trabalho realizado por instituições e profissionais, e proporcionando a melhoria do

relacionamento da comunidade científica no entendimento das ocorrências comportamentais de indivíduos com Síndrome de Down, o que é de grande valia para a todas as ciências, interessadas nesta problemática, inclusive para a psicologia, que busca valorizar o ser humano e entendê-lo em todos seus aspectos.

Com isso, conclui-se que é necessário que seja dada atenção integral a saúde das pessoas com Síndrome de Down, tendo em vista o amenizar de complicações que possam surgir em decorrência do não acompanhamento destes fatores, visando seu desenvolvimento em todas as esferas (Ministério da Saúde, 2014).

2 APLICAÇÃO DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO EM UM CASO DE SÍNDROME DE DOWN

O estudo de Oliveira (2010) pautou-se nos princípios da análise do comportamento com uma pessoa portadora da síndrome de Down. Participou deste estudo uma pessoa do sexo masculino, 39 anos à época da coleta de dados, solteiro, analfabeto, de classe média baixa, caçula de uma prole de dezesseis irmãos. Logo nos primeiros meses de vida, o participante foi diagnosticado com Síndrome de Down numa instituição de saúde localizada no interior do estado do Tocantins. Andou com três anos e falou com cinco anos de idade. Perdeu a mãe devido a um câncer na garganta. Submeteu-se a duas intervenções cirúrgicas de hérnia, aos 25 e 30 anos de idade, respectivamente.

A pesquisa foi desenvolvida em uma APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), uma instituição filantrópica, de caráter assistencial, educacional, cultural, de saúde, de estudos e pesquisas, desportivos e outros, mantida pelo município, pela associação, convênios do estado e Sistema Único de Saúde (SUS).

O participante apresentava comportamentos de isolamento social na escola e durante a coleta de dados seu peso era de 87 Kg tendo 1,53m de altura, encontrando-se obeso. Constava em seu prontuário a presença de picos hipertensivos, entretanto não havia indicação de fármacos.

O pai relatou que o participante dorme sempre com a luz do quarto acesa e com uma lanterna ao lado. A maior parte do seu tempo livre é ocupada escutando a rádio local ou assistindo a programas de TV. No momento da pesquisa encontrava-se sem qualquer tipo de relacionamento afetivo e sexual, posto que o pai e a família não o estimulavam tanto quanto não faziam qualquer esclarecimento sobre a sua sexualidade (Oliveira, 2010).

Através das entrevistas com o pai e professoras e das observações diretas foi possível registrar que participante apresentava vários comportamentos inadequados, dentre eles: não seguia instruções verbais das professoras, isolava-se na sala de aula sentando de costas para a turma e professora, a interação verbal com os colegas era ocasional, fazia uso excessivo da palavra 'amanhã', pronunciava erroneamente as palavras e não fazia quaisquer atividades sugeridas pela professora em classe (Oliveira, 2010).

As cinco classes comportamentais selecionadas foram (1) Modelar com massas figuras geométricas, (2) Diminuir a frequência da fala "amanhã", (3) Pronúncia correta, (4) Interagir com os colegas na sala de aula e (5) Instalar a atividade de desenho livre.

O programa de intervenção visava uma melhor adequação do participante ao seu ambiente institucional, cuja emissão de comportamentos desejáveis e uma diminuição de comportamentos indesejáveis, o favoreceriam em suas demandas ambientais, além de instalar novas atividades em que ele pudesse se engajar em momentos alternativos de sua sala de aula (Oliveira, 2010).

Quando das sessões para modelar com massas figuras geométricas, o experimentador e o

participante sentaram-se lado a lado para facilitar a execução do esvanecimento⁵, momento em que o experimentador colocava as suas mãos sobre as mãos do participante para forçar a realização da tarefa.

A fala “amanhã” era frequentemente emitida pelo participante, durante a fase de linha de base. A extinção se mostrou eficaz para a redução deste verbal, pois a ocorrência desta resposta diminuiu como resultado dessa operação (Catania, 1998/1999).

Quanto ao comportamento de interagir com os colegas na sala de aula, os dados apontam zero ocorrência nas fases de linha de base. Entretanto, sobre o efeito do reforçamento social, como por exemplo, olhar nos olhos, elogiar e sorrir para o participante tornou-se possível observar um aumento nas ocorrências desses comportamentos (Oliveira, 2010).

Segundo Martin e Pear (2007/2009), a atenção social por parte dos outros é um reforçador poderoso para fortalecer e manter comportamentos valorizados para quase todas as pessoas em suas relações diárias.

O participante era um aluno que não trazia maiores ‘problemas comportamentais’ no seu ambiente institucional, pois o mesmo se isolava se mantinha num dos cantos da sala de aula, não interagia com os pares e pouco respondia as demandas das professoras apresentando uma classe de comportamento do tipo “dócil”. Todavia, após a aplicação do programa de tratamento e ao observarem as mudanças comportamentais, eram frequentes os relatos das professoras ao experimentador “me ensina a fazer isso” ou “que fonte você buscou para fazer isso” etc. (Oliveira, 2010).

A partir do estudo de Oliveira (2010), enfatiza-se a importância de estudos nesta área, já que estudos desta natureza em nosso contexto são escassos. Justifica-se a sua relevância por ter sido aplicado um programa experimental para estudar o comportamento de um indivíduo diagnosticado com a síndrome de Down.

3 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO: DEFINIÇÕES E APLICABILIDADE

De acordo com Oliveira e Britto (2011), durante muitos anos a Síndrome de Down, foi tida como mongolismo, tendo em vista as características físicas que esta pessoa apresentava, principalmente em sua face, bem como a semelhança entre estes indivíduos e os da raça mongólica. Por último, têm-se duas principais denominações que são: síndrome de Down ou Trissomia do 21.

Os analistas do comportamento não reconhecem deduções hipotéticas sobre estruturas subjacentes como base de investigação científica sobre as ações humanas em que o comportamento é descrito como índice de transtorno mental (Chiesa, 1994/2006). Os postulados critérios diagnósticos do DSM-V (2014), ou em sua versão anterior DSM IV-TR (2000/2002), não são baseados em experimentação, ou em manipulação de dados, mas em suposições acalentadas pela visão tradicional⁶ sobre o comportamento humano mais complexo.

A análise do comportamento tem seus métodos, objetos e estudos todos baseados nas condições, antecedentes e consequentes aplicadas ao comportamento, seja ele qual for. Nesta ciência, o comportamento é resultado da interação do organismo com o ambiente, ou seja, leva em consideração o contexto que o comportamento ocorre, visto que ele não

⁵Esvanecimento, trata-se de um procedimento em que um comportamento que ocorre em uma situação também passa a ser emitido em outra situação a partir da mudança gradual do estímulo, da primeira para a segunda ocasião (Lundin, 1977).

⁶Visão tradicional ou abordagem tradicional remete a ciências que se baseiam em análises hipotético-dedutivos, e não em dados fidedignos a partir da observação sistemática, tal como é feita pelos analistas do comportamento.

ocorre por si mesmo. Neste sentido, vale ressaltar ainda que tudo o comportamento é tudo que um organismo faz, tais como atividades sejam elas, ações ou desempenho (Skinner, 1953/2003; Martin & Pear, 2007/2009).

Sendo assim, comportamento é um fenômeno natural que rompe qualquer barreira disciplinar, já que envolve um complexo de eventos físicos, bioquímicos e sociológicos (Millenson, 1967/1975).

No caso da Síndrome de Down, estaremos analisando também o comportamento verbal do indivíduo, Neste sentido Skinner (1957/1978) afirma que ao analisarmos o comportamento verbal, por extensão estaremos analisando também o pensar. Desta forma, afirma-se que pensar é comportamento e ação independentemente da forma que se acessa o mesmo.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a deficiência intelectual é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático. Os três critérios, a seguir devem ser preenchidos: (a) déficits em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados, (b) déficits em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade, (c) início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento (APA, 2014).

Neste sentido, deve ficar claro que o comportamento deve ser definido por meio de contingências de reforço das quais ele é função (Skinner, 1953/1970). Não por meio de explicações circulares de onde deduzem sua causa e, em seguida, usam o comportamento como a prova da causa (Britto, 2004). Martin & Pear (2007/2009) esclarecem que o uso de rótulos sintéticos gera desvantagens para o estudo do comportamento, uma vez que conduzem a pseudoexplicações. E estas são raciocínios circulares.

De acordo com Skinner (1953/1970) o comportamento humano é uma matéria laboriosa de se entender, não pela sua inacessibilidade, mas pela sua complexidade. Considerado como um processo evanescente, o comportamento não tem a facilidade de ser imobilizado para observação, o que requer por parte de cientistas, técnicas da engenhosidade comportamental. O entendimento científico das ações humanas só alcançará suas metas, após um longo percurso, orientadas por formulações claras e objetivas, buscando assim sanar inúmeros de seus problemas por meio de estudos das relações funcionais sobre o comportamento (Chiesa, 1994/2006).

Martin e Pear (2009) distinguem avaliação funcional de análise funcional onde: uma avaliação funcional se refere a uma variedade de maneiras de tentar identificar antecedentes e consequentes do comportamento, enquanto uma análise funcional se refere à manipulação sistemática de eventos ambientais para testar experimentalmente o papel de tais eventos como antecedentes ou como consequentes que controlam e mantêm comportamentos-problema.

Para avaliação funcional das causas do comportamento, problema ou não, deve-se utilizar instrumentos de avaliação indireta tais como, entrevistas com quem que tem contato direto com a pessoa que emite comportamentos-problema ou questionários, inventários, etc. Estes instrumentos devem conter perguntas relevantes para descobrir os antecedentes e consequentes que estão controlando o comportamento-problema. Também se utilizam da

avaliação por observação direta, que consiste em observar e descrever os antecedentes e as consequências imediatas dos comportamentos-problema que a pessoa emite em sua rotina diária. O uso desses instrumentos é necessário como base para o desenvolvimento da análise funcional, ou seja, testar sistematicamente os antecedentes e consequentes para posterior planejamento da intervenção (Iwata & Dozier, 2008; Martin & Pear, 2009; O'Neill *et al.*, 1997).

Conforme, Britto (2004/2014/2015), do ponto de vista funcional, todo comportamento, também é função de contingências culturais. Sendo assim, o comportamento do portador da Síndrome de Down, deve ser investigado para deixar de ser considerado oculto e misterioso. Para estudar a fala destes indivíduos com significados, tem-se que investigar sua história e registrar o que ele diz e mais, observar o que ele faz, o que ele vê, ouve e toca, a quem ele se dirige e quem o escuta, como fala, com que gestos e expressões faciais ele manifesta. Identificando assim, em que circunstâncias cada um desses eventos ocorre ou não ocorre. Em outras palavras, para o entendimento dos fatores que contribuem para a ocorrência de comportamentos problema, é necessária uma avaliação funcional que inclua não só a observação como também a manipulação de variáveis importantes.

Por tudo isso, pode-se dizer que a análise do comportamento se diferencia da abordagem tradicional a partir do grau de coerência interna, e também em relação a seus métodos utilizados para coleta, análise e interpretação de dados, tais que não podem ser encontrados com precisão em outras abordagens. (Skinner, 1953/1970). Sua metodologia se dá a partir de critérios claros, onde se toma em primeiro plano um grande comprometimento, considerando a origem da teoria estudada bem como a especificidade dos comportamentos dos organismos que se propõe estudar, bem como apontar a cientificidade quando se trata de estudar a relação do comportamento com o ambiente em que foi produzido (Baum, 1999; Miranda, 2005). Lattal, (2005) sugere reforçar as melhorias na validação e na confiabilidade das informações, da validação das observações por meio das tecnologias observacionais desenvolvidas. Assim, a análise do comportamento tem ganhando credibilidade dentro da comunidade científica, por demonstrar ser eficaz e funcional ao mesmo tempo.

A análise do comportamento também se difere da abordagem tradicional na medida em que estabelece que os transtornos sejam dificuldades específicas encontradas por cada indivíduo em específico em sua história de vida. E o não cumprimento das normas sociais é estudado em diferentes contextos, levando em consideração o aspecto cultural, já que o ser humano deve ser estudado em sua totalidade, pois não é puramente biológico, nem puramente cultural, é um conjunto, sendo definido a partir da ontogênese, filogênese e cultura (Skinner, 1953/1970).

Sturmey, Marroquin, e Doran (2007) esclarecem que a abordagem tradicional e a abordagem funcional são abordagens distintas, se diferenciando quanto o *status* dado às observações e o objetivo de seus projetos. A abordagem tradicional postula sinais de estruturas ocultas subjacentes que não são observadas diretamente, mas inferidos a partir de observações superficiais do comportamento como sintoma de estruturas subjacentes hipotetizada. Estas são vistas como atributos inerentes e são relativamente imutáveis.

Por outro lado, a abordagem funcional enfatiza o papel das variáveis ambientais e da relação do fenômeno observado com o ambiente. A evolução biológica é um dos exemplos mais característicos do funcionalismo, que está intimamente relacionado com a análise do comportamento. A evolução biológica trata das variações da composição de um organismo como células e fisiologia, e de fato o seu comportamento - como resultado do ambiente selecionado. Variações no organismo que são hereditárias e mais adaptadas ao ambiente são susceptíveis de serem selecionadas diferencialmente pelo ambiente (Sturmey, *et al.*, 2007).

Para Sturme *et. al.*, (2007) várias diferenças entre estas abordagens são imediatamente aparentes. Primeiro, elas divergem quanto ao que eles consideram ser importante. As abordagens funcionais focam no observável e no que se pode constatar diretamente, enquanto abordagens estruturais focam em construções deduzidas não observáveis. Em segundo lugar, essas abordagens também diferem em termos de causalidade. As abordagens tradicionais localizam as causas dentro da pessoa, enquanto as abordagens funcionais localizam a causa no ambiente. Em terceiro lugar, estas abordagens também diferem quanto à intervenção. Porque nas abordagens tradicionais localizam as causas do comportamento de estruturas cognitivas e linguísticas da pessoa, neste sentido a intervenção deve ser orientada a estimular, ativar ou reparar estas estruturas. Em contraste, as intervenções funcionais identificam e alteram as variáveis ambientais que são seguramente relacionados com o comportamento de interesse.

Desse modo, Skinner (1980) sugere o foco nas relações, por exemplo, o importante não é o que a pessoa com o diagnóstico faz, mas o que ela deixa de fazer. O comportamento que apresenta é problema, simplesmente porque não é característico da situação. “O problema não consiste em achar na estrutura do comportamento observado algum indício de como fazê-lo desaparecer, mas, antes, em exigir o comportamento que está faltando” (p.186).

Ainda neste sentido, partindo da fundamentação empírica Britto *et. al.*, (2010) ressalta que, a abordagem analítico-comportamental considera que o comportamento, problema ou não, deve ser analisado como respostas operantes mantidas pelas suas próprias consequências. Assim sendo, é tarefa dos analistas de comportamento buscar os eventos antecedentes e consequentes que controlam ou mantêm o comportamento-problema e, para esse fim, torna-se imperioso utilizar a avaliação funcional.

Para esta autora, os indivíduos que apresentam comportamentos-problema, isto é, déficits ou excessos comportamentais podem ser classificados de vários modos como, por exemplo, apresentando danos cerebrais, distúrbios emocionais, atípicos em relação ao desenvolvimento, anoréxicos, autistas, bulímicos, depressivos, esquizofrênicos, fóbicos, maníacos, mentalmente retardados, psicopatas, psicóticos, severamente perturbados ou, ainda, podem não ter nenhum diagnóstico formal. Desta forma indivíduos rotulados como agressivos, ansiosos, dependentes, desmotivados, egoístas, orgulhosos, passivos, preguiçosos, tímidos, violentos, entre outros, também são indivíduos que apresentam déficits ou excessos comportamentais (p.3).

Martin e Pear (2009) distinguem avaliação funcional de análise funcional onde:

uma avaliação funcional se refere a uma variedade de maneiras de tentar identificar antecedentes e consequências de comportamento, enquanto uma análise funcional se refere à manipulação sistemática de eventos ambientais para testar experimentalmente o papel de tais eventos como antecedentes ou como consequências que controlam e mantêm comportamentos-problema específicos (p. 329).

Desta forma, a avaliação funcional torna-se útil na identificação de fontes de reforço que mantêm ou não os comportamentos-problema. Contudo, o uso de procedimentos e metodologia da análise funcional tem sido variado, demonstrando haver amplas formas de aplicação pelos analistas do comportamento, desde que considerem os antecedentes, os consequentes e aquilo que mantêm os comportamentos problema (Britto, 2010).

No caso da avaliação funcional com portadores da Síndrome de Down ela se dá pelo uso de informantes: a primeira estratégia para conduzir uma avaliação funcional é conversar com a pessoa com comportamentos problema, se possível, e com aquelas pessoas que têm contato com o indivíduo e conhecimento sobre ele (pais, professores, cuidadores). As entrevistas, questionários ou escalas de classificação são úteis para a definição das variáveis que podem afetar o comportamento em questão (O’Neil, Horner, Albin, Sprague,

Storey e Newton, 1997).

Neste sentido, ao discorrer sobre a validade e a confiabilidade da análise do comportamento, tem-se que a metodologia utilizada por esta ciência não reconhece o uso de hipóteses para estabelecer seu método, e nem o toma como essencial para investigação científica. O behaviorismo radical assume sua metodologia pautando-se em métodos científicos que se comprometem com a individualidade do organismo e pela natureza de seu sistema teórico, não partindo de deduções hipotético dedutivas, o que a faz ser distinta em relação as demais abordagens de investigação científica que dominam a psicologia (Chiesa, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, este estudo foi descritivo e ao mesmo tempo analítico e permitiu identificar diferentes variáveis estudadas quando se trata da síndrome de Down. Tal estudo torna-se importante na medida que oferece ao leitor a oportunidade de conhecer a forma com a qual esta síndrome vem sendo diagnosticada.

Evidencia-se que a prática científica da psicologia tem demonstrado que a abordagem relacional do behaviorismo radical pode proporcionar mudanças que não são possíveis a partir da abordagem mecanicista (Chiesa, 2006).

Sendo assim pode-se afirmar que Skinner é contrário ao formalismo e entende-se que esta seja uma forma de abandonar o método científico em relação ao formalismo excessivo que não é preciso na definição de seus métodos. Para isso, são evidenciadas duas conclusões a partir da análise de Skinner, sendo (1) certas características de seu comportamento contribuíram para a produção de novas descobertas; (2) algumas ocorrências inevitáveis (por exemplo, acidentes) no curso da pesquisa podem também lançar luz sobre um efeito ou resultado não planejado.

O papel do cientista deve ser o de levar a informação à sociedade, e estudos como este se tornam fundamentais por serem críticos, analíticos e fundamentados em ciência.

Este estudo objetivou ainda demonstrar por meio de um levantamento bibliográfico, diversos estudos que retratam a realidade da síndrome de Down, bem como a relação desta pessoa com sua família e apresentar princípios da análise do comportamento que auxiliam na modificação de comportamentos de pessoas com este tipo de diagnóstico. A análise do comportamento enfatiza a relação entre indivíduo e ambiente como produtora de comportamentos, e como dito anteriormente, baseia-se na descrição exata do comportamento tal como ele ocorre. No entanto, o estudo contribui para o esclarecimento de diversas questões, tanto para os pais, quanto para profissionais que lidam com estas pessoas diariamente. A análise do comportamento enfatiza que ao atuar junto a estas pessoas com SD no contexto institucional, tem-se em vista o instalar de comportamentos desejador no repertório comportamental deste indivíduo, com finalidade de melhorar as relações familiares e sociais deste.

É necessário salientar que se trata de uma síndrome que está associada a padrões específicos de comportamentos-problema, pois na maioria dos estudos evidenciam-se intervenções comportamentais relacionadas a comportamentos de origem médica (Martin & Pear, 2007/2009; O'Neil & cols. 1997, Oliveira e Britto, 2010). Faz-se necessário salientar que toda intervenção comportamental, deve ser realizada mediante uma avaliação funcional, pois se esta não for bem realizada, pode tornar os comportamentos problema mais intensos. Pois é na avaliação funcional é que tem-se o apoio de evitar erros programáticos, bem como auxilia fortemente no desenvolvimento de planos eficazes e eficientes.

O estudo evidencia também a necessidade de uma atenção específica a ser voltada para as

peças com síndrome de Down e suas famílias. Considerando que todo e qualquer esforço deve ser de forma que a família não se sinta forçada a realizar uma atividade apenas, mas que compreendam que o vínculo afetivo deste indivíduo com seu meio familiar produz comportamentos favoráveis para todos os contextos em que se insere. O papel da família é de suma importância, por isso deve estar bem orientada por profissionais capacitados, desde o diagnóstico, para que assim possa ser trabalhada e implementada a inserção desta pessoa nos contextos de convivência como qualquer outro indivíduo, inclusive, podendo este desfrutar de um contexto escolar favorável, beneficiando a todas as pessoas e instituições relacionados a esta pessoa.

A partir deste estudo indica-se que comportamentos sejam eles quaisquer que forem devem ser estudados funcionalmente. Neste sentido, qualquer condição ou evento que tenha efeito sobre o comportamento deve ser considerado. Quando se analisa funcionalmente essas condições prevê-se o comportamento; o seu controle pode ser obtido na medida em que ele possa ser manipulado. Assim sendo, o uso da expressão análise funcional na abordagem Skinneriana especifica o comportamento como uma variável dependente e se propõe a descrevê-lo em termos de condições físicas observáveis e manipuláveis em relação às contingências ambientais que são as variáveis independentes, com foco para suas consequências (Skinner, 1953:1970).

Por fim, destaca-se a necessidade de estudos desta natureza, pois a escassez é evidente, justifica-se sua relevância pela aplicabilidade dos conceitos da análise do comportamento, com vista a modificar comportamentos já instalados e apreendidos pelos indivíduos no próprio meio em que ele está inserido, alguns que podem nem ser característicos da síndrome, mas dos contextos em que a pessoa com síndrome de Down convive e se desenvolve.

REFERÊNCIAS

- Angélico, A. P. (2004). Estudo descritivo do repertório de habilidades sociais de adolescente com síndrome de Down. Dissertação de Mestrado (não publicada). Universidade Federal de São Carlos.
- Associação Americana de Psiquiatria (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5a edição). Tradução de M. I. C. Nascimento, P. H. Machado, R. M. Garcez, R. Pizzato & S. M. M. Rosa. Porto Alegre: ARTMED. (Trabalho original publicado em 2013).
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). Porto Alegre: ARTMED.
- Baum, W. M. (1999). Compreender o behaviorismo: ciência, comportamento e cultura. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1994).
- Bibas, J. M., & Duarte, A. M. (2009). Idéias de estimulação para a criança com síndrome de Down: brincando e se desenvolvendo em casa. Curitiba: Artes & Textos.
- Boff, J. Caregnato, R.C. (2008). História oral de mulheres com filhos portadores de Síndrome de Down. Texto contexto enfermagem,17.
- Bueno, G. N., & Britto, I.A.G.S.; (2013). A esquizofrenia de acordo com a abordagem comportamental. Curitiba: Juruá.
- Britto, I. A. G. S. (2004). Sobre delírios e alucinações. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 6 (1), 61-71.
- Britto, I. A. G. S., Rodrigues, I. S., Alves, S. L. & Quinta, T. L. S. S. (2010). Análise Funcional de Comportamentos Verbais Inapropriados de um Esquizofrênico. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26(1), 139-144.
- Britto, I. A. G. S., Marcon, R. M. & Mello-Gouveia, J. S. (2010). Sobre a metodologia de análise funcional. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. (artigo didático).

- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Tradução organizada por D. G. Souza. 1ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1998).
- Chiesa, M. (2006). *Behaviorismo radical: a filosofia e a ciência*. Tradução de C. E. Cameschi. Brasília: Celeiro. (Trabalho original publicado em 1994).
- Falkenbach, A. P., Ruschel, F. & Maróstica J. (2002). O comportamento lúdico de crianças com portadoras de síndrome de Down: abordagem da psicomotricidade relacional. *Estudos e Debates/UNIVATES*, 9, n 1.
- Iwata, B. A., & Dozier, C. L. (2008). Clinical application of functional analysis methodology. *Behavior Analysis in Practice*, 1, 3-9.
- Jiménez, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Jr, G. A. F; Messa, A. A. (2007) Pais, Filhos e Deficiência: estudos sobre as relações familiares. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27, (2) pp. 236-245.
- Kozma, C. (2007). O que é Síndrome de Down? Em: K. Stray-Gundersen (Org.), *Crianças com Síndrome de Down: guia para pais e educadores*. (pp. 15-42). Porto Alegre: Artmed.
- Lattal, K. A. (2005). *Ciência, tecnologia e análise do comportamento*. Em: J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do Comportamento: pesquisa, teoria e aplicação*. Porto Alegre: Artmed.
- Lovaas, O. I. & Simmons, J. Q. (1969). Manipulation of self-destruction in three retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2(3), 143-157.
- Lundin, R. W. (1977). *Personalidade: uma análise do comportamento*. São Paulo: EPU.
- Marcon, R. M. & Britto, I.A.G.S. (2014). O estudo do comportamento psicótico: contribuições analítico-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 17(1), 23-34.
- Marcon e Britto (2015). O controle pelos antecedentes e consequentes nas respostas verbais de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. 1ª Edição. Curitiba: CRV.
- Martin, G. & Pear, J. (2009). *Modificação de Comportamento: o que é e como fazer*. Tradução organizada por N. C. Aguirre. 8ª Edição. São Paulo: Roca. (Trabalho original publicado em 2007).
- Matos, M. A. & Tomanari, G. Y. (2002). *A Análise do Comportamento no Laboratório Didático*. São Paulo: Manole.
- Ministério da Saúde (MS). (2014). *Diretrizes de atenção à pessoa com síndrome de Down*. Brasília: MS.
- Miranda, E. (2005). *A esquizofrenia sob a perspectiva dos princípios da análise do comportamento*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Moore, J. & Cooper, J. O. (2003). Some proposed relations among the domains of behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 26 (1), 69-84.
- Morato, P. P. (1995). *Deficiência Mental e Aprendizagem*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Moreira, M. B. & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios Básicos de Análise do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Nunes, F. C., Costa, J. S., & Fortes, M. T. G. O. (2013). O Papel da Família na Interação de Crianças Portadoras da Síndrome de Down no Meio Social. Recuperado em 30 de outubro de 2016, de <http://www.profala.com/artsindrome16.htm>
- Nunes, C. C., Silva, N. C. B., & Aiello, A. L. R. (2008). As contribuições do papel do pai e do irmão do indivíduo com necessidades especiais na visão sistêmica da família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(1), 37-44.

- Oliveira, I. J. S. (2010). Análise do comportamento aplicada a síndrome de Down. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, Goiás.
- Oliveira e Britto (2011). **Síndrome de Down: Modificando Comportamentos**. Santo André: Esetec.
- O'Neil, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Storey, K., & Newton, J. S. (1997). *Functional Assessment and Program Development for Problem Behavior: A Practical Handbook*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Orlando, R. & Bijou, S. (1960). Single and multiple schedules of reinforcement in developmentally retarded children. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 3, 339-248.
- Pateiro, A. R. A. B. (2013). A linguagem na criança com Síndrome de Down. (Dissertação de Mestrado). Universidade Portucalense.
- Pereira-Silva, N. L. & Dessen, M. A. (2001). Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(2), 133-141.
- Rodriguez, F. T. (2006). Síndrome de Down e inclusão familiar. Portal Síndrome de Down. Recuperado em 24 de outubro de 2016, de http://www.portalsindromededown.com.br/inclusao_home.php
- Sampedro, M., Blasco, G. M., & Hernández, M. (1993). A Criança com Síndrome de Down. In R. B. (Orgs), *Necessidades Educativas Especiais*. Coleção Saber Mais, Dinalivro.
- Santos, T. R. dos & Oliveira, F. N. de (2008). As interações sociais e o brincar da criança com Síndrome de Down. Curitiba.
- Skinner, B. F. (1992). *Verbal behavior*. Acton, MA: Copley Publishing Group. (Original work published 1957).
- Skinner, B. F. (1980). Contingências do reforço e o planejamento da cultura. Em *Coleção Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural.
- Skinner, B. F. (1970). *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução de J. C. Todorov e R. Azzi. Brasília: UnB/FUNBEC. (Trabalho original publicado em 1953).
- Skinner, B. F. (1991). *Questões recentes na análise comportamental*: São Paulo: Papyrus (Obra publicada originalmente em 1989).
- Skinner, B. F. (1992). *Verbal behavior*. Acton, MA: Copley Publishing Group. (Original work published 1957).
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução organizada por J. C. Todorov & R. Azzi. 10ª Edição. São Paulo: Martins Fontes Editora. (Trabalho original publicado em 1953).
- Smeltzer, S.C; Bare G. B. Brunner & Suddarth (2005). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sturmey, P. Ward-Horner, J. Marroquin, M. & Doran, E. (2007). Structural and functional approaches to psychopathology and case formulation. In: P. Sturmey (Editor). *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 1-21). San Diego: Elsevier Inc.
- TEZZA, E. (1995). **O que é Síndrome de Down**. Curitiba: Texto Didático.
- VOHLK, A. M. F.; ASSIS, B., Maria, S., JÚNIOR, F., Antonio, G. (2010). **Impacto da notícia da síndrome de Down para os pais: histórias de vida**. *Ciência e saúde coletiva*, 15 (2), 445-451. Rio de Janeiro.
- WERNEEK, C. (1993). **Muito prazer eu existo**. Rio de Janeiro: WVA.

Depressão pós-parto: a importância do diagnóstico precoce e ações de prevenção psicológica em gestantes ⁷

Postpartum depression: the importance of early diagnosis and psychological prevention actions in pregnant women

RESUMO:

O artigo visou identificar a importância do diagnóstico precoce da depressão pós-parto e propor ações preventivas que contribuam para o bem-estar biopsicossocial no processo gestacional. A pesquisa foi realizada na maternidade pública Nossa Senhora de Lourdes, localizada na cidade de Goiânia-GO. Ainda hoje, durante o pré-natal tradicional, existe uma carência no acompanhamento cuidadoso da gestante frente às demandas psíquicas e pouco se discute acerca da intervenção psicoterapêutica precoce. Para identificar esta demanda foi realizada uma pesquisa de campo com coleta de dados, especificamente nos setores ambulatorio e enfermarias de internação com amostra de dez gestantes. Utilizou-se como instrumentos para essa pesquisa uma entrevista estruturada e os inventários de Beck para depressão e ansiedade. A análise quantitativa dos dados foi realizada utilizando tabelas e gráficos. Os resultados indicaram que a maioria das gestantes apresentaram nível leve na manifestação de sintomas ansiosos e nível moderado para sintomas depressivos. Conclui-se que a inclusão do psicólogo na equipe de atenção às gestantes é fundamental para identificar os fatores de risco, sinais e sintomas da depressão pós-parto e a descoberta destes aspectos, viabiliza o planejamento de ações preventivas assertivas que transcendem os métodos psicoeducativos e alcançam práticas psicoterapêuticas.

Palavras-chave: Gestação. Depressão pós-parto. Prevenção.

ABSTRACT

This article aimed to identify the importance of the precocious diagnosis of the postpartum depression and to propose preventive actions that contribute for the biopsychosocial well-being in the gestational process. The research carried out in the public maternity Nossa Senhora de Lourdes, located in Goiânia-GO. Nowadays, during the traditional prenatal care exist a lack in the careful attendance of the pregnant woman front to the psychological demands and almost never discussed about the psychotherapeutic precocious intervention. To identify this demand a field research was carried out with data collection, specifically in the ambulatory sector and admission wards with sample of ten pregnant women. A structured interview was used as instruments for this research and the inventories of Beck for depression and anxiety. The quantitative analysis of the data was carried out by tabulation in tables and graphs. The results indicated that most of the women pregnant presented the light level of the anxious symptoms and moderated level for depressive symptoms. It was concluded, that the inclusion of psychologist in the team of attention to the women's pregnant is basic to identify the risk factors, signs and symptoms of the postpartum depression through a psychosocial evaluation and the discovery of these aspects, to make feasible the projection of the assertive preventive actions that transcend the psychoeducational methods and reach practices psychotherapeutic.

Keywords: Pregnancy, Postpartum Depression, Prevention.

⁷ Kálita Karoliny Arquino Moreira Estulano, Leid'Anne Santos Lima: discentes do Curso de Psicologia da Universo-Go. Dr^a. Andréa Batista Magalhães.

INTRODUÇÃO

No período gravídico e puerperal, a mulher vivencia alterações biológicas, psicológicas e sociais. Durante este ciclo, a gestante fica propensa a manifestações de transtornos psicológicos, como a Depressão Pós-Parto (DPP). Esta realidade torna-se um problema de saúde pública quando se instiga as diversas áreas do conhecimento da assistência primária ou secundária, a gestante encontra algumas ações de prevenção ou tratamento. No contexto geral, as principais áreas envolvidas são a medicina, a enfermagem de especialidade obstétrica e a psicologia da saúde, que também tem alcançado espaço gradativo nesse contexto.

A DPP está relacionada com os sintomas da depressão, já é conhecida e classificada como um transtorno de humor, que leva a puérpera a apresentar uma série de alterações hormonais e de comportamento, caracterizados por choro fácil, melancolia, irritabilidade, ideias suicidas, e sentimentos aversivos contra o bebê, modificando todo o seu cotidiano. (KONRADT *et al.*, 2011).

O tema foi escolhido devido à preocupação com acompanhamento psicológico e pela necessidade de fazer um rastreio longitudinal das gestantes, antes, durante e pós gestacional. Apesar do cuidado médico, já existente no pré-natal convencional com as gestantes nas instituições de saúde, percebe-se a pouca inclusão do profissional psicólogo na equipe multidisciplinar neste atendimento, e sua atuação torna-se relevante, pois, viabiliza o rastreamento de sinais e sintomas que podem desencadear a DPP, possibilitando intervenções preventivas com a gestante e sua família.

A presente pesquisa foi realizada na maternidade pública Nossa Senhora de Lourdes, localizada na cidade de Goiânia-GO entre os meses de junho e julho de 2017, com uma amostra de dez mulheres grávidas a partir dos dezoito anos de idade e com idade gestacional entre quatorze e quarenta semanas. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados e rastreamento, um roteiro de entrevista estruturado e os inventários de Beck para depressão e ansiedade.

O objetivo geral desta pesquisa foi identificar a importância do diagnóstico precoce da depressão pós-parto e o desenvolvimento de ações preventivas na assistência à gestante. Buscou-se como objetivos específicos, analisar os fatores de risco que contribuem para a manifestação da depressão pós-parto, descrever os sinais e sintomas que demonstrem tendência no desenvolvimento da DPP e propor ações preventivas.

Após a coleta de dados foi realizada a análise e discussão dos resultados, focando, principalmente, nos objetivos propostos, bem como no papel do psicólogo em cada etapa.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Gestação

A mulher ocupa o papel principal na gestação, de modo a experimentar muitas mudanças, desde oscilação de humor até as modificações corporais, ocasionando para a gestante um período de tensão. (CAMACHO *et al* 2010). Durante a gestação ocorre um aumento nos níveis de estrogênio e progesterona, resultando em alterações de humor. (CAMACHO *et al* 2006).

Sobre as mudanças que ocorrem na gestante o Ministério da Saúde (2012), acrescenta que a gestação é “um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional.”

As principais mudanças fisiológicas que a gestante pode vir a experimentar são náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, fraquezas, desmaios, cólicas, dor abdominal, corrimento vaginal, falta de ar, dificuldade para respirar, dor nas mamas, nas costas, de cabeça e câimbras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

1.2 Humanização na assistência ao parto

Historicamente, a percepção quanto ao sofrimento no parto se modificou com o passar do tempo, a priori, a Igreja Católica caracterizava esta experiência de dor como um desígnio divino. No entanto, a classe obstétrica se ocupou do papel de libertar as mulheres destas dores, dando início a responsabilidade quanto à humanização, isentando-as da culpa e colocando-as na posição de vítima da sua natureza. A tentativa no combate à dor teve vários marcos, e um deles aconteceu durante o século XX, o qual mulheres gestantes davam à luz inconscientes, por meio de sedação total, porém, esse método adotado por diversos países como Estados Unidos e Europa foi extinto após várias décadas, por causar morbimortalidade materna e perinatal. (DINIZ, 2005).

Tostes e Seidl (2016), apontam alguns programas nacionais que influenciaram em melhores práticas de atenção ao parto e nascimento, como a ação do Ministério da Saúde, que em 1992, instituiu uma reorganização nos cuidados pré-natais e em 2000 implantou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento conforme orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Outros programas foram instaurados, como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004 e a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias, em 2008.

Vasconcelos *et al.* (2016) indicam a Rede Cegonha, um programa suscitado pelo Ministério da Saúde, com objetivo de potencializar a humanização nos processos das maternidades.

Parada & Tonete (2008) *apud* Tostes e Seidl (2016), dizem que “a dor, o medo, a ansiedade e outros fatores psicológicos podem, por vezes, ter efeitos estressantes e desgastantes sobre a vivência de parturição da mulher.”

Frente a perspectiva da assistência ao parto, alguns grupos, como os defensores dos direitos humanos e o movimento feminista, vêm coordenando o combate à violência obstétrica. Estes movimentos objetivam a humanização do parto e nascimento, e são também formados por diversos profissionais. A Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), através da sua carta de fundação, intitulada “Carta de Campinas”, expôs diversas práticas violentas na assistência ao parto, transformando esta experiência que representa a vida em terror. Caracterizado como a realização de qualquer procedimento sem o consentimento da gestante, tal como, violência verbal e violência física, discriminação social e até abuso sexual. (SENA E TESSER, 2017).

O parto normal ainda é associado a um evento traumático, que causa apenas dor e sofrimento para gestante, incentivando o parto cesáreo. Desse modo, o que poderia ser um evento visceral para a mulher, passa a ser institucionalizado. (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012 *apud* MARTINS, 2005).

No Brasil, a realidade das maternidades ainda revela muitas dificuldades que prejudicam a implantação do modelo humanizado, como a deficiência na estrutura física, assim como, o perfil dos profissionais e sua postura por vezes desrespeitosa e displicente no cuidado da mãe e do recém-nascido. O modelo humanizado visa desconstruir este cenário e garantir os direitos das mulheres na parturição, promovendo segurança e acolhimento, através de práticas como o direito ao acompanhante e este podendo ser um familiar, companheiro ou uma doula, que por consequência, beneficia e muito o bem-estar da mãe e sua saúde. (COSTA; FARIA; SOLER, 2009).

Humanizar a assistência ao parto exige uma mudança imediata dos profissionais envolvidos, como o desenvolvimento da empatia, solidariedade, gentileza e hombridade, que promovem qualidade no atendimento prestado e a garantia de autonomia da mulher neste processo. (VERSIANI *et al.*, 2015).

De acordo com Henriques *et al.* (2015), a humanização na assistência à gestante é caracterizada por uma atuação acolhedora e inibição de procedimentos desnecessários em todas as fases do acompanhamento, desde o ambulatório até os atendimentos considerados de alto risco. É frequente a formação de grupos de gestantes voltados aos cuidados humanizados, nesta fase a mulher precisa receber atendimento integral, garantindo seu bem-estar biopsicossocial.

Lima *et al.* (2017) também revela a importância da equipe de assistência pré-natal no acolhimento da gestante. A preparação desta equipe promove a possibilidade de identificação precoce de sintomas depressivos que por ventura, em sua grande maioria, não são relatados pelas gestantes a seus médicos por medo de banalização das suas queixas pelos profissionais. No entanto, é importante reconhecer que muitos profissionais não conseguem observar estes sintomas por desconhecer os instrumentos sistematizados no campo da saúde mental e também, pela ausência de habilidade na intervenção primária, focando apenas em aspectos fisiológicos da gestante.

1.3 Depressão Pós-Parto

Conforme expressam Rodrigues e Schiavo (2011), no puerpério, a mulher passa por diversas mudanças, incluindo a recuperação da genitália materna (útero), mudanças na sua rotina diária, que ocasionam novas adaptações de uma nova realidade que inclui dentre outros fatores o cuidado com o bebê, e a maneira como ela lida com todas essas mudanças determinará se a mesma apresentará ou não sinais de estresse.

Assim como a maioria dos autores defendem, Konradt *et al.* (2011), afirmam que a Depressão pós-parto (DPP) possuem sintomas similares à depressão, porém, é preciso levar em consideração as alterações hormonais que a mulher vivencia neste período. Dentre os principais sinais apontados são o humor deprimido, falta de vontade pelas atividades do dia a dia, baixa autoestima, alterações no caráter social e consigo mesmo. Os sintomas da DPP são marcados por irritabilidade de grau sutil ou mais rigoroso e mudanças repentinas de humor. E, o seu tempo de duração pode perdurar por vários meses, dificultando a execução de atividades do cotidiano.

Nesse contexto Silva *et al.* (2010), acrescenta que a durante a gestação a mulher experimenta várias situações estressantes e devido a esse fator pode desenvolver sintomas depressivos mais graves no momento após o parto. Considera-se que a DPP apresenta sinais similares da depressão, desse modo predomina os sentimentos negativos, sentimento de culpa e uma incapacidade de cuidar do bebê.

Lima *et al.* (2017) evidenciam a prevalência de 10% a 15% de mulheres que manifestam sintomas ansiosos e depressivos em grau leve e moderado no decorrer da gestação.

1.4 Fatores de risco da depressão pós-parto

Para Anding *et al.* (2015), os sintomas depressivos no puerpério tem relação com aspectos sociodemográficos e psicossociais, por consequência, pressupõe-se a ação da cultura e do meio que a gestante vive, incluindo de forma específica, a baixa autoestima, fatores estressores de cunho parental, em geral, com o modo de vida, ausência de apoio das pessoas que fazem parte do seu convívio, manifestação da depressão perinatal, histórico de depressão na adolescência e vida adulta, bem como o nível socioeconômico prejudicado e

até mesmo o fato do planejamento da gestação.

Igualmente, Fathi-Ashtiani *et al.* (2015), confirma a influência dos aspectos culturais e socioeconômicos como sendo um dos principais fatores de risco no desencadeamento da DPP, bem como abuso físico, intercorrências no parto, histórico de depressão, situações de estresse, negligência no apoio recebido pelos familiares e baixa autoestima.

Do mesmo modo, Tachibana *et al.* (2015), apontam como fatores de risco para a DPP, a manifestação de humor depressivo, ansiedade durante a gestação, experiência anterior de depressão, baixo grau de apoio, bem como uma relação com o cônjuge enfraquecida como possibilidade no desenvolvimento da DPP no puerpério e complementa destacando que o conhecimento destes fatores de risco pelos obstetras auxilia na identificação precoce do diagnóstico.

Similarmente, Cirik *et al.* (2016), descreve que mulheres que apresentam depressão durante a gestação são mais propensas a desenvolverem a DPP, e ainda elucida que nas gestações de risco existem maiores taxas de ansiedade.

Para Valença e Germano (2010), existe uma relação da DPP com o estresse, pois todas as transformações vividas pela gestante, bem como a falta de apoio das pessoas do seu convívio, estritamente do cônjuge, são mais propensas a desenvolver o quadro de depressão.

Segundo Cereja *et al.* (2016), as mães de bebês prematuros são mais propensas a apresentar DPP, chegando a um índice de 40% a mais se comparados a outras mães. Neste período, os pais vivenciam muitos fatores estressores de origem socioeconômica e emocional, pois, os bebês necessitam permanecer na unidade de terapia intensiva - UTI.

1.5 Rastreamento da Depressão pós-parto

Werner *et al.* (2015), indica que o número de estudos sobre intervenções psicossociais na DPP tem aumentado, porém, destaca que apesar deste indicativo, existe ainda uma dificuldade na comparação destes, pois cada pesquisador tem se utilizado de instrumentos de rastreio diferentes. Além, desta realidade outras variáveis podem influenciar no resultado, como o período de início e o tempo do tratamento, tanto no perinatal como no puerpério. Conforme Stuart-Parrigone e Stuart (2014) afirmam, não houveram muitas mudanças no diagnóstico da DPP, no entanto, o tempo para os sintomas se manifestarem foi delongado. O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM V (2013) indica que o critério de surgimento da depressão acontece dentro das primeiras quatro semanas após o parto.

Existem diversos instrumentos utilizados para rastreamento e um possível diagnóstico da depressão pós-parto como os inventários das escalas de Beck. (ALMEIDA e ARRAIS, 2016).

Benute *et al.* (2011), relata que durante o período gestacional é frequente o diagnóstico de transtornos psiquiátricos. E, ressalta que a depressão deve ser habitualmente pesquisada neste período, a partir de instrumentos específicos, principalmente, quando a gestante revela pensamentos suicidas.

De acordo com Cereja *et al.* (2016), o diagnóstico precoce da DPP é uma das etapas mais difíceis, ao considerar que muitas gestantes resistem na exposição dos seus sentimentos negativos relacionados à criança e ao puerpério. E isso, prolonga os sintomas, uma vez que o início do tratamento é dificultado.

1.6 Ações de prevenção na depressão pós-parto

Sobre as medidas de prevenção da DPP, Rocha (1999) *apud* Silva e Botti (2005), expõe a

importância do apoio emocional e físico que a gestante deve receber durante a gestação, no momento do parto e no pós-parto, envolvendo todos os profissionais, familiares, amigos e companheiro. Assim como precisa se sentir amada e segura pelo parceiro, em casos de suspeita de desenvolvimento de DPP, ela deve ser encaminhada para acompanhamento psicoterapêutico.

Biaggi *et al.* (2016) *apud* Austin, Milgrom e Gemmill (2014), compreendem que intervenção preventiva de DPP pode ser realizada através de uma ampla avaliação psicossocial, que aborda aspectos psicossociais da mulher, como as fontes de apoio, suas relações e histórico de abuso físico ou sexual em tempo presente e passado. A aplicação acontece durante o período pré-natal, auxiliando os profissionais a identificar gestantes de alto risco antes da apresentação de sintomas depressivos.

Ainda sobre a prevenção de DPP, Konradt *et al.* (2011), complementa:

A prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio de ações e intervenções conjuntas durante a gravidez, minimizando o risco de as mães desenvolverem DPP e prevenindo os graves problemas pessoais e familiares que dela decorrem. O desenvolvimento de medidas efetivas para a prevenção dessa patologia é importante em termos de saúde pública, a fim de reduzir a incidência de DPP. Os profissionais ligados à saúde materna e obstétrica (médicos, psicólogos e enfermeiros) são os que se encontram em melhores condições de prevenir o aparecimento da DPP, pois possuem o conhecimento necessário para propor a criação de programas preventivos na rede pública, voltados não só para a saúde da grávida, mas para a saúde sexual e reprodutiva da população geral. (KONRADT *et al.*, 2011, p. 79).

Arrais e Mourão (2014), apresentam um programa denominado Pré-Natal Psicológico, com elaboração distinta dos cursos de gestantes, seu objetivo principal é proporcionar à gestante apoio emocional, bem como desmistificar os mitos desta fase, com ênfase psicoterapêutica que trata-se de um acompanhamento que acontece em grupos de gestantes, com extensão à família, em especial, do cônjuge e avós, possibilitando a troca de experiências, apoio na construção da parentalidade e instruções gerais acerca dos riscos da gravidez, sempre apoiado com uma escuta qualificada.

Arrais e Araújo (2016), apontam que o Pré-Natal Psicológico (PNP) é um programa complementar ao pré-natal médico, que visa a formação de grupos específicos de cada fase gestacional, parto e puerpério, com intuito de envolver a gestante e sua família na reflexão de todos as perspectivas relacionadas ao período gravídico-puerperal.

Nesse ponto de vista, Almeida e Arrais (2016) relatam acerca da importância da rede de apoio social e familiar na identificação e intervenção da DPP. O suporte da família é essencial nesse processo, pois, conflitos e descontentamentos com o cônjuge comprometem o bem-estar da gestante. E complementa a respeito da importância de trabalho com os sentimentos básicos da gestante quanto a função materna, sentimento de inferioridade e grau de segurança.

Dentre as principais estratégias utilizadas para o tratamento da DPP, Guedes *et. al.* (2011), expressa que:

O manejo da DPP inclui programas psicoeducacionais, psicoterapia e medicamentos. A análise do risco-benefício quanto às diversas opções terapêuticas no pós-parto deve ser discutida com a mãe. A maioria das mulheres com DPP é tratada na atenção primária à saúde, com apenas alguns casos mais severos sendo referidos a um serviço de atenção secundária. Algumas pesquisas sugerem que a DPP pode ser tratada com as mesmas intervenções utilizadas nas depressões que ocorrem em outras épocas da vida, mas existem poucos estudos

randomizados para guiar a prática nessa população específica. (GUEDES *et al.*, 2011, p.153).

El-Hachem *et al.* (2014), apontam algumas consequências na ausência do tratamento de DPP, como o prejuízo na relação mãe e bebê e ainda ideias suicidas que em casos inabituais se agrava para o infanticídio. Nesse sentido, Madeira *et al.* (2012), sinalizam a psicose puerperal, classificada como um quadro clínico mais grave que a DPP, com manifestação de agitação psicomotora, pensamento e comportamento, caracterizados como sintomas psicóticos.

2 METODOLOGIA

A partir das pesquisas bibliográficas do presente artigo, percebeu-se que vários estudos têm sido desenvolvidos para rastrear a DPP e o conhecimento destes sintomas possibilita um trabalho de prevenção. As escalas utilizadas no rastreamento da DPP têm como finalidade identificar se as puérperas selecionadas para a pesquisa apresentam propensão à DPP.

Este estudo utilizou o método descritivo, exploratório e quantitativo. O método descritivo tem como objetivo descrever as características de uma determinada população ou fenômeno. E o método exploratório utiliza-se em toda a pesquisa e tem como finalidade criar familiaridade com o tema escolhido através da pesquisa de campo. (GIL, 2002).

O campo escolhido para o desenvolvimento da presente pesquisa foi a maternidade pública Nossa Senhora de Lourdes, localizada na cidade de Goiânia-GO, considerada referência na atenção à gestante, por dispor de uma equipe multidisciplinar.

Participaram da pesquisa uma amostra de dez gestantes maiores de dezoito anos, com idade gestacional entre quatorze e quarenta semanas, sendo que destas, três gestantes foram entrevistadas no ambulatório e sete durante internação clínica. Todo o processo aconteceu por meio de convite à gestante de forma voluntária com assinatura do termo de consentimento livre, e como critério de exclusão, a idade mínima gestacional para a definição da amostra foi de doze semanas.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram o Inventário de Depressão de Beck, método este mundialmente conhecido com a sigla BDI (Beck Depression Inventory). É uma escala de auto-relato que contém vinte e um itens de sintomas, e oferece ao sujeito de investigação quatro opções de alternativas, que se agravam. O Inventário de Ansiedade Beck, conhecido como BAI (Beck Anxiety Inventory) inclui vinte e um itens em formato de afirmações de sintomas de ansiedade e ambos são utilizados em pacientes psiquiátricos com idade entre dezessete e oitenta anos. Os inventários são aplicados individualmente ou em conjunto com intuito da expansão da compreensão clínica. (CUNHA, 2016).

Além das escalas BDI e BAI de Beck, utilizou-se para esta pesquisa um roteiro de entrevista estruturado, contendo dados sociodemográficos, a história clínica e relacionamento familiar das participantes.

O objetivo dos instrumentos foi levantar a tendência das gestantes no desenvolvimento da DPP. As aplicações aconteceram durante seis visitas à maternidade. O tempo de duração com cada gestante perdurou entre vinte a quarenta minutos e a forma de aplicação foi autoadministrada e por administração oral.

Para análise quantitativa dos instrumentos, utilizou-se tabulação sistemática por meio de tabelas e gráficos e para as escalas de Beck a correção foi realizada a partir do manual da versão em português das escalas Beck e em seguida, a consolidação dos níveis, mínimo, leve, moderado e grave para os inventários BDI e BAI.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes entrevistadas eram gestantes com idades entre dezoito e trinta e nove anos, com tempo gestacional entre quatorze e quarenta semanas. A maioria era casada (60%), entretanto, havia duas solteiras (20%) e a outras duas afirmaram viver em união estável (20%). Possuíam renda familiar até um salário mínimo (40%), entre um e dois salários mínimos (30%), entre dois e três salários mínimos (10%), entre três e cinco salários mínimos (20%).

Apresentaram nível de instrução com primeiro grau incompleto (20%), primeiro grau completo (20%), segundo grau incompleto (10%), segundo grau completo (40%) e superior incompleto (10%). Em relação a ocupação das gestantes, três declararam-se dona de casa (30%) e sete vínculos empregatícios (70%).

Conforme citado previamente, Fathi-Ashtiani *et al.* (2015), destaca que diversos aspectos influenciam no desencadeamento da DPP, como o baixo nível socioeconômico, no entanto, ressalta que mulheres de diversas classes sociais e vivências culturais podem manifestá-la. Fatores como o histórico de depressão em outras fases da vida anterior a gestação, estresse, ansiedade, complicações gestacionais e pós-parto também se apresentam como fatores de risco.

O sentimento vivenciado por cada gestante ao descobrir que teria um filho, foi diversificado, duas relataram sentimento muito triste (20%), uma disse ter ficado indiferente (10%), três declararam estar felizes (30%) e quatro muito felizes (40%), isso se associa ao fato de sete (70%) terem declarado uma gravidez desejada, enquanto três indesejada (30%). Quanto ao planejamento da gravidez, uma declarou ter planejado (10%), e nove apresentaram ausência de planejamento (90%).

Em relação ao relacionamento com o pai da criança, apenas uma classificou a relação como ruim (10%), enquanto sete relataram ser ótima (70%) e duas classificaram como boa (20%).

Ainda sobre fatores de risco para DPP, Anding *et al.* (2015), apontam que a depressão durante a gestação, ansiedade, ausência de amparo social, em especial do cônjuge, assim como o estado civil e o fato da gravidez não ter sido desejada e planejada são aspectos associados ao risco de DPP.

Do mesmo modo, Tachibana *et al.* (2015), ressaltam entre os fatores de risco da DPP, problemas conjugais, histórico de transtornos psicológicos, baixo nível social, humor depressivo e ansiosos durante a gestação e apoio social enfraquecido.

Certificou-se a partir do levantamento da história clínica, quanto ao tempo da gestação após o casamento, duas engravidaram quando tinham menos de um ano de casada (20%), três entre um e dois anos (30%), e cinco quando tinham entre seis a dez anos (50%). No que diz respeito ao histórico de depressão na família, três afirmaram a presença deste diagnóstico (30%), e o grau de parentesco era a mãe, irmã e primo, e duas gestantes confirmaram tentativa de suicídio (20%).

No que diz respeito à vivência de gestações anteriores, cinco já tinham dois filhos (50%), duas apenas um filho (20%) e três estavam na primeira gestação (30%). Quanto a experiência traumática, apenas uma relatou ter sofrido aborto natural (10%), assim como, natimortos (10%). Nenhuma relatou a vivência de abortos provocados, do mesmo modo, o uso de álcool durante a gestação.

Em relação a preferência pelo tipo de parto, nove declararam desejo pelo cesáreo (90%).

A análise destas informações viabilizou o conhecimento dos fatores de risco na amostra pesquisada. Nesse sentido, os instrumentos utilizados foram fundamentais na coleta e validação dos dados.

Benute *et al.* (2011), dizem que durante o período gestacional é recorrente o diagnóstico de transtornos psiquiátricos, e salienta que a depressão deve ser frequentemente investigada nesta fase por meio de instrumentos específicos, sobretudo, quando a gestante apresenta pensamentos suicidas.

Na análise de dados do inventário de depressão (BDI) de Beck, notou-se que os itens que apresentaram maior prevalência no nível grave foi a mudança na autoimagem (30%), a dificuldade de trabalhar (30%), e entre os apurados com nível mínimo destacou-se o sentimento de punição (90%) e ideias suicidas (90%).

Frente ao exposto, percebe-se que na fase gestacional, as mulheres ficam mais vulneráveis fisicamente e psicologicamente, isso significa que os vínculos familiares e sociais podem ser fragilizados pela inabilidade em superar todas as mudanças.

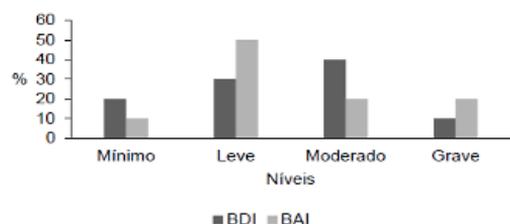
De acordo Konradt *et al.* (2011), os principais sintomas da DPP correspondem por irritabilidade de grau sutil e mudanças repentinas de humor. Os episódios podem perdurar por vários meses, o que dificulta a execução de atividades corriqueiras. Seus principais sinais são humor deprimido, falta de vontade pelas atividades do dia a dia e baixa autoestima e os sintomas são análogos a depressão já conhecida.

Nesse sentido Silva *et al.* (2010), complementam que quando a mulher vivencia muitas situações estressantes durante a gravidez e no período imediato após o parto, pode desencadear sintomas depressivos mais graves. A DPP apresenta um quadro clínico similar a depressão em outros momentos da vida da mulher, acrescentando as particularidades relativas à maternidade em si e ao desempenho do papel de mãe. Prevalencem os sentimentos negativos, o desinteresse e o sentimento de culpa por não conseguir cuidar deste bebê.

Entre os itens mais frequentes no nível grave de ansiedade a partir do inventário BAI, identificou-se o medo de acontecer o pior (40%) e a presença de nervosismo (40%). Esse aspecto pode estar relacionado com a ideia de Parada e Tonete (2008) *apud* Tostes e Seidl (2016), quando expressam que existem alguns fatores que podem ser estressantes e desgastantes para a mulher no momento da parturição, caracterizados por dor, medo e ansiedade. Isso significa que o medo pelo parto normal está relacionado muito além da temida dor, mas também, pelo medo da morte ou consequências negativas do parto. Os itens mais frequentes no nível mínimo foram tremores nas pernas (80%), tremores nas mãos (80%) e sentimento de terror (80%).

A consolidação final das escalas BDI e BAI demonstrou em maior prevalência, nível moderado (40%) para sintomas de depressão e nível leve (50%) para sintomas de ansiedade. Lima *et al.* (2017) classificam que ao longo da gestação, 10% a 15% das gestantes sentem sintomas depressivos e ansiosos em grau leve e moderado.

Figura 1. Frequência da Classificação do Nível de Depressão (BDI), Ansiedade (BAI)



Algumas ações preventivas da DPP são direcionadas por teóricos, Biaggi *et al.* (2016) *apud* Austin, Milgrom e Gemmill (2014), indicam a avaliação psicossocial como ponto de partida neste processo. Vários aspectos devem ser investigados como dados sociodemográficos, fatores psicossociais, histórico de abuso físico ou sexual, dentre outros. A aplicação desta avaliação deve ser realizada durante o período pré-natal como suporte aos profissionais na identificação de gestantes de alto risco na apresentação de sintomas depressivos e cabe ao psicólogo a utilização de instrumentos psicológicos específicos na verificação dos sinais e sintomas da DPP.

Cereja *et al.* (2016) expõe o desafio no diagnóstico da DPP, visto que a maior parte das gestantes exprimem omissão na declaração dos seus sentimentos negativos associados a criança e a experiência gravídico-puerperal.

Para Konradt *et al.* (2011), os profissionais atuantes na saúde materna e obstetrícia, tais como médicos e enfermeiros são fundamentais na prevenção do desenvolvimento da DPP. A prática do trabalho possibilita a capacidade na sugestão de programas profiláticos nas instituições públicas inclinados para a saúde da gestante, saúde sexual e reprodutiva.

Isso significa que no acompanhamento psicológico de gestantes com enfoque preventivo, sugere-se como ação do psicólogo a atenção direcionada para toda a equipe de assistência pré-natal, que por consequência, reflete no bem-estar da gestante.

De acordo com Henriques *et al.* (2015), a introdução da prática humanizada no cuidado com gestantes é representada a partir de atuações acolhedoras e extinção de procedimentos desnecessários, como o uso incontrolável de tecnologias. A consolidação da assistência humanizada estende-se desde a abordagem ambulatorial à intervenção em situações de alto risco. O objetivo é a integridade biopsicossocial da gestante.

Lima *et al.* (2017) ressaltam que a identificação de sintomas depressivos ao longo do acompanhamento pré-natal, através dos profissionais envolvidos nesta assistência, viabiliza o encaminhamento para tratamento de modo precoce. No entanto, salientam que muitas gestantes apresentam dificuldades em expressar suas necessidades, por consequência dos sintomas depressivos, e por receio da banalização das suas queixas pelos profissionais. Porém, a equipe profissional também é confrontada pelas dificuldades na identificação de sintomas depressivos em gestantes pela falta de conhecimento de instrumentos sistematizados no campo da saúde mental e a inabilidade no manejo da atenção primária, inclinando prioritariamente, para os cuidados fisiológicos.

A promoção de ações psicológicas preventivas com gestantes envolve a integração da família. Rocha (1999) *apud* Silva e Botti (2005), revelam a importância do apoio emocional e físico desde a gestação até o pós-parto. A rede de apoio inclui profissionais, amigos e a família, em especial, o cônjuge. Em todas estas fases, a mulher precisa sentir-se amada, acolhida e segura.

Almeida e Arrais (2016), relatam que uma rede de apoio social e familiar enfraquecida é caracterizada como fator de risco para a DPP, como conflitos familiares e ausência de contentamento na relação com cônjuge. Sendo assim, o suporte familiar torna-se importante na identificação e intervenção da DPP.

Nessa perspectiva, Arrais e Araújo (2016), apresentam como intervenção preventiva da DPP um importante programa chamado Pré-Natal Psicológico (PNP), programa este complementar ao pré-natal biomédico, e tem como principal objetivo prestar cuidados emocionais às gestantes frente ao contexto atual do pré-natal convencional voltado à assistência médica. O PNP visa a formação de grupos psicoeducativos com foco psicoterapêutico.

Arrais e Mourão (2014), descrevem que o PNP visa promover humanização na na vivência da gravidez, do parto e pós-parto, destacando a construção do papel materno e paterno. Sendo assim, o processo constitui-se no envolvimento da gestante e da família, em especial, do conjuge e dos avós com enfoque psicoerapêutico, possibilitando a troca de experiências, apoio na construção da parentalidade, instruções gerais dos riscos da gravidez, demanda como as diversas mudanças por consequência da maternidade, o desafio das novas funções de esfera familiar e social, alterações na relação conjugal, dentre outras.

O diferencial da ênfase psicoterapêutica está na consolidação de uma escuta qualificada, proporcionando espaço às gestantes no compartilhamento de suas incertezas e ansiedades, valorizando a troca de experiências. A aplicação do PNP recebe todas as gestante que buscam elaboração no vínculo mãe-bebê-pai e não apenas àquelas que apresentam algum risco de transtornos psicológicos.

Almeida e Arrais (2016), complementam que o manejo referente a função materna inclui trabalhar com os sentimentos básicos da gestante, como sentimentos de inferioridade, grau de segurança e suas expectativas em relação a si mesma e ao bebê.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa demonstrou a importância do diagnóstico precoce da DPP, através da investigação dos fatores de risco, bem como os indicativos dos sinais e sintomas através de instrumentos especializados como os inventários de Beck para depressão e ansiedade apresentados pelas pacientes. Esse levantamento viabilizou a proposta de ações precoces para a gestante e sua família. No tocante ao resultado da pesquisa, observou-se a relevância da conscientização de todos os profissionais que prestam assistência no pré-natal convencional, pois, uma equipe preparada, portadora de conhecimento específico das alterações psicológicas da gestante, contribuem efetivamente para o trabalho do psicólogo no encaminhamento e validação real das queixas destas mulheres.

Percebeu-se que independente da instituição hospitalar que o psicólogo esteja inserido, seu maior objetivo é prestar uma escuta ativa, de certa maneira, acolhedora, gerando alívio a gestante quando esta se expressa por meio das confissões de medos, frustrações, ansiedades e dificuldades durante o período gestacional, e ainda, receios da desconhecida função materna.

A prevalência de nove gestantes (90%) na preferência pelo parto cesáreo, despertou atenção. As justificativas deste índice são diversas, vão desde complicações gestacionais, passando por medo da violência obstétrica, medo da dor durante o parto e recuperação mais lenta. No entanto, observou-se durante a pesquisa que prevalece o receio associado a dor e ao evento compreendido como traumático, evidenciado no resultado da escala BAI, no item de medo que acontecesse o pior.

Sugere-se como ações preventivas, conscientização da equipe de assistência ao pré-natal, orientação à família e psicoterapias grupais com gestantes.

Neste cenário, o psicólogo pode incentivar a prática humanizada dentro da equipe médica de modo a elevar a confiabilidade das gestantes na redução do medo, potencializar a qualidade na assistência e a inibição de práticas desumanas, como a falta de cortesia e empatia. O processo de conscientização da equipe envolve a apresentação de instrumentos da área da saúde mental e as possibilidades de intervenção psicológica. O objetivo é envolver a equipe na preocupação com o estado psicológico da gestante de modo que sinalizam as mulheres propensas ao desenvolvimento de DPP.

Propõe-se um Programa de Orientação a Família (POF), onde família e cônjuge são convidados a compreender como a mulher atua durante a gestação e quais os fatores de riscos que a mesma pode vir a manifestar. Cabe ao psicólogo e aos profissionais envolvidos incluírem a família e o cônjuge nesse processo.

Recomenda-se psicoterapias grupais com gestantes, entre 7 a 10 participantes, incluindo mais de um psicoterapeuta, abordando ações psicoeducativas com a família. O objetivo é construir uma relação grupal possibilitando a troca de experiências, auxílio na construção da função materna e naturalização das dificuldades vivenciadas nesta fase.

Na identificação de gestantes com fortes indícios no desenvolvimento da DPP ou manifestação de depressão gestacional, sugere-se que a mediação do psicoterapeuta através de intervenções psicoterápicas individuais.

É preciso que todos se conscientizem da importância da assistência psicológica com gestantes e se extingue a banalização das suas queixas, pois, essas mulheres precisam de apoio, segurança e amor.

Contudo, percebeu-se um entrave entre as propostas apresentadas e a realidade atual na assistência à gestante. Aspectos culturais, modelo predominante de assistência à saúde no Brasil, estrutura física das maternidades e quadro de pessoal reduzido foram alguns fatores observados como obstáculos na consolidação de ações psicológicas preventivas em gestantes, estritamente no diagnóstico precoce de depressão pós-parto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. **Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal**. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v. 21, n. 4. P. 819-27, 2012.

ALMEIDA, N.M.C; ARRAIS, A.R. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto**. Psicologia e Ciência, v. 36, nº4, Brasília, 2016.

ANDING, J. *et al.* **Early Detection of Postpartum Depressive Symptoms in Mothers and Fathers and Its Relation to Midwives' Evaluation and Service Provision: A Community-Based Study**. *Front Pediatr*. v. 3, p. 62, 2015.

ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T.C.C.F. **Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil**. Revista da SBPH, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2016.

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M, A.; FRAGALLE, B. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 23 n. 1, 2014.

BENUTE, G, R, G. *et al.* **Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório**. *Revista da Associação Médica Brasileira*. São Paulo, v. 57, n. 5, 2011.

BIAGGI, A. *et al.* **Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review**. *J Affect Disord*, v.191, p. 62-77, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p.75-79

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da**

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012, p. 11-17.

CAMACHO, K. G. *et al.* **Vivenciando Repercussões e Transformações de uma Gestação.** Ciência e Enfermagem, Rio de Janeiro, 2010.

CAMACHO, R. *Set al.* **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento.** Rev. psiquiatr. clín. vol.33, nº2, São Paulo, 2006.

CEREJA, A. S. *et al.* **Postpartum depression screening in the Neonatal Intensive Care Unit: program development, implementation, and lessons learned.** J Multidiscip Healthc. v. 9, p. 59-67, 2016.

CIRIK, D. A. *et al.* **The impact of prenatal psychologig and obstetric parameters on postpartum depression in late-term pregnancies: A preliminary study.** Taiwan Journal of Obstetrics and Gynecology. v. 55, n. 3, p. 374-378, 2016.

COSTA, M.O.M.; FARIA, D.G.S.; SOLER, Z.A.S.G. **Pesquisando a humanização no parto.** Cuidarte enfermagem. Catanduva, v. 3, n. 1, p. 49-57, 2009.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das escalas Beck.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DSM- V – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2013.

EL- HACHEM, C. *et al.* **Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of Lebanese women.** BMC Psychiatry, 2014; v. 14, p. 242.

FATHI-ASHTIANI, A. *et al.* **Randomized Trial of Psychological Interventions to Preventing Postpartum Depression among Iranian First-time Mothers.** Int J Prev Med. v. 6, p. 109, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUEDES, A. C.E. *et al.* **Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados.** **Revista de Medicina.** São Paulo, v. 90, fasc.3. p. 149-54, 2011.

HENRIQUES A. H. B. *et al.* **Grupo de gestantes: contribuições e potencialidades na complementariedade da assistência pré-natal.** Ver Bras Promoção Saúde, Fortaleza, v.28, n.1, p. 23-31, 2015.

KONRADT, C. E. *et al.* **Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, v.33, n.2, p. 79, 2011.

LIMA, M. O. P. *et al.* **Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal.** Acta Paul Enferm. São Paulo, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2017.

MADEIRA, N. *et al.* **Eletroconvulsoterapia no tratamento da psicose puerperal.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2012.

RODRIGUES, O. M. P. R.; SCHIAVO, R. A. **Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, 2011.

- SENA, L.M.; TESSER, C.D.; **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências.** Comunicação Saúde Educação. V. 21, n. 60, p. 209-220, 2017.
- SILVA, E. T; BOTTI, N. C. L. **Depressão puerperal – Uma revisão de literatura.** Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 07, n. 02, p. 231-238, 2005.
- SILVA, F. C. S. *et al.* **Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família.** Acta Paul. Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 3. 2010.
- STUART-PARRIGON, K.; STUART, S. **Perinatal Depression: An Update and Overview.** Curr. Psychiatry Rep. v. 16, n. 9, p. 468, 2014.
- TACHIBANA, Y. *et al.* **Antenatal Risk Factors of Postpartum Depression at 20 Weeks Gestation in a Japanese Sample: Psychosocial Perspectives from a Cohort Study in Tokyo.** PLoS One. v. 10, n. 12, 2015.
- TOSTES, N.A.T.; SEIDL, E.M.F. **Expectativas de Gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto.** Trends in Psychology/ Temas em Psicologia.V.24, n. 2, p. 681-693, 2016.
- VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. **Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal.** Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste: UFRN. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 1-212, 2010.
- VASCONCELOS, M. F. F. *et al.* **Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS).** Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu. v. 20. N. 59, p. 981- 991, 2016.
- VERSIANI, C. C. *et al.* **Significado de parto humanizado para gestantes.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. v. 7, n.1 p. 1927-1935, 2015.
- WERNER. E. *et al.* **Preventing postpartum depression: Review and recommendations.** Archives of women's mental health. v. 18, n. 1, p. 41-60, 2015.

Fatores desencadeadores do Transtorno de Ansiedade em mulheres

Revisão Sistemática de Literatura⁸

Distortional factors of anxiety disorder in women: systematic review of literature

RESUMO

Introdução: A ansiedade é considerada por especialistas o mal do séc. XX. E um levantamento realizado pela OMS, em 2017, constatou que o Brasil apresenta 9,3% da população manifestando o quadro, em sua maioria mulheres (7,7%) Objetivo: Analisar os fatores desencadeadores que tem contribuído para o surgimento do transtorno de ansiedade em mulheres. Métodos: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, baseado no PRISMA (2009) dos estudos existentes, nas bases de dados: BVS, Scielo e Portal Capes. Resultados: Os estudos revisados apontam que o índice do transtorno de ansiedade em mulheres é duas vezes maior que nos homens, devido a um conjunto de fatores, que, quando aliados, podem desencadear o transtorno. Conclusões: Existem diversas causas que, sozinhas ou combinadas, podem vir a desencadear o transtorno de ansiedade, como traumas, estresse, genética, doenças físicas, questões hormonais, e até mesmo a depressão. O uso de drogas, álcool, cafeína e nicotina aumentam a ansiedade e podem agravar casos de quem já possui tendência a desenvolver o transtorno. Porém, são necessários mais estudos acerca dos fatores desencadeadores e como eles atuam, provocando o surgimento da ansiedade.

Palavras-chave/Descritores: Ansiedade em mulheres; Transtorno de ansiedade; Mulheres; Causas da ansiedade.

ABSTRACT

Introduction: Anxiety is considered by experts to be the evil of the 19th century. XXI and a survey conducted by WHO in 2017 found that Brazil is at the top, with 9.3% of the population expressing the picture, whereas in females this picture is 7.7%. Objective: To analyze the triggering factors that have contributed to the onset of anxiety disorder in women. Methods: A systematic literature review based on PRISMA (2009) of existing studies was performed in the databases: VHL, Scielo and Portal Capes. Results: The reviewed studies indicate that the rate of anxiety disorder in women is twice as high as in men, due to a set of factors, which when allies can trigger the disorder. Conclusions: There are several causes that, either alone or in combination, can trigger anxiety disorder such as trauma, stress, genetics, physical illness, hormonal issues, and even depression. The use of drugs, alcohol, caffeine and nicotine increase anxiety and can aggravate cases of those who already have a tendency to develop the disorder. However, further studies are needed on the triggering factors and how they act, causing anxiety to appear. Systematic Review Record: PROSPERO

Keywords / Descriptors: Anxiety in women; Anxiety disorder; Women; Causes of anxiety.

⁸ Jéssica Oliveira Romualdo, Laryssa Brasil Bassanesi, Thainara Mariano da Silva: discentes do Curso de Psicologia da Univeso-Go. Dra. Janete Capel Hernandes.

1 INTRODUÇÃO OU CONTEXTO

A ansiedade é considerada por especialistas o mal do século XXI, também vem ganhando espaço entre os transtornos mais sentidos pelos brasileiros, especialmente pelo sexo feminino. Um levantamento, realizado no ano de 2017 pela OMS, constatou que o Brasil apresenta 9,3% da população manifestando o quadro. Assim como a depressão, foi visto que o sexo feminino é o que mais sente suas consequências com 7,7% das mulheres sendo ansiosas. Nos homens, essa porcentagem cai para 3,6%.

As mulheres têm um risco consideravelmente maior de desenvolver transtornos de ansiedade ao longo da vida em comparação com os homens. De acordo com os estudos, o transtorno de ansiedade é duas vezes mais comum nas mulheres. E existem estudos que comprovam o aumento significativo no número de casos de transtornos de ansiedade na população em geral, principalmente nas mulheres.

Os fatores que desencadeiam essa patologia nas mulheres ainda é um assunto de grande discussão, visto que não há uma causa específica, pois, ao contrário de outras doenças, existem muitos fatores que atuam de forma conjunta, desencadeando o transtorno de ansiedade nas mulheres. A comunidade científica ainda não possui uma explicação concreta para o fenômeno, mas alguns membros possuem teorias baseadas no convívio com pacientes.

Além disso, evidências de pesquisa observaram um aumento da gravidade dos sintomas, curso crônico e comprometimento funcional em mulheres com transtornos de ansiedade em comparação aos homens. (KINRYS e WYGANT, 2005).

O transtorno de ansiedade é um problema de saúde pública, um problema global, segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), que indicam que, ao redor do mundo, 264 milhões de pessoas sofrem com transtornos de ansiedade, uma média de 3,6%. O número representa uma alta de 15% em comparação a 2005.

Problemas psicológicos como depressão, bipolaridade e ansiedade não são incomuns. Na verdade, segundo a OMS, eles atingem 1 a cada 3 pessoas no mundo – e quando só o transtorno de ansiedade é considerado, o número vai para 4% da população global. Entre as mulheres, 42% sofrem do transtorno, enquanto para os homens, o número cai quase pela metade: 29%.

As razões para o aumento do desenvolvimento de um transtorno de ansiedade em mulheres ainda são pouco conhecidas e não foram suficientemente investigadas. Evidências de vários estudos sugerem que fatores genéticos e hormônios reprodutivos femininos podem desempenhar papéis importantes na expressão dessas diferenças de gênero. Além disso, as mulheres são, majoritariamente, vítimas de violência doméstica, assédio sexual nas ruas, dentro de casa, no trabalho e nos transportes públicos, existindo também a pressão criada pelos múltiplos papéis impostos à mulher – como a maternidade. Faz sentido, então, que elas desenvolvam duas vezes mais ansiedade do que os homens. (CUNHA, 2013)

Castilho *et al.* (2000) infere que os transtornos de ansiedade são condições psiquiátricas comuns, mas que causam incapacidade significativa, prejuízo funcional imediato e baixa qualidade de vida.

A ansiedade é algo corriqueiro do ser humano. Diante de problemas, sintomas como o medo, dúvidas ou expectativas são reações normais impulsionadas. Contudo, quando esses sentimentos se prolongam e começam a interferir em situações diárias na vida do sujeito, essa ansiedade deixa de ser normal e passa a ser condicionada a um problema patológico. Essa patologia pode acarretar sérios danos para o indivíduo, causando

alterações biológicas, psicológicas e sociais, desencadeando sofrimento e gerando transtornos como: Transtorno de ansiedade generalizada, Transtorno do pânico, Agorafobia dentre outros.

Alguns estudos, afirmam que das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco delas estavam associadas aos transtornos mentais, entre elas a depressão, a ingestão de álcool, os distúrbios afetivos bipolares, a ansiedade e os distúrbios obsessivo-compulsivos. Sabe-se ainda que a maioria dos transtornos pode ser tratável e evitável. Quando se investe na prevenção e promoção da saúde mental, pode-se reduzir bastante o número de incapacidades resultantes desses transtornos. (SANTOS e SIQUEIRA, 2010)

O problema dessas psicopatologias é que, apesar dos sintomas persistentes, a doença acaba por não ser diagnosticada e tratada, ou isso é feito de maneira tardia. Os Transtornos de Ansiedade frequentemente são confundidos com depressão, alcoolismo ou com dependência química, o que acaba ocorrendo os abusos farmacológicos na tentativa de amenizar os sintomas, mas que podem resultar em pensamentos e comportamentos suicidas.

Ramos (2009) salienta a importância da compreensão do quadro através de um adequado diagnóstico para a realização da apropriada indicação de tratamento e prognóstico e que a avaliação psicológica, através de técnicas específicas, pode colaborar para que o transtorno seja detectado mais rápido e com mais precisão, resultando numa indicação de tratamento que leve à diminuição do sofrimento do paciente e proporcione uma melhor qualidade de vida a ele.

De acordo com Cantarelli (2009) o papel da Psicologia é buscar respostas e novas formas de ajudar os indivíduos a terem autonomia para compreenderem que o que estão sentindo é um transtorno de ansiedade e, assim, buscarem tratamento psicológico para ajuda-los a lidarem com o próprio adoecimento. E como ciência, através de estudos, mostrar técnicas e novas formas de enxergar a patologia, bem como o indivíduo que é acometido por ela.

Este estudo procura rever a literatura existente a respeito dos possíveis fatores desencadeadores dos transtornos de ansiedade em mulheres, sendo viável pela constatação da existência de material suficiente para a elaboração de uma revisão sistemática.

1.1 Conceitos de ansiedade e transtorno de ansiedade

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) saúde mental é muito mais que a ausência de transtornos mentais, é o equilíbrio cognitivo, incluindo a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida. Segundo a mesma, uma em cada dez pessoas no mundo sofre de algum distúrbio de saúde mental. A saúde mental diz respeito ao bem estar emocional, ao equilíbrio relacionado com a capacidade que o indivíduo tem de encarar problemas e superá-los, ou seja, caso o indivíduo não tenha recursos emocionais suficientes e sofra influência direta de fatores como: dificuldades econômicas, imposições sociais e culturais, pré-disposições genéticas para o desenvolvimento de patologias, conflitos familiares, sobrecarga de trabalho; ele pode vir a adoecer, desencadeando um possível transtorno mental, como por exemplo, o transtorno de ansiedade.

Transtorno é uma alteração da saúde ou um estado de perturbação mental, que pode afetar várias áreas da vida de um indivíduo. Refere-se a um desequilíbrio que perturba o sentido ou a conduta (o comportamento) de um indivíduo. (OMS, 2016)

A ansiedade é uma patologia de ordem psicológica, traduzida por um sentimento de insegurança, apreensão, ou medo sem fundamento real, tensão ou desconforto originado pela antecipação de perigo, de algo estranho ou desconhecido. É um estado de inquietação, angústia ou agitação de humor; e vem acompanhado por algumas manifestações físicas, tais como, vertigens, pulso acelerado, taquicardia, boca seca, transpiração, opressão torácica, e outros. (LAVOURA, 2007).

Contudo, a ansiedade nem sempre é considerada uma patologia. Pode ser tratada como uma manifestação comum de emoção do ser humano que está relacionada à sobrevivência, pois, o organismo identifica quando o sujeito está perante um determinado perigo ou problema, sendo a ansiedade um modo de resposta do sistema dopaminérgico. A partir do momento em que essas características inatas se intensificam de modo a levar o indivíduo ao sofrimento, torna-se patológico, levando ao transtorno de ansiedade. (KINRYS e WYGANT, 2005).

Todos os indivíduos sentem ansiedade em algum momento da vida sem que isso seja patológico já que é uma reação natural do organismo. É necessário saber que a ansiedade é, no início, uma reação normal, um sinal de alarme do organismo perante certos acontecimentos da vida cotidiana, atuando, sobretudo, como estimulante. De acordo com Castillo (2000) a ansiedade e o medo são considerados patológicos quando são desproporcionais e exagerados em relação ao estímulo e quando interferem na qualidade de vida, no conforto emocional ou no desempenho diário do indivíduo.

A diferença prática da ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliar se a reação ansiosa é autolimitada, de curta duração, relacionada ao estímulo do momento ou não, e se interfere na qualidade de vida do indivíduo. (MANFRO *et al.*, 2002)

São vários os fatores desencadeantes que existem: a dor física, a existência de doenças, o abuso de certas substâncias (chá, café, tabaco, álcool e drogas diversas), as dificuldades pessoais de inserção na sociedade, os conflitos interiores no domínio emocional, afetivo e sexual, e que podem conduzir a uma sintomatologia ansiosa. Os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que esses sintomas são primários, isto é, não são derivados de outras condições psiquiátricas (depressões, psicoses, transtornos do desenvolvimento, etc.). (CASTILLO, 2000)

Os Transtornos de Ansiedade (Fobia Específica, Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno do Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada) se caracterizam pela presença de sintomas crônicos clinicamente significativos, sendo um dos grupos com maior prevalência dentre os transtornos psiquiátricos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). Esses pacientes são responsáveis por importante custo social, tanto na função do sofrimento individual como nos custos sociais indiretos. Isso produz um impacto no sistema de saúde através do gasto com o tratamento e pela frequente busca por atendimentos médicos em consequência dos sintomas físicos resultantes dos sintomas ansiosos (MENEZES *et al.*; 2009).

1.2 Histórico

Vianna, Campos e Landeira-Fernandez (2009) referem que em 1813, a ansiedade foi descrita pela primeira vez como uma síndrome caracterizada por reações fisiológicas e por aspectos emocionais. Em 1850, foi conceituada como o que se denomina atualmente transtorno de pânico. Em 1871, recebeu o nome de “síndrome do coração irritável”. Já em 1880, foi descrita com os sintomas presentes em fobias específicas e no transtorno obsessivo- compulsivo (TOC).

Porém, foi através de Sigmund Freud, dos trabalhos clínicos desenvolvidos por ele, que os transtornos de ansiedade foram classificados de forma mais sistemática. Freud (1894) descreveu objetivamente quadros clínicos que causavam disfunções relacionadas com a ansiedade, intitulando-os de crise aguda de angústia, neurose de angústia e expectativa ansiosa. Atualmente, são respectivamente conhecidos como ataque de pânico, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada. Todavia, em função da classificação psicanalítica não se sustentar em dados empíricos, e não se basear em pressupostos teóricos, foi necessário o desenvolvimento de novos modelos, sistemas de classificação pautados pela ciência, ou seja, no método científico.

Araújo e Lotufo Neto (2014) salientam que com o passar dos anos, aconteceram algumas mudanças, tanto em relação aos critérios diagnósticos, quanto ao que se refere às nomenclaturas no Código Internacional de Doenças CID-10 (2008) e no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-V (2014), e assim, o capítulo dos Transtornos de Ansiedade foi reformulado nesta quinta edição do manual e os diagnósticos de Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno de Estresse Agudo e Transtorno de Estresse Pós-Traumático foram realocados em novos capítulos.

A classificação dos transtornos de ansiedade surgiu tardiamente, dentro da história das classificações de transtornos mentais, por dois motivos principais. Primeiro, pelo fato de que não eram reconhecidos como entidades clínicas distintas e, segundo, porque as primeiras classificações oficiais de que se têm notícia se destinavam basicamente a documentar pacientes internados em instituições psiquiátricas, sem a preocupação de diferenciar uma condição de outra. (ARAÚJO E LOTUFO NETO, 2014, p.72).

Castillo (2000) infere que, nessas classificações iniciais, os sintomas mais representativos de ansiedade associavam-se à depressão grave e não à ansiedade propriamente dita. Além do surgimento tardio, as classificações dos transtornos de ansiedade vêm sofrendo inúmeras modificações ao longo das últimas décadas, em função do maior conhecimento que vem sendo acumulado sobre as diferentes condições.

1.3 Classificação e características dos transtornos de ansiedade

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V, os transtornos de ansiedade são classificados como:

Transtorno de ansiedade de separação, Mutismo seletivo, Fobia Específica, Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social), Transtorno do pânico com ou sem agorafobia, Agorafobia sem história de transtorno do pânico, Transtorno de ansiedade generalizada, Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, Transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral, Transtorno de ansiedade não especificado. (DSM-V, 2014, p.18-19)

Segundo DSM-V (2014) muitos dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e tendem a persistir se não forem tratados. A maioria ocorre com mais frequência em indivíduos do sexo feminino do que no masculino (proporção de aproximadamente 2:1).

Para Castillo (2000), o transtorno de ansiedade de separação caracteriza-se pela apreensão ou ansiedade quanto à separação das figuras de apego, prejudicando o nível de desenvolvimento. Existe medo ou ansiedade persistente quanto à ocorrência de danos às figuras de apego e em relação a eventos que poderiam levar a perda ou separação de tais figuras e relutância em se afastar delas, além de pesadelos e sintomas físicos de sofrimento. Embora os sintomas se desenvolvam com frequência na infância, também podem ser expressos durante a idade adulta.

Em relação ao mutismo seletivo, o DSM-V informa que é:

Caracterizado por fracasso consistente para falar em situações sociais nas quais existe expectativa para que se fale (p. ex., na escola), mesmo que o indivíduo fale em outras situações. O fracasso para falar acarreta consequências significativas em contextos de conquistas acadêmicas ou profissionais ou interfere em outros aspectos na comunicação social normal. (DSM-V, 2014, p. 189)

As fobias específicas são caracterizadas pelo medo, apreensão, ansiedade ou esquiva de objetos ou situações circunscritos, sendo quase sempre imediatamente induzido pela situação fóbica, até um ponto em que é persistente e fora de proporção em relação ao risco real que se apresenta. (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Sobre o transtorno de ansiedade social (fobia social), Obelar (2016) informa que esse transtorno tem, como característica essencial, o medo ou ansiedade acentuado ou intenso de situações sociais, nas quais o indivíduo pode ser avaliado pelos outros. Ou seja, quem sofre deste transtorno sente-se desconfortável e inseguro em simples conversas, ou participar de reuniões e festas. O problema consolida-se no receio exagerado de ser alvo de troca ou de crítica por terceiros.

Já Transtorno do Pânico caracteriza-se pela ocorrência de recorrentes e inesperados ataques de pânico. “Os ataques de pânico são ataques abruptos de medo intenso ou desconforto intenso que atingem um pico em poucos minutos, acompanhados de quatro ou mais sintomas físicos e/ou cognitivos” (DSM-V, 2014, p.190).

A Agorafobia caracteriza-se pela apreensão e ansiedade que o indivíduo sente acerca de duas ou mais das seguintes situações: usar transporte público; estar em espaços abertos; estar em lugares fechados; ficar em uma fila ou estar no meio de uma multidão; ou estar fora de casa sozinho em outras situações. Essas situações quase sempre induzem medo ou ansiedade e com frequência são evitadas ou requerem a presença de um acompanhante. (DSM- V, 2014, p.190)

Castillo (2000) infere que, entre os diversos tipos de transtornos de ansiedade, o mais comum é o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), que consiste em um estado persistente de ansiedade e preocupação excessiva e constante, difícil de controlar, relativa a diversos temas e diversas áreas da vida, incluindo desempenho profissional e escolar. Caracteriza-se por alguns sintomas: irritabilidade, cansaço frequente, inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”, dificuldade de concentração ou sensação de “ter brancos”, humor deprimido, tensão muscular e/ou transtornos do sono, sendo que esses sintomas devem ocorrer por pelo menos seis meses.

O transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento envolve ansiedade devido à intoxicação ou abstinência de substância ou a um tratamento medicamentoso. No transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, os sintomas de ansiedade são consequência fisiológica de outra condição médica. (DSM - V, 2014).

1.4 Prevalência

De acordo com a publicação da Organização Mundial de Saúde: Depressão e outros transtornos mentais comuns: estimativas globais de saúde, há 322 milhões de pessoas vivendo com esse transtorno mental no mundo. A prevalência é duas vezes maior entre as mulheres em relação aos homens. (WHO, 2017)

No Brasil, em 2015, eram 18,6 milhões de pessoas com transtorno de ansiedade e que, ao redor do mundo, o número chegava a 264 milhões de pessoas. Esse número representa uma alta de 15% em comparação a 2005. (OMS, 2016)

Um levantamento realizado no ano de 2018 pela OMS constatou que o Brasil apresenta 9,3% da população manifestando o quadro. Assim como a depressão, foi visto que o sexo

feminino é o que mais sente as consequências do transtorno de ansiedade, com 7,7% das mulheres sendo ansiosas. Nos homens, a porcentagem cai para 3,6%.

Chade e Palhares (2017) salientam que o Brasil é o país com maior índice de pessoas com problemas relacionados aos transtornos de ansiedade, sendo o quinto país com maior taxa de depressão; 9,3% dos brasileiros sofrem de algum tipo de transtorno de ansiedade e 5,8% da população é afetada pela depressão. Sobre os fatores que levam a estes quadros patológicos, Chade e Palhares (2017) apontam que os fatores socioeconômicos são os que mais influenciam no adoecimento do indivíduo.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) possui uma relação genética estreita com o Transtorno Depressivo Maior (TDM), principalmente entre as mulheres. Dessa forma, mulheres com TAG têm maior propensão de desenvolver comorbidades, como a depressão, afetando assim a gravidade e o curso da doença. Mulheres com TAG têm também maior probabilidade de desenvolverem distímia como comorbidade. (KINRYS e WYGANT, 2005).

Nos estudos de Yonkers, Dyck e Keller (2001), as mulheres têm maiores predisposições que os homens a sofrerem de agorafobia, sendo uma diferença entre 85% contra 75% em relação ao sexo masculino. Em outro estudo com pacientes que sofriam agorafobia associado ao transtorno do pânico, quando comparada aos homens, as mulheres relataram mais pensamentos catastróficos; evitam ao máximo e de maneira mais grave, as perturbadoras sensações geradas pelas reações simpáticas intensas e repentinas que caracterizam o ataque inicial de pânico, ao se perceberem sozinhas em situações ou lugares; possuem muito mais sensações corporais e maiores escores na escala de pesquisa de medo.

De acordo com Kinrys E Wygant (2005, p.45):

As mulheres com transtorno do pânico tendem, em comparação com homens com transtorno do pânico, a ter índices mais altos de comorbidade com fobia simples e/ou transtorno de somatização, depressão, TAG, agorafobia. As mulheres com transtorno do pânico, em comparação a mulheres sem o transtorno do pânico, têm maior propensão de ter comorbidade com abuso ou dependência de álcool, sugerindo uma relação, um vínculo genético entre o abuso de álcool e o transtorno do pânico em mulheres. (KINRYS E WYGANT, 2005, p.45)

Pereira e Lourenço (2012) examinaram diferenças específicas de gênero entre pacientes com Fobia Social e apontam que, por meio da listagem de diversos instrumentos de avaliação, foi possível avaliar que as mulheres exibem medos sociais mais críticos que os homens. Os autores abordam que os relatos do sexo feminino destacavam um medo substancialmente maior do que o sexo masculino quando se tratava de falar em público; falar em uma audiência; falar com uma autoridade; exercer alguma atividade e ser observada; atuar; entrar em uma sala quando outros já estão sentados; ser o centro das atenções; expressar opinião contrária a pessoas que não conhece muito bem; apresentar um relato a um grupo ou dar uma festa.

1.5 Trajetória profissional da mulher

Baylão E Schettino (2014) salientam que, para compreendermos a trajetória da mulher na sociedade, é necessário entendermos sua formação da identidade, o seu papel no contexto familiar e no cenário profissional.

Hobsbawn (2004) menciona que a revolução francesa (1789) foi um evento histórico fundamental para impulsionar a trajetória profissional das mulheres. Foi a partir dessa

época, que a mesmas passaram a atuar no mercado com mais força, porém ainda muito exploradas, ganhando até 60% menos que os homens da época, atuando como mão de obra escrava durante a revolução industrial. Desde então, houve mudanças significativas no cenário político e econômico no que diz respeito às mulheres, e estas ainda vêm ganhando cada vez mais espaço no mercado de trabalho e lutando pela igualdade de direitos.

A luta por igualdade de direitos é longa e, a cada dia, um novo capítulo é escrito. No último ano, 2018, as mulheres conquistaram o direito de dirigir na Arábia Saudita. Parece pouco, mas, para aquelas que dependiam do marido para ir e vir, é uma vitória inestimável.

As mulheres atualmente também desempenham uma multiplicidade de papéis, o que influencia diretamente no seu bem-estar físico, mental, emocional, recaindo sobre elas toda a atribuição do trabalho reprodutivo, que inclui os afazeres domésticos não remunerados e os cuidados com a família, uma sobrecarga que dificulta a evolução nos ambientes profissionais.

Segundo Possatti E Dias (2002), o que influencia o adocimento ou não da mulher que desempenha múltiplas funções, é a qualidade dessas funções e não a quantidade, ao contrário do que a mídia e muitas pesquisas trazem. Marks (1977) e Sieber (1974) salientam que o indivíduo, ao desempenhar vários papéis, não está apenas acumulando obrigações, mas também recompensas. Recompensas que muitas vezes superam as preocupações e contribuem para o seu bem-estar físico, mental e emocional, incluindo o aumento da autoestima, segurança e autonomia do mesmo, contribuindo consequentemente para a formação de uma identidade mais sólida.

Assim, é de suma importância considerar a qualidade dos papéis desempenhados, o problema é que os papéis diferem em valor social e em obrigações e privilégios, assim como a proporção de privilégios e obrigações são diferentes para cada ocupante.

Almeida & Kessler (1998), Gove & Tudor (1973) afirmam que as mulheres apresentam um índice de ansiedade e depressão mais elevado que os homens, devido as diferenças nos papéis desempenhados pelas mulheres, que são rotineiros e incluem atividades mais difíceis de serem controladas e sem valor social e por muitas não possuem uma atividade fora do lar, ficando restringidas de outras fontes de gratificação, assim sendo, mesmo com a entrada das mulheres no mercado de trabalho, as condições que estas enfrentam são mais adversas, propiciando maiores prejuízos para o seu bem-estar psicológico.

Verbrugge (1983) concluiu que a atuação em múltiplos papéis beneficia tanto a saúde física quanto o bem-estar psicológico; Rosenfield (1980) confirma com o resultado de sua pesquisa que as mulheres só apresentam um índice mais elevado de ansiedade e depressão quando as mesmas estão desempenhando papéis tradicionais, e que as mulheres casadas que trabalham são mais saudáveis do que as que não possuem um trabalho remunerado.

Outros autores enfatizam a importância das requisições de papel para dar sentido à vida de uma pessoa (Thoits, 1983; Vandewater, Ostrove & Stewart, 1997), pois as identidades são sustentadas através dos relacionamentos de papéis, assim quanto mais posições o indivíduo ocupar, maior será sua segurança existencial, o que ele considera de vital importância para o bem-estar psicológico, para a saúde mental do indivíduo.

1.6. Fatores desencadeadores

A respeito dos fatores que influenciam e contribuem para a predominância da ansiedade sobre o gênero feminino; o biológico, psíquico e social atuam no desenvolvimento, manutenção e remissão. Segundo Andrade, Viana e Silveira (2006), os hormônios femininos, em particular o estrógeno, atuam na modulação do humor, o que, poderia descrever a maior ocorrência dos transtornos de ansiedade nas mulheres.

A mulher atual tem assumido uma série de papéis que antes se referiam prioritariamente aos homens. Tal fato trouxe mudanças não apenas para a rotina da mulher contemporânea, mas também para seus projetos de vida e suas consequentes escolhas. Uma das áreas que sofreu um impacto importante em função da multiplicidade de papéis assumidos pela mulher da atualidade é a maternidade. Em função de todas as demandas relacionadas à carreira e ao estudo, o projeto de ter filhos tem sido sistematicamente adiado. (LOPES *et al.*, 2014, p. 917).

Este presente artigo tem como objetivo geral analisar os fatores desencadeadores que têm contribuído para o surgimento do transtorno de ansiedade em mulheres, e como objetivos específicos analisar informações sobre dados socioeconômicos, socioculturais, psicológicos e emocionais que possam ter relação direta com o desenvolvimento do transtorno de ansiedade em mulheres, verificar aspectos relacionados ao histórico de vida e familiar, identificar principais fatores causais que levam mulheres a desenvolver o transtorno de ansiedade.

2 MÉTODOS

Revisão sistemática, cujo protocolo está no site de registro prospectivo internacional de revisões sistemáticas – PROSPERO. Estruturada de acordo com as diretrizes da lista de verificação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analyses* - PRISMA (2009).

2.1 Critérios de elegibilidade: Estudos selecionados de acordo com os critérios:

2.1.1 Participantes (*Population*): Mulheres de qualquer idade.

2.1.2 Intervenção ou Exposição (*Intervention or Exposure*): Exposição do Transtorno de Ansiedade em mulheres.

2.1.3 Comparação ou grupo controle (*Comparison or control group*): Não se aplica.

2.1.4 Resultados (*Outcomes*): Fatores desencadeadores do transtorno de ansiedade em mulheres.

2.1.5 Desenho do estudo (*Study design*): Transversal, somente em língua portuguesa.

2.2 Estratégia de busca

A busca dos estudos foi realizada em Scientific Electronic Library Online (SciELO); Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Portal Capes.

Para garantir a saturação da literatura, foram analisadas listas de referência de estudos incluídos ou revisões relevantes identificadas por meio de pesquisa manual. Não houve busca em literatura cinzenta em função da heterogeneidade e dificuldade de identificação, extração, síntese e gerenciamento deste tipo de literatura. E utilizou-se na estratégia de busca as seguintes palavras-chave ou descritores: transtorno de ansiedade, mulheres.

A busca foi realizada de acordo com as orientações de cada base de dados, biblioteca ou portal de periódicos conforme está na estratégia de busca que consta na Tabela 1.

Tabela 1 - Estratégia de busca

Base de dados	Termos de pesquisa	Resultados
BVS	Transtorno de Ansiedade em Mulheres, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Mulheres Ansiedade de Separação, Mulheres Fobia Social, Mulheres Agorafobia, Mulheres Transtorno do Pânico, Mulheres Fobia Especifica, Mulheres	71
Portal de periódicos da CAPES	Transtorno de Ansiedade em Mulheres, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Mulheres Ansiedade de Separação, Mulheres Fobia Social, Mulheres Agorafobia, Mulheres Transtorno do Pânico, Mulheres Fobia Especifica, Mulheres	63
SciELO	Transtorno de Ansiedade em Mulheres, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Mulheres Ansiedade de Separação, Mulheres Fobia Social, Mulheres Agorafobia, Mulheres Transtorno do Pânico, Mulheres Fobia Especifica, Mulheres	79
	Total	213

ScientificElectronic Library Online (SciELO); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES

2.3 Seleção e extração dos dados

As três pesquisadoras realizaram a busca e selecionaram os estudos de forma independente, com a utilização de um *software* específico de gerenciamento de referências (*EndNote Web*).

A seleção ocorreu em quatro fases e após cada uma delas, os pesquisadores verificaram inclusões e exclusões, buscando consenso entre os resultados. Na fase 1 (Identificação), realizou-se a busca dos estudos e verificou-se, por meio do *software EndNote*, quais eram os duplicados e foram removidos; na fase 2 (Triagem), fez-se a leitura dos títulos e dos resumos dos artigos e aplicou-se os critérios de exclusão; na fase 3 (Elegibilidade), fez-se a busca manual e leitura dos artigos completos, com a seleção dos que atendiam a todos os critérios de elegibilidade (Participantes, Intervenção, Comparação, Resultados, Desenho do estudo); na fase 4 (Inclusão), construiu-se uma tabela com identificação, objetivos, método, resultados e conclusões com posterior síntese qualitativa dos estudos.

Nenhum dos autores da revisão foi cego aos títulos das revistas ou nomes dos autores ou das instituições financiadoras ou apoiadoras das pesquisas. Foi desenvolvido um Diagrama de fluxo (modelo PRISMA) que contém as fases de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão com quantidades e uma declaração explicativa dos motivos de exclusão dos artigos, conforme Fig. 1 que está na seção dos resultados.

2.4 Risco de viés (*Risk of Bias - RoB*)

Para avaliar o risco de viés dos estudos selecionados, foi utilizado a ferramenta do Instituto Joanna Briggs.

2.5 Síntese das evidências

A leitura dos artigos completos possibilitou verificar que os estudos são heterogêneos e que não era possível realizar meta-análise. Foi elaborada uma síntese descritiva na Tabela 2 com informações contendo o objetivo, o método, os resultados e as conclusões dos estudos selecionados, com posterior análise qualitativa dos mesmos e análise.

3 RESULTADOS

3.1 Seleção dos estudos

Identificou-se inicialmente 213 registros nas bases de dados. Houve a exclusão de 81 duplicados, ficando 132 para a próxima fase.

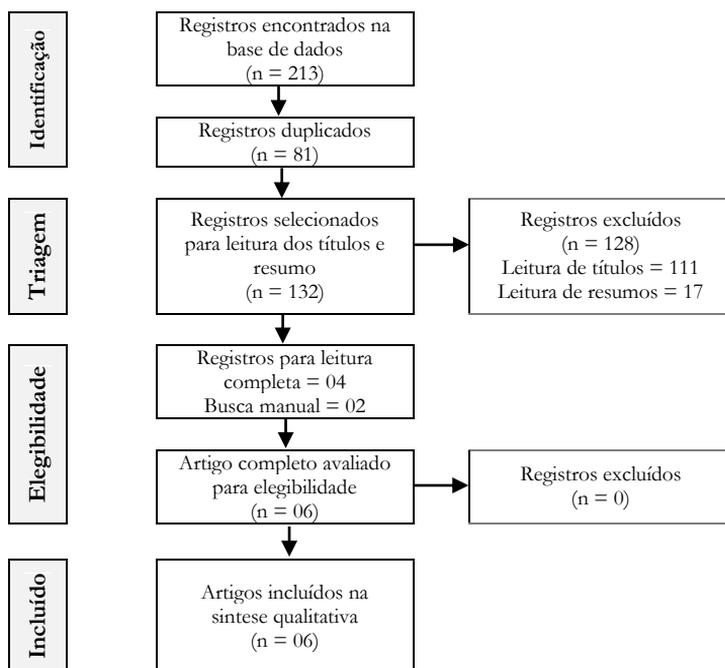
Na fase de leitura dos títulos foram excluídos 111 e 17 na leitura dos resumos por não atenderem aos critérios de inclusão, ficando 04 (quatro) registros.

Foram encontrados 02 (dois) registros na busca manual, totalizando 06 (seis) para leitura do texto completo.

Com a leitura dos estudos completos, foram excluídos 209 registros, pois não continham dados compatíveis com o objetivo desta pesquisa.

Foram selecionados 06 (seis) estudos para síntese qualitativa dos dados, conforme Fig. 1.

Figura 1 – Diagrama de fluxo (PRISMA)



3.2 Síntese descritiva dos estudos incluídos

Tabela 2 - Síntese descritiva dos estudos incluídos

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método			Resultados	Conclusão
		Tamanho da amostra / Idade Média	Problemática ou Diagnóstico/Tip o de intervenção	Frequência da intervenção		
CAPTÃO, C.G.; TELLIO, R. R./ 2004/ Estudo Transversal/ São Paulo - Brasil	Verificar se mulheres obesas apresentam traço e estado de ansiedade acima do esperado.	2 mulheres obesas com IMC entre 30 e 40, na faixa etária compreendida entre 25 e 45 anos, que pertenciam a um grupo de reeducação alimentar e controle de peso de uma instituição de saúde cidade de São Paulo	Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas	Não se aplica	Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)	De acordo com os resultados obtidos pela pesquisa, não existe traço e estado de ansiedade nas mulheres obesas esquizadas, não sendo possível afirmar a existência de uma relação direta entre a obesidade e a ansiedade. Por outro lado, não se pode afirmar que esta relação não exista, pois sua existência pode não ter sido percebida pelo instrumento utilizado, fazendo-se necessária a utilização de outros instrumentos.
TERRA, M. B.; GARCEZ, J.-P.; NOLL, B./ 2007/Estudo transversal / São Paulo - Brasil.	Investigar a presença de Fobia Específica (FE) entre pacientes atendidos em um ambulatório de psiquiatria.	103 Pacientes, sendo destas 79 mulheres,	Fobia específica (FE) entre pacientes atendidos em um ambulatório de psiquiatria/Não se aplica.	Não se aplica.	SCID-I (Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5)	Foi verificada FE em 26,2 % dos pacientes. As mulheres tinham duas vezes maior chance de apresentar FE que os homens. Em 96,3% do total de fóbicos, a FE não havia sido identificada pelo psiquiatra com quem se consultava, esses pacientes não estavam recebendo tratamento para FE. Entre as comorbidades, o diagnóstico mais frequente foi depressão, que apareceu em 15,6% da amostra. No total, A FE tem uma frequência elevada entre pacientes ambulatoriais, sendo mais comum entre as mulheres. No entanto, na maioria das vezes, esse transtorno não é diagnosticado e assim não recebe tratamento adequado, já que o foco da atenção fica concentrado nas comorbidades.

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Tamanho da amostra / Idade Média	Método			Conclusão
			Problematiza ou Diagnóstico/ Tipo de intervenção	Frequência da intervenção	Instrumentos	
POLISSENI, <i>et al.</i> / 2009/ Estudo Transversal Rio de Janeiro - Brasil.	Determinar a prevalência de depressão e ansiedade em mulheres climáticas e os prováveis fatores responsáveis por sua ocorrência.	93 Mulheres/ 40 aos 65 anos.	Depressão e ansiedade em mulheres climáticas / Não se aplica.	Não se aplica	Utilizaram-se quatro instrumentos para esta pesquisa: Anamnese contendo dados sociodemográficos, informações clínicas e hábitos de vida; Índice Memopausal de Blatt- Kupperman (IMBK); Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Subescala hospitalar para Ansiedade, derivada da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS-A).	Considerando-se a totalidade da amostra estudada, a prevalência de depressão foi de 36,8%, ao passo que a prevalência de ansiedade foi de 53,7%. Não houve associações significativas entre a ocorrência de depressão ($p=0,12$) e ansiedade ($p=0,88$) com as três fases do climatério consideradas
JUNIOR, N.C.S. /2010/corte transversal/ Brasil-Brasil	Avaliar a prevalência de depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres encaminhadas para atendimento em ambulatório terciário de mastologia, as quais são acompanhadas durante o diagnóstico e tratamento de câncer de mama.	25 mulheres	Depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres em tratamento de câncer de mama/ Não se aplica	Não se aplica	Para esta pesquisa, foram aplicados a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), o questionário de qualidade de vida (WHOQOL-bref) e um formulário com perguntas preenchidas pelo examinador, relativas as condições socioculturais, dando-se ênfase a anteriores de eventos estressantes, como perda de parentes próximos, separação ou divórcio ou algum tipo de relacionados a perda de um parente próximo. Quanto a análise da HADS, os dados apontam que sete pacientes apresentaram ansiedade e quatro pacientes apresentaram depressão, sendo 28 e 16%, respectivamente.	Os eventos estressantes podem ter influência sobre o surgimento do câncer de mama, e os fenômenos psicológicos de depressão e ansiedade necessitam de uma melhor avaliação quanto à utilização dos instrumentos de levantamento de dados nas pesquisas realizadas.

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método				Resultados	Conclusão
		Tamanho da amostra / Idade Média	Problemática ou Diagnóstico/Tip o de intervenção	Frequência da intervenção	Instrumentos		
BITTAR, D; KOHLSDOER, F. M./ 2013/ Estudo transversal /Paraná - Brasil.	Avaliar o nível de depressão e ansiedade em mulheres vítimas da violência doméstica, além de caracterizar o tipo de violência sofrida.	15 mulheres com idade entre 25 e 62 anos, com queixa de violência doméstica.	Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica	Não se aplica	Foram aplicados três questionários: o primeiro visa obter dados sobre o perfil da violência e dados demográficos das participantes; o segundo é Inventario Beck de Depressão (BDI), e o terceiro, o Inventário Beck de Ansiedade (BAI).	Foi observada correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa entre as medidas de ansiedade e depressão, além de múltiplas formas de violência simultânea.	A violência doméstica está associada a uma percepção negativa da saúde física e mental da mulher, requerendo políticas de atuação integrada que possam possibilitar maneiras eficientes de manejar este problema social.
WAGNER, M. F.; WAHL, S. D. Z; CECCONEL, L.O, W. W/2014/Estu do transversal/R io Grande do Sul - Brasil.	Identificar a presença de fobia social em uma amostra do sexo feminino de estudantes do ensino superior.	87 mulheres maiores de 18 anos, cursando o nível superior.	Sintomas de fobia social no ensino superior, em uma amostra da população feminina	Não se aplica	Os instrumentos empregados foram aficha de dados sociodemográficos e o Questionário de Ansiedade Social para Adultos/CASO- A30.	Os resultados indicaram que 35,6% (n=31) apresentaram fobia social, sendo 10,3% social não generalizada. Os fatores do CASO- A30 que apresentaram maior prevalência foram falar em público e interação com pessoas de autoridade e expressão assertiva de incômodo, desagrado ou tédio; em ambos a incidência foi de 21,8% (n=19).	Este estudo pode contribuir para profissionais e pesquisadores da área, fornecendo dados para novas pesquisas acerca do tema e para possíveis intervenções no contexto acadêmico, tendo em vista maior qualidade de vida dos acadêmicos.

O artigo um, de Capitão e Tello (2004), tem como objetivo verificar se mulheres obesas apresentam traço e estado de ansiedade acima do esperado, com isso foi realizado uma pesquisa com 20 mulheres de idade entre 25 e 45 anos e o com IMC (Índice de Massa Corporal) entre 30 e 40, que segundo a tabela de Índice de Massa Corporal, significa obesidade tipo I e obesidade tipo II ou severa; que pertenciam a um grupo de reeducação alimentar e controle de peso de uma instituição de saúde da cidade de São Paulo. Para este estudo foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spieberger, que consiste em duas escalas de auto-relatório que avaliam a ansiedade enquanto estado de ansiedade (IDATE-E) ou traço de ansiedade (IDATE-T), no qual cada situação possui 20 itens com pontuação de 1 a 4 em cada um deles. O escore varia de 20 a 80. Para cada pergunta é atribuída a pontuação correspondente a resposta, porém para as perguntas com caráter positivo a pontuação é invertida.

Segundo os autores as aplicações foram realizadas individualmente e através desta escala foi possível perceber que 50% das colaboradoras apresentaram um nível de ansiedade normal, 40% apresentaram estado de apatia e um número muito pequeno, apenas 10%, apresentaram ansiedade. Fazendo com que Capitão e Tello (2004) chegassem a conclusão de que não se pode afirmar que a relação entre ansiedade e obesidade não exista, pois sua existência pode não ter sido perceptível pelo instrumento utilizado.

O artigo dois, de Terra, Garcez e Noll (2006), apresenta como objetivo, investigar a presença de fobia específica (FE) entre pacientes atendidos em um ambulatório de psiquiatria, para isto foi realizado um estudo com 103 pacientes sendo destes 79 mulheres, no qual foi aplicado o SCID-I (Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5) para se examinar a ocorrência de fobia específica, o instrumento é um guia de entrevista para a realização do diagnóstico dos transtornos psiquiátricos mais comumente encontrados no contexto clínico, como por exemplo, a depressão, transtorno bipolar, transtorno do espectro da esquizofrenia, ansiedade e outros transtornos catalogados do DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Foi aferido que o Transtorno de fobia específica tem uma frequência elevada entre pacientes ambulatoriais, sendo mais comum entre as mulheres e que como na maioria das vezes não é diagnosticado, a paciente acaba não recebendo o tratamento adequado.

O artigo três, de Polissen *et al.* (2008) possui o objetivo de determinar a prevalência de depressão e ansiedade em mulheres climatéricas e os prováveis fatores responsáveis por sua ocorrência, para isso foram utilizados quatro questionários: Anamnese, Índice Menopausal de Blatt-Kupperman, a subescala para Ansiedade, derivada da escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão (HADS-A), e o Inventário de Depressão de Beck.

A anamnese segundo o autor Dalgalarondo (2008, pág. 61) é uma entrevista no qual investiga o histórico dos sinais e dos sintomas que o paciente apresenta ao longo de sua vida, seus antecedentes pessoais e familiares, assim como de sua família e meio social.

Já o Índice Menopausal de Blatt-Kupperman consiste segundo os autores Kupperman e Blatt (1953) em um índice de referência para auto avaliar os sintomas ou queixas climatéricos das participantes como: sintomas vasomotores, insônia, parestesia, nervosismo, melancolia, vertigem, fraqueza, artralgia/mialgia, cefaleia, palpitação e formigamento, sendo medidos de acordo com a intensidade, e para isso são classificados em leves (valores até 19), moderados (entre 20 e 35) ou intensos (maior que 35). Assim, quanto maior a pontuação obtida, mais intensa a sintomatologia climatérica.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) oito que possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação

máxima de 21 pontos para cada escala, sendo HAD-A: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; HAD-D: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 . (MARCOLINO *et al.*, 2007). Ainda segundo os autores Marcolino *et al.* (2007) o Inventário de Depressão de Beck (BDI): consta de 21 itens, cada um com quatro alternativas em graus crescentes de intensidade de depressão.

O artigo quatro, de Junior (2010) tem o objetivo de avaliar a prevalência de depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres acompanhadas durante o diagnóstico e tratamento de câncer de mama, sendo aplicado dois questionários, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e o questionário de qualidade de vida (WHOQOL-bref), assim como também realizada uma anamnese, em 25 mulheres em tratamento para câncer de mama, atendidas no Ambulatório de Mastologia do Hospital Geral de Palmas, Tocantins. Segundo Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009) WHOQOL-bref é um instrumento para coleta de dados para uma avaliação de qualidade de vida no qual Gomes, et al (2014) afirmam que o instrumento reúne informações em quatro âmbitos ou domínios: domínio físico; domínio psicológico; relações sociais; domínio do ambiente. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) oito que possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala, sendo HAD-A: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; HAD-D: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 . (MARCOLINO *et al.*, 2007). A anamnese segundo o autor Dalgalarondo (2008, pág. 61) é uma entrevista no qual investiga o histórico dos sinais e dos sintomas que o paciente apresenta ao longo de sua vida, seus antecedentes pessoais e familiares, assim como de sua família e meio social.

Os resultados atingidos pelo autor Junior (2010) apresentam que os eventos estressantes podem ter influência sobre o surgimento do câncer de mama, e que os fenômenos psicológicos de depressão e ansiedade necessitam de uma melhor avaliação quanto à utilização dos instrumentos de levantamento de dados nas pesquisas realizadas.

O artigo cinco, de Bittar e Kohlsdorf (2013) tem o objetivo de avaliar o nível de depressão e ansiedade em mulheres vítimas da violência doméstica e caracterizar o tipo de violência sofrida, sendo avaliadas 15 mulheres com idade entre 25 e 62 anos que deram queixa de violência doméstica em uma delegacia de polícia e estavam em acompanhamento psicossocial no Núcleo de Atendimento à Família e dos Autores de Violência Doméstica (NAFAVD- Brazlândia) da Secretaria de Estado da Mulher (SEM). Para a avaliação foram aplicados três questionários: Anamnese, o Inventário Beck de Depressão e o Inventário Beck de Ansiedade. O Inventário Beck de Ansiedade (BAI), instrumento que mede a intensidade dos sintomas, de ansiedade, em que o escore total é a soma das pontuações de 21 itens (0 a 63), com os seguintes pontos de corte: 0-7 pontos para nível mínimo de ansiedade, 8-15 pontos para nível leve, 16-25 pontos para nível moderado e 26-63 pontos para nível grave (Cunha, 2001). A anamnese segundo o autor Dalgalarondo (2008, pág. 61) é uma entrevista no qual investiga o histórico dos sinais e dos sintomas que o paciente apresenta ao longo de sua vida, seus antecedentes pessoais e familiares, assim como de sua família e meio social. Já segundo os autores Marcolino *et al.* (2007) o Inventário de Depressão de Beck (BDI): consta de 21 itens, cada um com quatro alternativas em graus crescentes de intensidade de depressão.

Os resultados obtidos pelos autores ressaltam que as participantes exprimiram sentimentos de solidão, tristeza crônica, desamparo, irritação, descrenças, culpa, desânimo, indecisão, autocrítica, falta de concentração, passividade, déficit em habilidade sociais, insônia, perda de apetite e do interesse sexual, no qual as vítimas da violência doméstica que desenvolvem depressão passam a ter sentimentos inapropriados de desesperança, desprezando-se como pessoa e até mesmo se culpam pelo contexto de violência doméstica.

O artigo seis, de Wagner, Wahl e Ceconello (2014) tem o objetivo de identificar a presença de fobia social em uma amostra de 87 indivíduos do sexo feminino e estudantes do ensino superior. Para isto foram utilizados os instrumentos: Anamnese e o Questionário de Ansiedade Social para Adultos/CASO-A30. Segundo Caballo et al (2010) O questionário de ansiedade social para adultos/ CASO-A30 é um instrumento constituído por trinta itens sendo uma escala de 5 pontos, com variações de nenhum ou muito pouco (1), pouco (2), médio (3), bastantes (4), muito ou muitíssimo (5),no qual apresenta uma estrutura de cinco fatores: fator 1 – falar em público/interação com pessoas em posição de autoridade; fator 2 – interação com o sexo oposto; fator 3 – estar em evidência/fazer papel de ridículo; fator 4 – interação com pessoas desconhecidas; e fator 5 – expressão assertiva de incômodo, desagrado ou tédio. A anamnese segundo o autor Dalgalarondo (2008, pág. 61) é uma entrevista no qual investiga o histórico dos sinais e dos sintomas que o paciente apresenta ao longo de sua vida, seus antecedentes pessoais e familiares, assim como de sua família e meio social.

Os autores chegaram ao resultado que os fatores do questionário de ansiedade social (CASO-A30) que apresentaram maior número de indivíduos com ansiedade social foram: fator 1 – falar em público e interação com pessoas de autoridade – e fator 5 – expressão assertiva de incômodo, desagrado ou tédio. O escore elevado pode ter ocorrido pela frequência e forma com que tais situações ocorrem na vida acadêmica.

3.3 Avaliação do risco de vies

Tabela 3 - Instrumentos de avaliação de risco de vies (Joana Briggs)

Estudos/Questões	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	%S
CAPITÃO, C.G; TELLO, R. R./ 2004/Estudo Transversal/São Paulo - Brasil	S	S	NC	S	NC	S	NC	NC	50%
TERRA, M. B; GARCEZ, J. P; NOLL, B./2007/Estudo transversal/ São Paulo - Brasil.	S	S	NC	S	NC	S	NC	S	62,5%
POLISSENI, et al./2009/ Estudo Transversal/Rio de Janeiro - Brasil	S	S	S	S	S	S	S	S	100%
JUNIOR, N.C.S./2010/corte transversal/ Brasília - Brasil	S	S	S	S	S	S	NC	S	87,5%
BITTAR, D; KOHLSDORF, M./ 2013/ Estudo transversal /Paraná - Brasil.	S	S	S	S	S	S	NC	S	87,5%
WAGNER, M. F; WAHL, S. D. Z; CECCONELLO, W. W/2014/Estudo transversal/Rio Grande do Sul - Brasil.	S	S	NC	S	S	S	NC	S	75%

Legenda: S=Sim; NC=Não está claro

De acordo com a Tabela 3 Instrumentos de avaliação de risco de vies (Joana Briggs) é possível observar o baixo risco de vies dos estudos realizados, e também a média qualidade dos artigos, devido as amostras serem pequenas, havendo a necessidade de mais instrumentos de avaliação.

4 DISCUSSÃO

De acordo com os artigos analisados cabe ressaltar que os estudos de campo relacionados a ansiedade ainda necessitam de maiores investigações, pois as amostragens coletadas foram consideradas pelos autores pouco significativas; necessitando de uma quantidade maior de dados, assim como a listagem de novos instrumentos que possam fornecer

informações mais consistentes para validar as hipóteses levantadas.

De acordo com Capitão e Tello (2004), apesar do resultado de sua pesquisa ter sido considerado pouco significativo, eles levantam a hipótese de que a obesidade poderia estar surgindo como um sintoma que estaria substituindo a ansiedade, mascarando o resultado da pesquisa, que mostrou que apenas 10% das mulheres apresentaram traços de ansiedade e outros 40% apresentaram apatia. Os Transtornos de Ansiedade frequentemente são confundidos com depressão, alcoolismo ou com dependência química, o que pode ter causado contradições nos resultados obtidos na pesquisa, sendo assim importante avaliar os instrumentos utilizados.

Outra hipótese a ser levantada é a de que a apatia apresentada nos resultados seja uma comorbidade. Para Kinrys e Wygant (2005) mulheres diagnosticadas com TAG têm maior propensão de desenvolver condições comórbidas, como depressão, afetando assim a gravidade e o curso da doença.

Segundo Terra (2007), as mulheres têm duas vezes mais chances de apresentar fobia específica do que os homens e o mesmo, ainda salienta, a dificuldade dos profissionais da saúde em realizar o diagnóstico correto deste transtorno, que leva a uma identificação tardia do problema agravando o quadro clínico das pacientes.

Polisseni (2009) apresenta em seu estudo a íntima relação entre depressão e ansiedade que se apresentaram em níveis semelhantes quando observados durante as fases do climatério, o que demonstra mais uma vez estarem atrelados durante o surgimento e o desenvolvimento do transtorno de ansiedade.

As razões para o surgimento do desenvolvimento de um Transtorno de Ansiedade em mulheres, ainda são pouco conhecidas e ainda não foram suficientemente investigadas, mas evidências de vários estudos, sugerem que fatores genéticos e hormônios reprodutivos femininos podem desempenhar papéis importantes no desenvolvimento da depressão e da ansiedade. Faz sentido, então, que elas desenvolvam duas vezes mais ansiedade do que os homens. (CUNHA, 2013).

Junior (2010) avaliou a prevalência de depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres durante o diagnóstico e tratamento de câncer de mama, e os resultados atingidos apresentaram que os eventos estressantes, principalmente, a separação do cônjuge e perda inesperada de parentes muito próximos, podem ter influência sobre o surgimento do câncer de mama, porém os fenômenos psicológicos de depressão e ansiedade necessitam de uma melhor avaliação quanto à utilização dos instrumentos de levantamento de dados nas pesquisas realizadas e aponta a relação muito próxima dos transtornos de ansiedade e depressão.

Atualmente, estudos têm apontado fatores de origem psicossomática que poderiam influenciar na gênese desse tipo de tumor. Muitas pesquisas tentam fazer uma relação entre transtornos psicológicos e diminuição dos fatores de defesa imunológica, de forma a contribuir para o aparecimento de tumores. Assim, transtornos de origem psicológica, como ansiedade e depressão, têm sido supostamente associados a um aumento na probabilidade de aparecimento de diversos tipos de câncer, incluindo câncer de mama.

Segundo Bittar e Kohlsdorf (2013) às mulheres vítimas da violência doméstica, exprimem sentimentos de solidão, tristeza crônica, desamparo, irritação, descrenças, culpa, desânimo, indecisão, autocrítica, falta de concentração, passividade, déficit em habilidade sociais, insônia, perda de apetite e do interesse sexual, e as que desenvolvem depressão, passam a ter sentimentos inapropriados de desesperança, desprezando-se como pessoa e até mesmo se culpam pelo contexto de violência doméstica.

Assim, observa-se uma correlação positiva, moderada e esteticamente significativa entre as medidas de ansiedade e depressão, além de múltiplas formas de violência simultânea. A violência doméstica está associada a uma percepção negativa da saúde física e mental da mulher, requerendo políticas de atuação integrada que possam possibilitar maneiras eficientes de manejar esse problema social.

Segundo Wagner, Wahl e Cecconello (2014) em seus estudos para identificar a presença de fobia social em uma amostra de 87 indivíduos do sexo feminino e estudantes do ensino superior, apontam que os fatores que apresentaram maior número de indivíduos com ansiedade social, do questionário de ansiedade social (CASO-A30), foram: falar em público e interação com pessoas de autoridade, e que o escore elevado pode ter ocorrido pela frequência e forma com que tais situações ocorrem na vida acadêmica.

Esse resultado reforça a fala de Matuzas *et al.* (1995) que traz em seus relatos as principais situações que levam o indivíduo a desenvolver a fobia social, como: falar em público, escrever diante de pessoas, ir a festas e reuniões, dentre outras. O autor ainda faz uma ressalva de que a fobia social pode ser desencadeada na infância e pode acometer em um mesmo percentual mulheres e homens.

5 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

Este presente artigo tem como ponto forte o fato de ser uma revisão sistemática da literatura e possuir estudos de média qualidade, tendo como limitação o fato de ser uma revisão com poucos artigos sobre o tema e por esses serem apenas na língua portuguesa.

CONCLUSÃO

Não é de hoje que os Transtornos de Ansiedade existem, mas a correria do dia a dia, os diversos compromissos rotineiros que recaem sobre as mulheres, toda a atribuição do trabalho reprodutivo, que inclui os afazeres domésticos não remunerados e os cuidados com a família, somados ao estresse, pressões profissionais, fobias e privações sociais constantes, potencializam o desenvolvimento desses tipos de desordem mental e fazem ser considerados como os principais males do mundo moderno, com o dobro de incidências sobre as mulheres.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 33% da população mundial sofre de algum tipo de Transtorno de Ansiedade, as mulheres correspondem a 22% desse total, representando o dobro do número de casos que os homens; e o Brasil figura entre os primeiros dessa lista.

Os fatores que desencadeiam essa patologia nas mulheres são um assunto de grande discussão, visto que não há uma causa específica, pois ao contrário de outras doenças, existem muitos fatores que atuam de forma conjunta, desencadeando o transtorno de ansiedade nas mulheres. A comunidade científica ainda não possui uma explicação concreta para o fenômeno.

Existem diversas causas que, sozinhas ou combinadas, podem vir a desencadear o transtorno de ansiedade, tais como: traumas, estresse, genética, doenças físicas, alimentação, questões culturais, questões hormonais, como a menopausa e até mesmo a depressão. O uso de drogas, álcool, caféina e nicotina, também aumentam a ansiedade e podem agravar casos de quem já possui tendência a desenvolver o transtorno.

Como as causas dos Transtornos de Ansiedade podem ser muitas e conjuntas, cada caso é diferente do outro. O difícil diagnóstico faz com que a medicina trate e controle apenas os sintomas com medicamentos fortes e de uso restrito; e é bastante comum, diante das primeiras manifestações de Transtornos de Ansiedade, as mulheres procurarem

tratamentos farmacológicos, o que mascara os fatores desencadeadores e até mesmo o transtorno.

Por isso, apesar de ser um tema em evidência, são necessários mais estudos acerca dos fatores desencadeadores e como esses fatores atuam, provocando o surgimento e desenvolvimento do transtorno de ansiedade em mulheres, para que assim, exista uma promoção da saúde e conscientização que é fundamental o acompanhamento psicológico no tratamento de Transtornos de Ansiedade. Por meio dele, é possível identificar as causas dos gatilhos, estabelecer prognósticos, e promover avanços significativos na redução dos sintomas de ansiedade, com base em teorias e técnicas científicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. M. & KESSLER, R. C. Everyday stressors and gender differences in daily distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, Boston, v.75,n.3, p.670-680, 1998. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-18>. acessado em 20 de agosto de 2019.

ANDRADE, Laura Helena SG de; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. psiquiatr. clín. São Paulo*, v. 33, n.2, p. 43-54, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003&lng=en&nrm=iso>. acesso em 29 de agosto de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>.

ARAUJO, A. C; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Revista brasileira terapia comportamental cognitiva*, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em : 03 out. 2018.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). *DSM IV- Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais*, 4ª versão. Washington (DC): American Psychiatric Press; 2014.

AVELAR, Laila Fernanda de Souza; OLIVEIRA JUNIOR, Mario Norberto Sevilio de; NAVARRO, Francisco. Influência do exercício físico na sintomatologia de mulheres climatéricas. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 537-545, Sept. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300014&lng=en&nrm=iso>.accesson16Sept.2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300014>.

BAYLÃO, A. L. S.; SCHETTINO, E. M. O. A Inserção da Mulher no Mercado de Trabalho Brasileiro. In: XI SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO TECNOLÓGICA, Anais..., 2014. Disponível em: <https://academico.univcosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/download/818/934> Acessado em: 30 de agosto de 2019

BITTAR D.; KOHLSDORF M. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista Psicol Argum.*, Curitiba, v. 31, n. 74, p.447-456, jul./set.2013. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20447>>. Acesso em: 30 agosto 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.31.074.DS08>

CAPITAO, Cláudio Garcia; TELLO, Renata Raveli. Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, São Paulo, v. 2, n. 2, dez. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 30 ago. 2019.

CABALLO, V. E., *et al.* Measuring social anxiety in 11 countries: development and validation of the social anxiety questionnaire for adults. *European Journal of Psychological Assessment*, v. 26, p.95-107, 2010. Disponível em:<https://psycnet.apa.org/record/2010->

09111-004 Acesso em: 12 de setembro d 2019.

CANTARELLI, Ana Paula Silva. Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 137-147, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 02 nov. 2018.

CASTILLO, Ana Regina GL et al. Transtornos de ansiedade. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo v.22,supl.2,p.20-23,Dec.2000.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2018.

CHADE, J; PALHARES, I. Brasil tem maior taxa de transtorno de ansiedade do mundo. Jornal [eletrônico] Estadão, 2017. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-tem-maior-taxa-de-transtorno-de-ansiedade-do-mundo-diz-oms,70001677247>. Acesso em: 17 out. 2018.

CID-10, CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E

PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE. v.1, Versão 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 17 out. 2018.

CUNHA, A. S. Ansiedade na performance musical: causas, sintomas e estratégias de estudante de flauta. Pós-Graduação em Música. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70226/000876718.pdf?sequence=1>. Acesso em: 17 out. 2018.

CUNHA, J. A. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DSM-V, MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association: tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... *et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [*et al.*]. - 5. ed. - Dados eletrônicos. - Porto Alegre : Artmed, 2014.

FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada 'neurose de angústia'. v. III, p. 91-120, 1894.

GOMES, J. R. de A. A.; HAMANN, E. M.; GUTIERREZ, M. M. U. Aplicação do WHOQOL-BREF em segmento da comunidade como subsídio para ações de promoção da saúde. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 17, n. 2, p. 495- 516, jun. 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/2798/2d215f9283c4c7fbef4cf94de7dfa377b605.pdf> Acesso em: 17 out. 2018

GOVE, W. R. e TUDOR, J. F. Papéis sexuais sexuais e doenças mentais, American Journal of Sociology, v.78, no. 4, p.812-835, janeiro de 1973. Disponível em: <https://doi.org/10.1086/225404>, Acesso em: 17 out. 2018

GUIMARÃES, A. M. V, *et al.* Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência sobre as fobias específicas e a importância da ajuda psicológica. Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió, v. 3, n. 1, p. 115-128, 2015. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/2611>. Acesso em 02 out. 2018.

HOBSBAWM, E. J. A Era das Revoluções 1789-1848. 18 ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2004.

JUNIOR, et. al. Depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres em tratamento de câncer de mama. Rev. bras. mastologia; São Paulo, v.20, n.2, p.81-85, abr.-jun. 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/5841/MURADAS%2C%20RAQUE%20L%20RODRIGUES.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 02 out. 2018.

KINRYS, G; WYGANT, L. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influência o tratamento? Ver. Bras. Psiquiatr., Cambridge, MA, Estados Unidos, v. 27 (Supl II), p. 43-50, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a03v27s2.pdf. Acesso em 13 out. 2018.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia G. C.; KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. Rev. psiquiatr. do Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 31, n. 3, supl. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 setembro 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>

LAVOURA, T. N. Estados emocionais: a investigação do medo no contexto esportivo. Mestrado, Universidade Estadual Paulista, São Paulo: 2007. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/96057/lavoura_tn_me_rcla.pdf?sequence=1. Acesso em: 17 out. 2018.

LOPES, Manuela Nunes; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato; BOECKEL, Mariana Gonçalves. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 917-928, dez 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400018&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 29 abr. 2019.

MANFRO, G. G; *et al.* Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 24, n. 1, p. 26-29, Mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2018.

MARCOLINO, J. Á. M. et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. Rev. Bras. Anestesiol., Campinas, v. 57, n. 1, p. 52-62, Feb. 2007.

MARKS, S. R. Multiple roles and role strain: Some notes on human energy, time and commitment. American Sociological Review, v.42, p.921-936, 1977. Acessado no dia 26/08/2019 às 09:06 em: https://www.jstor.org/stable/2094577?seq=1#metadata_info_tab_contents

MATUZAS, W; JACK, E; ANDRIUKAITIS, S; OLSON, D. & HERNADEZ, G.G. Transtorno de Pânico, Fobias e Transtornos de Estresse Pós Traumático. In: FLAHERTY; DAVIS, J.M & JANICAK, P.G. Psiquiatria: Diagnóstico e Tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas: 171-183, 1995.

MOHER D., *et al.* The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. J ClinEpidemiol 2009; doi:10.1016/j.jclinepi.2009.06.005 Acesso em: 17 out. 2018.

MULULO, S.; MENEZES, G.; FONTENELLE, L; Versiani, M. Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e estratégias comportamentais para o tratamento do transtorno de ansiedade social. Arquivos da psiquiatria clínica, v. 36, n. 6, p. 221-228, 1 jan. 2009

OBELAR, R. M. Avaliação psicológica nos transtornos de ansiedade: estudos brasileiros. Monografia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2016.

Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/147064/000998195.pdf?sequence=1>. Acesso em: 17 out. 2018.

OMS, Organização Mundial de Saúde. OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população. 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-govern

os-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao &Itemid =839. Acesso em: 17 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. Depression and other common mental disorders: global health estimates[Internet]. Geneva: WHO; 2017[cited 2017 Nov04]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

PEREIRA, S. M; LOURENÇO, L. M. O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários. Capa >Juiz de Fora. Minas Gerais v. 64, n. 1,2012. Disponível em: <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/747/664>. Acesso em: 18 out. 2018.

POLISSENI, Álvaro Fernando et al . Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 31, n.1, p. 28-34, Jan. 2009 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000100006&lng=en&nrm=iso>.access on 30 Aug.2019.<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000100006>.

POSSATTI, Izabel Cristina; DIAS, Mardônio Rique. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 293-301, 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000200007&lng=en&nrm=iso>.access on 26 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722002000200007>.

RAMOS, R. T. Transtornos de Ansiedade. RBM, Revista Brasileira de Medicina, vol.66, nº 11, 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> acessado 17/09/19

ROSENFELD, S. (1980). Sex differences in depression: Do women always have higher rates? Journal of Health and Social Behavior, vol. 21, nº1, pág. 33-42, 1980. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2307/2136692> acessado em 20 de agosto de 2019

SANTOS, É. G; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SIEBER, S. D. Toward a theory of role accumulation. American Sociological Review, Washington, DC, vol. 39, nº 4, pág. 567-578, 1974. Acessado no dia 25/08/2019 às 12:4 em: https://www.jstor.org/stable/2094422?seq=1#metadata_info_tab_contents

SPIELBERGER, C.D; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. Inventário de ansiedade traço-estado - IDATE. Tradução e adaptação de Ângela M. Biaggio e Luiz Natalício. Rio de Janeiro, CEPA - Centro Editor de Psicologia Aplicada LTDA., 1977.

TERRA, M. B; GARCEZ, J. P; NOLL, B. Fobia específica: um estudo transversal com 103 pacientes tratados em ambulatório. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 34, n. 2, p. 68-73 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000200002&lng=en&nrm=iso>.access on 30 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000200002>.

THOITS, P. A. Múltiplas identidades e bem-estar psicológico: uma reformulação e teste da hipótese do isolamento social. American Sociological Review, Washington, DC, vol. 48, nº 2, pág. 174-187, 1983. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2307/2095103> acessado em 20 de agosto de 2019

VANDEWATER, E. A; OSTROVE, J. M; STEWART, A. J. Prever o bem-estar das mulheres na meia-idade: A importância do desenvolvimento da personalidade e do envolvimento dos papéis sociais. *Journal of Personality and Social Psychology*, Washington, DC, vol. 72, nº 5, pág. 1147-1160, 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.72.5.1147> acessado em 20 de agosto de 2019

VERBRUGGE, L. Multiple Roles and Physical Health of Women and Men. *Journal of Health and Social Behavior*, Washington, DC, vol. 24, nº 1, pág. 16-30, mar. 1983. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2136300> acessado em 20 de agosto de 2019

VIANNA, R. R. A. B; CAMPOS, A. A; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Rev. bras. ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p. 46-61, jun.2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872009000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 nov. 2018.

WHO, World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. 2017. Disponível em <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 out. 2018.

WAGNER, M. F., WAHL, S. D. Z., & CECCONELLO, W. W. Sintomas de fobia social no ensino superior: uma amostra de população feminina. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, Rio Grande do Sul, vol. 22 nº 2, pág 49-54, Jun-Dez 2014. Disponível em <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v22n2p49-54> Acessado em 17/09/19

YONKERS K.A; DYCK I.R; KELLER M.B. An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatr Serv*, New Haven, Connecticut v. 52, nº 5, p. 637-43. 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11331798> Acessado em 17/09/2019

T C C no tratamento de sintomas depressivos da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde ⁹

Cognitive-Behavior Therapy in the Treatment of The Depressive Symptoms in Burnout in health professionals

1 INTRODUÇÃO

O *burnout* tem sido explicado por muitos teóricos como uma classe de estresse crônico e grave, particular ao ambiente de trabalho, podendo gerar incapacidade e comprometer a saúde mental dos indivíduos que vivenciam conjunturas ocupacionais consideradas estressoras. (Leiter, Bakker e Maslach, 2014 *apud* Carvalho, 2019). O aumento quantitativo do índice de afastamento do trabalho devido incapacidade psicológica, torna-se relevante discutir e pensar intervenções na prevenção e tratamento da síndrome de *burnout*, assim como, seus sintomas depressivos. Os dados revelam um problema de saúde pública, visto o impacto na economia nacional, bem como mundial, gerando aos cofres públicos custos elevados no pagamento de benefícios previdenciários. Diante de um mercado profissional cada vez mais competitivo, que por sua vez, exige drasticamente um maior desempenho do trabalhador, faz-se necessário os profissionais de saúde voltar a atenção aos seus cuidados com a saúde mental, pois essa realidade mostra certa tendência a vulnerabilidade para o desencadeamento de problemas psicológicos com reflexos na saúde física, incapacitando para o exercício das suas atividades. O acompanhamento psicoterapêutico perante o diagnóstico de sintomas depressivos decorrente de longa exposição a estressores ocupacionais é fundamental. O objetivo geral desta pesquisa bibliográfica é identificar as possíveis contribuições da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de sintomas depressivos na síndrome de *burnout* em profissionais da saúde, especificamente, levantar o índice de profissionais de saúde que são diagnosticados com síndrome de *burnout*, analisar os fatores psicossociais que aumentam o desencadeamento da síndrome de *burnout* em profissionais da saúde com idade de dezoito a sessenta e cinco anos de idade, bem como pesquisar em qual fase da vida é mais comum sua manifestação, investigar as técnicas da terapia cognitivo-comportamental que podem ser utilizadas no tratamento de sintomas depressivos da síndrome de *burnout*, da mesma maneira, pesquisar, avaliar e comparar sobre o tema na literatura bibliográfica.

As hipóteses levantadas para responder a relevância deste trabalho são: 1) O índice de profissionais que são afastados do contexto laboral por incapacidade psicológica aumenta progressivamente, e têm relação com sintomas depressivos manifestados em casos graves da síndrome de *burnout*; 2) Os profissionais da saúde são uma das classes profissionais mais afetadas pela síndrome de *burnout*, considerando como aspecto alarmante as extensas

⁹ Kálita Karoliny Arquino Moreira Estulano; Fernanda Caroline Bento: discentes do Curso de Psicologia da Universo-Go. Dra. Analucy Aury V. de Oliveira e Dra. Andrea Magalhães.

escalas de trabalho e pela atividade desenvolvida estar diretamente ligada ao um ambiente de sofrimento; 3) A terapia cognitivo-comportamental pode ser explorada por meio das suas diversas técnicas como complementar no tratamento de sintomas depressivos da síndrome de *burnout*.

Resumidamente, a TCC é uma abordagem estruturada e classificada como uma psicoterapia breve, enfatiza uma relação colaborativa entre terapeuta e cliente na modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais, e apresenta como modelo cognitivo, a perspectiva que diante de uma situação, um pensamento é gerado, esse pensamento é automático, e é influenciado pelas crenças mais profundas, aquilo que acredita-se como verdade, experiências de vida e são formadas desde a infância, e o modo como esta situação é pensada e interpretada determina os comportamentos. (BECK, 2013).

1.1 Fundamentos históricos da terapia cognitivo-comportamental

Historicamente, a terapia cognitiva- comportamental (TCC) surgiu a partir de 1960, mais propriamente na década de 1970 em decorrência à algumas manifestações contrárias aos modelos absolutamente comportamentais que anulavam a existência da cognição intervindo no comportamento. Albert Bandura (1965), foi um dos inúmeros críticos do modelo estritamente operante, e realizou um estudo em relação aos modelos de aprendizagem, bem como as demonstrações empíricas, e fomentou-se algumas dúvidas e críticas sobre o modelo comportamental tradicional da época, o qual apontou algumas limitações para compreensão e estudo do comportamento humano. E foi a partir destas manifestações, conhecidas como revolução cognitiva que se observou em alguns teóricos e terapeutas a caracterização cognitivo-comportamentais. (KNAPP e BECK, 2008).

O precursor da TCC foi Aaron T. Beck, no início da década de 1960 na Universidade da Pensilvânia, onde definiu este novo modelo como uma psicoterapia breve, estruturada e voltada para o presente, a princípio com o foco no tratamento da depressão por via da alteração dos pensamentos e comportamentos desadaptativos. Beck, era psiquiatra e psicanalista, no entanto, juntamente com outros importantes teóricos levantou críticas sobre o êxito do tratamento psicanalítico quando utilizou a experimentação para validação empírica e foi direcionado as novas perspectivas cognitivas na explicação da depressão. (BECK, 2013).

1.2 Fundamentos teóricos da terapia cognitivo-comportamental

De acordo com Knapp e Beck (2008), no que diz respeito às críticas ao modelo psicanalítico, citado previamente, na identificação e causas dos transtornos psicológicos, em especial na depressão, faz-se necessário, considerar a influência da psicanálise como base filosófica da terapia cognitiva, em razão da permanência da avaliação dos aspectos intrapsíquicos e não apenas na investigação de comportamentos visíveis, no entanto, as técnicas e procedimentos sejam mais aparentes ao modelo comportamental. E ainda ressalta, a importância da contribuição de outras abordagens teóricas na construção da terapia cognitiva, como a fenomenológica-humanista, que objetiva a experiência subjetiva consciente.

Bahls e Navolar (2004), evidenciam que a terapia cognitiva valoriza a estrutura biopsicossocial no entendimento do psiquismo do homem, isso significa que todos os aspectos da vida do indivíduo são percebidos, porém, o mais relevante é a condição cognitiva, principalmente no tratamento de psicopatologias, na tentativa de investigar os fatores cognitivos que podem ser a causa e/ou a manutenção dos transtornos psicológicos. Associado a esta perspectiva, apresentam uma importante explicação sobre a construção dos “significados” em cada indivíduo, que resultam em uma interpretação sobre os fatos e a relação desta interpretação com o self, podendo ser correta ou incorreta (disfuncional ou

mal adaptativo) de acordo com o contexto que está inserido no presente, melhor denominado como tríade cognitiva (self, ambiente e futuro):

De acordo com a Terapia Cognitiva os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida, com base nisso comportam-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade. As pessoas reagem de formas variadas a uma situação específica podendo chegar a conclusões também variadas. Em alguns momentos a resposta habitual pode ser uma característica geral dos indivíduos dentro de determinada cultura, em outros momentos estas respostas podem ser idiossincráticas derivadas de experiências particulares e peculiares a um indivíduo. Em qualquer situação estas respostas seriam manifestações de organizações cognitivas ou estruturas. Uma estrutura cognitiva é um componente da organização cognitiva em contraste com os processos cognitivos que são passageiros (BECK, 1963; 1964 *apud* BAHLS; NAVOLAR, 2004, p. 3).

Deste modo, Araújo e Shinohara (2002, p. 1), formula quanto a TCC que a “característica mais marcante está na ênfase dada aos processos cognitivos sobre os outros quatro elementos geralmente abordados pelas psicoterapias: o ambiente [...], a biologia, os afetos/emoções e o comportamento”, (ARAÚJO e SHINOHARA, 2002, p. 1).

Sucintamente, o modelo cognitivo dentro da terapia cognitivo-comportamental sugere a mudança dos pensamentos automáticos disfuncionais, dado que, influenciam os sentimentos e os comportamentos do indivíduo, e por consequência, promovem a mudança das crenças disfuncionais, classificadas como centrais (nucleares; esquemas) e intermediárias, quando acontece de forma contínua. Assim, surge a melhora do indivíduo, pois, ele começa a avaliar e controlar o seu próprio pensamento. (BECK, 2013).

1.3 Princípios da terapia cognitivo-comportamental

Wright, Basco e Thase (2008) descreve o modelo básico cognitivo-comportamental, fundamentalmente composto por três áreas: cognições (pensamento; *self*), emoções (sentimento, humor; o que sinto; ambiente) e comportamentos (o que eu faço; futuro) envolvendo sempre uma situação (evento). A partir do estudo minucioso deste modelo básico que os terapeutas da TCC elaboram a conceitualização do caso e definem o plano de tratamento. Além disto, ressaltam que o objetivo do terapeuta é conduzir o paciente a discernir seus pensamentos patológicos e modificá-los, por meio de um método que acontece em dois níveis de processamento de informações, classificados como pensamentos automáticos e esquemas (crenças centrais ou nucleares).

Para melhor compreensão, esses elementos foram explicados:

Pensamentos automáticos são cognições que passam rapidamente por nossas mentes quando estamos em meio a situações (ou lembrando acontecimentos). Embora possamos estar subliminarmente conscientes da presença de pensamentos automáticos, normalmente essas cognições não estão sujeitas à análise racional cuidadosa. Esquemas são crenças nucleares que agem como matrizes ou regras subjacentes para o processamento de informações. Eles servem a uma função crucial aos seres humanos, que lhes permite selecionar, filtrar, codificar e atribuir significado às informações vindas do meio ambiente. (WRIGHT; BASCO; THASE, 2000, p. 19).

No entanto, Beck *et al.*, (1997) *apud* Neufeld e Cavenage (2010) complementa que são três, os níveis de cognição: pensamentos automáticos, crenças centrais e intermediárias.

Os esquemas denominados como crenças centrais, são formados durante todo o desenvolvimento do indivíduo, desde a sua infância formando avaliações realistas ou mal ajustadas em relação as pessoas, a si próprio, o mundo e o futuro, e junto as crenças centrais estão as crenças intermediárias, que consistem nas avaliações voltadas para as atitudes,

regras e suposições do sujeito. E, quando acontece uma distorção cognitiva, também conhecidos como erros cognitivos, ligados a pensamentos automáticos disfuncionais como exemplo a catastrofização, os esquemas são ativados. Neste momento, pode surgir as estratégias compensatórias, com a finalidade de inibir o acesso as crenças centrais e intermediárias, no entanto, essas estratégias podem trazer redução do sofrimento emocional rapidamente, mas em um período duradouro, reforçam as crenças disfuncionais. (KNAPP e BECK, 2008).

A TCC é uma terapia estruturada, isso significa que existe um plano do número de sessões propostas para cada demanda e o tempo de duração de cada sessão é aproximadamente de 45 a 50 minutos, possui uma gama de métodos de intervenção para o tratamento de transtornos emocionais, por esse motivo, muitos terapeutas têm uma visão equivocada em focar primordialmente apenas nas técnicas. É importante o desenvolvimento de uma conceitualização individualizada, refere-se um guia para o trabalho, onde cada paciente será tratado particularmente. Neste processo outras características são fundamentais, como a relação terapêutica, pois, exige colaboração de ambas as partes, e a execução de métodos centrais de questionamento socrático, levando a descoberta guiada do paciente, bem como a consciência do papel psicoeducativo da TCC. (WRIGHT, BASCO E THASE, 2000).

1.4 Psicopatologia da Depressão

De acordo com o portal do *Ministério da saúde* (2019), a *Organização Mundial de Saúde* – OMS, a depressão está entre os principais geradores de ônus, alcançando 4,4% dos ônus se analisado todas as doenças no decorrer da vida. O portal da *Secretária de Previdência - Ministério da Economia* (2019) divulgou as estatísticas mensais de benefícios fornecidos através do auxílio doença previdenciário, conseqüente aos códigos do Classificação Internacional de Doenças - CID-10, e durante o período de janeiro a dezembro de 2018, o CID 10 – F32, referentes episódios depressivos alcançaram um total de 54.333 registros, já o CID F33, transtorno depressivo recorrente, apontou 26.440 casos.

Dalgalarro (2008) esclarece, que as síndromes depressivas, apresentam uma multiplicidade de sintomas, e têm como principal característica o humor triste e o desânimo e em casos mais graves, podem apresentar sintomas psicóticos, como delírios e alucinações e problemas biológicos. No transtorno depressivo recorrente, além do humor deprimido, o indivíduo pode sentir:

[...] no episódio depressivo, evidentes sintomas depressivos (humor deprimido, anedonia, fadigabilidade, diminuição da concentração e da autoestima, ideias de culpa e de inutilidade, distúrbios do sono e do apetite) devem estar presentes por pelo menos duas semanas, e não mais que por dois anos de forma ininterrupta. Os episódios duram geralmente entre 3 e 12 meses (com mediana de seis meses). (Dalgalarro, 2008, p. 310).

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais* – DSM-V (2013) explica que dentro dos transtornos depressivos encontramos várias classificações diagnósticas de quadros depressivos de causas multifatoriais, sendo elas temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos, pois a depressão pode afetar o funcionamento do cérebro e do corpo. Existem algumas características em comum, como a presença de humor triste, vazio, insônia, hipersonia, alterações no apetite e irritabilidade elevada.

Ainda segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-V (2013) em casos mais graves, os indivíduos podem sofrer mudanças somáticas e cognitivas, o que representa um comprometimento na funcionalidade física e capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões, assim como, apresentar sentimento de desvalia ou culpa e até pensamentos sobre morte. Apesar de existir critérios diagnósticos semelhantes em alguns casos, a frequência e intensidade dos sintomas devem ser considerados e o diagnóstico diferencial torna-se fundamental para classificar o tipo de depressão e sua

gravidade.

Clinicamente, existem diversos instrumentos utilizados para rastreamento de sintomas depressivos como os inventários das escalas de Beck. Os Inventários da Escala de Beck foram criados por Beck e seus respectivos colegas no *Center for Cognitive Therapy* e os manuais foram desenvolvidos por Beck e Steer. São escalas que possuem quatro instrumentos apropriados BDI (Inventário de Depressão de Beck), o BAI (Inventário de Ansiedade Beck), BHS (Escala de Desesperança Beck) e BSI (Escala de Ideação Suicida Beck) que são utilizados em pacientes psiquiátricos com idade entre dezessete e oitenta anos, tais escalas têm como objetivo identificar sintomas de depressão, ansiedade, desesperança e ideias suicidas, respectivamente. Os inventários são aplicados separadamente ou em conjunto, onde todos estes podem oferecer ao administrador a possibilidade de usar mais de uma escala para expandir a compreensão clínica. (CUNHA, 2016).

O inventário neuropsiquiátrico de Dalgalarondo (2000) também possibilita um apoio ao profissional no levantamento da história psiquiátrica do paciente, como a identificação pessoal, queixa principal, história da doença atual, antecedentes mórbidos pessoais, hábitos, antecedentes patológicos familiares em consanguíneos e parentes não consanguíneos, relacionamento e dinâmica familiar, exame psíquico, exame físico, resultados das avaliações complementares e hipóteses diagnósticas.

1.5 Psicopatologia da síndrome de *burnout*

Segundo o portal da Associação Nacional de Medicina do Trabalho – ANAMT (2018) devido as relevantes preocupações de casos de exaustão relacionada ao contexto do trabalho, ainda na década de 1990 a síndrome de *burnout* foi citada no CID-10, mas não especificamente com o nome síndrome de *burnout*, mas se enquadrava como “problemas relacionados a dificuldades de gestão da vida”. E citam que segundo a OMS, por ano existe uma perda mundial de US\$ 1 trilhão e no Brasil, após estudos realizados pela Escola de Economia de Londres de 2016, a depressão do trabalho, conduz a uma perda anual de US\$ 63,3 bilhões, ficando atrás somente do EUA, o que nos faz refletir os impactos do estresse originado no trabalho e a caracterização de um problema social.

De acordo com Carvalho (2019), a síndrome de *burnout*, é constituída por três dimensões que podem em alguns casos se manifestar simultaneamente, sendo a primeira dimensão a exaustão emocional, identificada através de aspectos físicos e emocionais, como diminuição da motivação para as atividades, baixo vigor físico, cansaço, fadiga, causando comprometendo a saúde integral do trabalhador. A segunda dimensão é a ineficácia, caracterizada pela autodesvalorização, baixa autoestima, sentimento de inaptidão, dentre outros. Já a terceira dimensão é chamada de cinismo, e inclui comportamentos de despersonalização e de desumanização com colegas de trabalho ou clientes.

Sobre a relação com sintomas depressivos, Carvalho reforça:

A SB consiste em uma preditora de sintomas depressivos em indivíduos saudáveis e, em indivíduos com doenças crônicas, a síndrome acelera o processo de desenvolvimento destes sintomas em um período relativamente curto. Ainda, o *burnout* pode ser associado à intensificação de sintomas depressivos preexistentes em trabalhadores. (Shapira, 2014 *apud* Carvalho, 2019).

O estresse é um dos preditores de *burnout*, visto que a exposição prolongada a situações estressoras, pode levar a níveis altos de estresse, mas é importante ressaltar que níveis moderados de estresse são positivos, pois geram motivação para o trabalho. A exposição crônica pode aumentar as chances de o trabalhador desenvolver doenças e transtornos mentais, quando ele já tem uma predisposição, pela idade, fatores genéticos e constitucionais. E nas profissões assistenciais, onde o trabalhador tem um senso de

responsabilidade pela vida dos pacientes, a vulnerabilidade do profissional de saúde é ainda maior. (Miyazaki *et al.*, 2019).

Miyazaki *et al.* (2019) complementa que existem vários fatores pessoais e ambientais que podem intensificar a probabilidade dos profissionais de saúde para a síndrome de *burnout*, dentre eles se destacam, como variáveis pessoais, as características de personalidade, perfeccionismo, baixa autoestima, problemas financeiros e familiares, dificuldades de relacionamento interpessoal com colegas e pacientes, quanto às variáveis ambientais, observa-se a carga excessiva de trabalho, cobranças de desempenho por parte dos pacientes e chefia, exposição a situações traumáticas e substâncias infecciosas e medo de ameaças de processos judiciais.

De acordo com Ferraz, Alberola e Monte (2019), existem algumas estratégias para avaliar e diagnosticar a síndrome de *burnout*, e relatam que conforme estudos realizados, mais de 90% utilizaram a Maslach *Burnout Inventory* (MBI), um instrumento criado por Maslach e Jackson entre 1981 a 1986. Porém, ainda assim, existem questionamentos da sua eficiência, considerando a falta de embasamento teórico. Pois, a avaliação psicológica da síndrome de *burnout* deve considerar o indivíduo integralmente, com foco nos três sistemas de resposta, sendo eles cognitivos, afetivo e comportamental. A entrevista deve ser o principal instrumento realizado, pois permite ser flexível na investigação.

Durante o diagnóstico da síndrome de *burnout* é importante compreender todos os sintomas atuais e também os anteriores, analisando a frequência, gravidade e diagnóstico diferencial. A síndrome de *burnout* ainda não consta na décima versão da Classificação Internacional de doenças - CID 10, nem no DSM-IV ou DSM-V, mas podem ser incluídas nas características diagnósticas dos transtornos adaptativos (Gómez – Macías *et al.*, 2006 *apud* Ferraz, Alberola e Monte, 2019).

Considerando a hipótese diagnóstica da síndrome de *burnout* como transtorno adaptativo, o portal da Secretária de Previdência - Ministério da Economia (2019) divulgou 8.050 casos de benefícios concedidos relacionados ao CID- 10 F43 relacionado a Reações ao Stress Grave e Transtornos de Adaptação no período de janeiro a dezembro de 2018.

O uso terapia cognitivo-comportamental na prevenção e tratamento da síndrome de *burnout*, tem sido relevante, pois um dos seus princípios é apoiado em evidências. Dentre as principais estratégias utilizadas, destaca-se a elaboração de programas de modificação de crenças irracionais, bem como técnicas de *mindfulness* e compaixão, treino de resolução de problemas, o qual ajuda o paciente a emitir comportamentos funcionais, treino de assertividade e relaxamento muscular progressivo. (Carvalho, 2019). Além disso, “muitas vezes, o *burnout* se manifesta com sintomas semelhantes aos da depressão, e desta forma, a abordagem cognitiva, por meio da flexibilização de PAs, ” (Farber, 200 *apud* Carvalho, 2019) é possível realizar intervenção, com a modificação de pensamentos disfuncionais.

2 MÉTODOS

Revisão integrativa da literatura, resultando em um conjunto de quatro artigos encontrados por busca manual nos sites: Scielo e BVS e demais obras especializadas.

2.1 Estratégia de busca

A busca dos estudos foi realizada em Scientific Eletronic Library Online – SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde – BVS e e demais obras especializadas.

Para garantir a saturação da literatura, foram analisadas listas de referência de estudos incluídos ou revisões relevantes identificadas por meio de pesquisa manual. Não houve busca em literatura cinzenta em função da heterogeneidade e dificuldade de identificação, extração, síntese e gerenciamento deste tipo de literatura.

Utilizou-se na estratégia de busca as seguintes palavras-chave ou descritores: depressão síndrome de burnout e terapia cognitivo-comportamental.

A busca foi realizada de acordo com as orientações de cada base de dados, biblioteca ou portal de periódicos conforme está na estratégia de busca que consta na Tabela 1.

Base de dados	Termos de pesquisa	Resultados
BVS	Depressão, Síndrome de <i>burnout</i> , Terapia cognitivo-comportamental	750
SciELO	Depressão, Síndrome de <i>burnout</i> , Terapia cognitivo-comportamental	128
Total	3	878

Scientific Electronic Library Online (SciELO); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

2.2 Seleção e extração dos dados:

As pesquisas dos artigos foram realizadas por um pesquisador, que realizou a busca e selecionou os estudos de forma independente e manual. A seleção ocorreu em quatro fases e após cada uma delas, os pesquisadores verificaram inclusões e exclusões, buscando consenso entre os resultados.

Na fase 1 (Identificação), realizou-se a busca dos estudos manualmente; na fase 2 (Triagem), fez-se a leitura dos títulos e dos resumos dos artigos e aplicou-se os critérios de exclusão; na fase 3 (Elegibilidade), fez-se a busca manual e leitura dos artigos completos, com a seleção dos que atendiam a todos os critérios de elegibilidade (Participantes, Intervenção, Comparação, Resultados, Desenho do estudo); na fase 4 (Inclusão), construiu-se uma tabela com identificação, objetivos, método, resultados e conclusões com posterior síntese qualitativa dos estudos.

2.3 Risco de viés (*Risk of Bias - RoB*)

Para avaliar o risco de viés dos estudos selecionados, foi utilizado a ferramenta do Instituto Joana Briggs..

2.4 Síntese das evidências

A leitura dos artigos completos possibilitou verificar a compatibilidade com o objetivo geral e específicos definidos. Foi elaborada uma síntese descritiva na Tabela 2 com informações contendo o objetivo, o método, os resultados e as conclusões dos estudos selecionados, com posterior análise qualitativa dos mesmos e análise. Os artigos foram analisados, considerando revisões sistemáticas de estudos exploratórios quantitativos, com intuito de confirmar as hipóteses propostas a este estudo.

3 RESULTADOS

3.1 Seleção dos estudos

Identificou-se inicialmente 878 registros nas bases de dados; houve a exclusão de 864 duplicados, ficando 14 para a próxima fase. Na fase de leitura dos títulos foram excluídos 3 e 4 na leitura dos resumos por não atenderem aos critérios de inclusão, ficando 7 registros.

Com a leitura dos estudos completos, foram excluídos 3 registros, pois os objetivos do trabalho não confirmavam as hipóteses levantadas, demonstrando a evidência da manifestação do burnout em profissionais da saúde e a utilização da terapia cognitivo-comportamental como tratamento.

Foram selecionados 4 estudos para síntese qualitativa dos dados, conforme Fig. 1.

3.2 Síntese descritiva dos estudos incluídos

Tabela 2 - Síntese descritiva dos estudos incluídos

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método			Resultados		Conclusão
		Tamanho da amostra / Idade Média	Problemática ou Diagnóstico/Tip o de intervenção	Frequência da intervenção	Instrumentos / Domínios	GI Média (SD)	
Latorraca et. Al. Revisão de revisões sistemáticas Cochrane desenvolvida na Disciplina de Medicina Baseada em Evidências. Escola Paulista de Medicina (EPM). Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).Brasil, 2019.	Apresentar as evidências de revisões sistemáticas (RSs) Cochrane sobre eficácia e segurança das estratégias de tratamento e prevenção da síndrome de burnout.	A busca inicial resultou em 1.079 revisões sistemáticas (RSs) Cochrane. Após a avaliação dos critérios de elegibilidade, seis revisões foram incluídas. Este estudo identificou seis revisões sistemáticas Cochrane, publicadas ou atualizadas entre os anos 2008 e 2017.	Foram incluídas revisões sistemáticas Cochrane completas. Versões anteriores de uma mesma revisão, protocolos e revisões excluídas da Biblioteca Cochrane não foram consideradas.	Uma busca sensível foi realizada na Biblioteca Cochrane, especificamente no diretório Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR, via Wiley), em 14 de maio de 2019.	Os títulos e resumos das revisões encontradas foram julgados por dois autores de forma independente relação aos (COCL e RLP) em critérios de inclusão e exclusão definidos neste estudo. O processo de seleção foi realizado por meio da plataforma Rayyan. Um terceiro pesquisador (ALCM ou RR) foi chamado em caso de divergências quanto ao julgamento de inclusão.	A certeza no corpo das evidências obtidas foi baixa ou muito baixa para a maioria dos desfechos. A única evidência com moderada certeza de seus resultados mostrou que técnicas de relaxamento, quando comparadas a nenhuma intervenção, parecem reduzir o estresse de profissionais da saúde.	Apesar da elevada prevalência e das crescentes estimativas de incidência no Brasil e em todo o mundo, ainda há poucos estudos primários e RSs Cochrane avaliando os efeitos de intervenções com potencial de prevenir ou tratar a síndrome de burnout. Os autores concluíram que há evidências de baixa certeza de que: o Treinamento cognitivo- comportamental e o relaxamento mental e físico podem reduzir o estresse em profissionais da saúde mais do que nenhuma intervenção, mas não mais do que intervensões alternativas; (b) mudança na escala de trabalho pode levar a uma redução do estresse.

Tabela 2 - Síntese descritiva dos estudos incluídos

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Tamanho da amostra / Idade Média	Método		Resultados		Conclusão
			Problematática ou Diagnóstico/Tip o de intervenção	Frequência da intervenção	Instrumentos / Dominios	GI Média (SD)	
ESTEVES, G.G.L.; LÉAO, A. A.M.; ALVES, E. O. Trata-se de um estudo correlacional e de comparação entre participantes, em que foram consideradas variáveis antecedentes (estresse no trabalho e fadiga) e consequente (Síndrome de Burnout). Rio Verde, GO, Brasil, 2019.	Objetivou-se conhecer em que medida os efeitos da fadiga e do estresse desencadeiam a Síndrome de Burnout (SB) em profissionais da saúde.	Participaram 181 profissionais, com idade entre 21 a 62 anos (Média = 37,18; DP = 9,89), sendo 80,7% mulheres, de instituições públicas e privadas e de diversos estados.	Os dados foram analisados por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21), onde foram realizadas análises descritivas (frequência, percentual, média, desvio- padrão, erro-padrão e intervalo de confiança de 95%) com o objetivo de verificar em que medida as variáveis estudadas estão presentes nos respondentes.	Foram responderam aos seguintes instrumentos: (1) Questionário sociodemográfico; (2) Questionário para a avaliação da Síndrome de Burnout (CESQF); (3) Escala de Avaliação da Fadiga; (4) Escala de Estresse no Trabalho (Job Stress Scale). Foram utilizadas estatísticas descritivas, teste Qui-Quadrado, correlação r de Pearson e Regressão Linear Múltipla.	181 profissionais atuantes na área da saúde.	—	Pode-se concluir ainda que o apoio social e a fadiga foram os melhores indicadores das dimensões da SB. Analisou-se que quanto mais horas trabalhadas, maiores serão os níveis existentes. Na prática em programas de prevenção da SB, pode-se pensar em ações diferenciadas entre os grupos, viabilizando nos profissionais do Perfil 1 o apoio social, reforçando a comunicação entre os profissionais, e um maior envolvimento entre eles; e no Perfil 2, o controle, permitindo que o profissional tenha uma maior autonomia ao realizar suas atividades.

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método			Resultados		Conclusão	
		Tamanho da amostra / Idade Média	Problemática ou Diagnóstico/Tip o de intervenção	Frequência da intervenção	Instrumentos / Domínios	GI Média (SD)		GC Média (SD)
SOARES, R. S. A pesquisa se deu por meio de estudo epidemiológico observacional, descritivo seccional. Niterói, RJ, 2018.	Descrever a prevalência e possíveis fatores associados à síndrome de burnout entre profissionais de enfermagem de setores fechados.	A população foi composta por amostra de 85 profissionais da equipe de enfermagem dos setores de terapia intensiva de hospital de grande porte, no município do Rio de Janeiro.	Foi realizada análise estatística descritiva com medidas de tendência central, de dispersão e análise de frequência. Realizou-se a pontuação de cada subescala do instrumento, acrescidos de desvio-padrão. Para análise dos dados, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences.	A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2018.	O instrumento utilizado foi questionário estruturado com perguntas fechadas, contendo a versão traduzida e validada para o português do Maslach Burnout Inventory.	A prevalência global de suspeição da síndrome de burnout encontrada foi de 40%, onde 24,7% apresentaram esgotamento emocional alto, 18,8% com a despersonalização elevada, e 08,2% com realização profissional baixa.	—	É necessário adotar medidas preventivas para o controle de doenças mentais, para evitar prejuízos desnecessários à saúde do profissional de enfermagem, à sua qualidade de vida, à instituição, e até mesmo ao setor previdenciário. O estresse por si é um fator de estímulo a novos desafios, o que remete a ideia de que a organização e características do trabalho da enfermagem acabam por favorecer o surgimento insidioso do burnout.
NOBRE, D. F. R. <i>et al.</i> ; Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. Obidos, Portugal, 2015.	Avaliar o nível de Burnout dos enfermeiros de um serviço de urgência geral.	Participaram 32 enfermeiros de um serviço de urgência geral de adultos, em uma Clínica de Hemodiálise Eudorial.	Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal.	O processo de recolha de dados decorreu no período entre abril e junho de 2015.	Questionário para avaliar o Burnout. (Copenhagen Burnout Inventory).	Verificou-se que 59,4% dos enfermeiros estavam em Burnout Total, sendo o Burnout relacionado com o trabalho, a dimensão com valor mais elevado. Apurou-se que quanto menor a idade, quanto mais tempo na instituição maior o nível de Burnout	—	A prevalência de Burnout é elevada. A idade foi o fator mais relevante relacionado com o Burnout. Quanto mais chances de apresentarem a síndrome de Burnout, o que remete para as estratégias adequadas de integração e desenvolvimento dos profissionais na fase inicial da carreira, e o contexto de exercício são as dimensões que mais influenciam a percepção de Burnout.

No artigo um, os autores buscam apresentar as estratégias de prevenção e tratamento da síndrome de *burnout*, através de revisões sistemáticas realizadas na biblioteca Cochrane, e identificou-se que ainda são poucos os estudos que mostram evidências satisfatórias e seguras no processo de intervenção e que comprovam a efetividade do treinamento cognitivo-comportamental, relaxamento mental e físico em profissionais da saúde, isso responde a hipótese do uso da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de sintomas depressivos na síndrome de *burnout*, isoladamente, torna-se ineficiente a comprovação da TCC como única intervenção, sendo necessário outras mudanças alternativas no contexto do trabalho.

Já o artigo dois buscou compreender a influência dos fatores de risco, como estresse e fadiga na manifestação do *burnout* e concluíram que a fadiga e a falta de apoio social, bem como extensas escalas de trabalho são indicadores das dimensões da SB, comprovando a hipótese da vulnerabilidade dos profissionais de saúde, recomenda-se programas de integração entre as equipes, estimulando a comunicação e maior autonomia na execução do trabalho.

O artigo três procurou, investigar a prevalência e fatores ligados à síndrome de *burnout* em um grupo de enfermeiros, e analisou-se uma prevalência global de 40%, sendo que 24,7% demonstraram esgotamento elevado, 18,8% com despersonalização aumentada, o que confirma a hipótese de altos índices de afastamentos do ambiente laboral relacionados a *burnout*, especificamente, com sintomas depressivos e apenas 08,2% relataram associação com a baixa realização profissional.

O artigo quatro, investigou o nível de *burnout* em enfermeiros de uma unidade de urgência geral, e identificou-se que profissionais no início da carreira têm mais probabilidades de desenvolver síndrome de *burnout*, respondendo um dos objetivos específicos no que se refere a fase da vida mais vulnerável.

Certamente, os estudos feitos comprovaram a relevante prevalência da síndrome de *burnout*, assim como seu maior potencial em profissionais da saúde, no entanto, observou-se que a maioria dos estudos procuraram pesquisar a prevalência e fatores associados ao surgimento, sendo assim, esperava-se mais estudos voltados para pesquisas de intervenções na prevenção e tratamento, utilizando a terapia cognitivo-comportamental.

4 DISCUSSÃO

Os artigos buscados por meio das bases de dados, forneceram subsídios satisfatórios na comprovação das hipóteses, exceto, para os pressupostos voltados para o uso da terapia cognitivo-comportamental-TCC no tratamento de sintomas depressivos na síndrome de *burnout*. Portanto, as pesquisas realizadas em livros inerentes ao tema, proporcionou comprovar a eficácia e possibilidades de intervenção utilizando a TCC, visto que existe uma proximidade substancial entre na síndrome de *burnout* como a preditora de sintomas depressivos, o que permite utilizar como estratégia de enfrentamento, o uso de técnicas, inicialmente, pensadas no tratamento de episódios depressivos.

Observa-se que a possibilidade de intervenção com a TCC existe, no entanto, precisa ser mais explorada através de pesquisas que comprovem de forma efetiva sua eficácia no tratamento de sintomas depressivos no *burnout*.

5 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

Embora exista vários estudos de diversos desenhos, com pequenas amostras e revisões sistemáticas com o intuito de investigar a prevalência e fatores de risco da síndrome de *burnout*, bem como sua relação com o estresse, o tema na literatura brasileira demonstrou ser recente, no que se refere a propostas de intervenções na prevenção e tratamento

utilizando a terapia cognitivo-comportamental - TCC, no entanto, nas literaturas estrangeiras foi possível identificar as principais técnicas da TCC utilizada no burnout, através da busca em livros específicos sobre o tema.

CONCLUSÃO

O *burnout* tem sido cada vez mais pesquisado, no Brasil são insatisfatórias as pesquisas exploratórias que têm como objetivo investigar as possibilidades de tratamento, a maioria dos estudos têm como ênfase principal o levantamento da prevalência em diversas classes de trabalhadores. Espera-se que com as significativas mudanças no mundo do trabalho, como tecnológicas e marcadores econômicos, esse tema ainda será mais pesquisado.

Inevitavelmente, o ritmo dessas mudanças está acelerado em comparação à capacidade dos indivíduos em buscar estratégias de enfrentamento e se adaptar aos desafios da sua atividade, e deve ainda ser considerado que algumas classes sofrem fortemente com as próprias atribuições e organização que suas profissões exigem, como o profissional da saúde.

A terapia cognitivo-comportamental, demonstrou ser uma aliada no processo de tratamento de sintomas depressivos na síndrome de *burnout*, portanto, ela caracteriza como um complemento nesse processo, visto que por se tratar de um fenômeno relacionado ao contexto laboral, as organizações também precisam adotar alternativas que promovam o bem-estar emocional dos trabalhadores, e torna-se necessário, intervenções multiprofissionais, observando as diversas manifestações e comprometimento físico e comportamental causados pelo *burnout*.

Recomenda-se mais pesquisas relacionadas ao tema, com o objetivo de comprovar de forma mais efetiva a contribuição da terapia cognitivo-comportamental em sintomas depressivos no *burnout*.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C.F.; SHINOHARA, H. **Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental**. Rio de Janeiro, Interação em Psicologia, 6 (1), 2002.

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. **Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos**. Revista eletrônica de psicologia. N. 04. Curitiba, 2004.

BECK, J. S. **Introdução à terapia cognitivo-comportamental**. In: **BECK, J. S. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**; tradução: Sandra Mallmann da Rosa, 2. Ed. Porto Alegre: Artimed, 2013.

CARVALHO, A. V. Síndrome de *Burnout*: conceituação, dados de pesquisa e implicações para a saúde. (Capítulo 1) In: CARVALHO, A. V. (org). **Terapia cognitivo-comportamental na síndrome de *Burnout*: contextualização e intervenções**. 1ª edição. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019, p. 20 a 24.

CARVALHO, A. V. Terapia Cognitivo-Comportamental e síndrome de *Burnout* (Capítulo 6) In: CARVALHO, A. V. (org). **Terapia cognitivo-comportamental na síndrome de *Burnout*: contextualização e intervenções**. 1ª edição. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019, p. 161 a 173.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 28, 310.

DSM- V - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre:

Artmed, 2013.

ESTEVEES, G. G. L., LEÃO, A. A. M., ALVES, E. O. **Fadiga e Estresse como preditores do *Burnout* em Profissionais da Saúde.** Rio Verde-GO, Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 19(3), 2019.

FERRAZ, H. F.; ALBEROLA, E. G.; MONTE, P. R. Síndrome de *Burnout*: diagnóstico e avaliação clínica. (Capítulo 5) In: CARVALHO, A. V. (org). **Terapia cognitivo-comportamental na síndrome de *Burnout*: contextualização e intervenções.** 1ª edição. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019, p. 128 a 134.

KNAPP, P.; BECK, A. T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva.** Revista Brasileira de Psiquiatria. Porto Alegre: 2008.

LATORRACA, C. O. C. et. al. **O que as revisões sistemáticas Cochrane dizem sobre prevenção e tratamento da síndrome de *burnout* e estresse no trabalho.** São Paulo. Diagn. Tratamento, 24 (3), 2019.

NEUFELD, C. B.; CAVENAGE. C. C. **Conceituação cognitivo de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais.** Revista Brasileira de terapias cognitivas. V. 6, n. 2, São Paulo: 2010.

NOBRE, D.F.R. *et al.* ***Burnout* assessment in nurses from a general emergency service.** Brasília, Rev Bras Enferm. 2019. **Portal Ministério da Economia.** http://sa.previdencia.gov.br/site/2019/11/Acompanhamento-Mensal_Auxilio-Doenca-Previdenciario_2018_completo_CID.pdf, Acessos em: 03 de Janeiro de 2020.

Portal Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>. Acessos em: 03 de Janeiro de 2020.

Portal ANAMT - Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/?s=0+que+%C3%A9+s%C3%ADndrome+de+burnout.+E+quais+as+estrat%C3%A9gias+para+enfrent%C3%A1-la>. Acesso em: 06 de dezembro de 2019.

SOARES, R. S. ***Burnout* e fatores associados entre profissionais de enfermagem de hospital municipal no Rio de Janeiro.** Tese Mestrado. Ciências do Cuidado em Saúde. Niterói-RJ, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF, 2018, 79 p.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental.** In: WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. (Org.). **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 224.

Contribuição da Psicologia no tratamento de doenças psicossomáticas e dor crônica

Revisão Bibliográfica Integrativa¹⁰

Contribution of psychology in the treatment of psychosomatic diseases and chronic pain: Integrative Bibliographic Review

RESUMO

Esta pesquisa vem apresentar um estudo sobre doenças psicossomáticas e a atuação do profissional da psicologia neste contexto. Compreender a contribuição científica e prática da psicologia dentro do campo destas doenças foi o que desencadeou o início do projeto. Existe um arcabouço teórico/metodológico expressivo no que tange a intervenção no sujeito com doenças psicossomáticas. Objetivou-se na pesquisa ampliar o conhecimento relacionado às pessoas com doenças psicossomáticas e dor crônica. Esta é uma revisão bibliográfica integrativa com tipo de estudo qualitativo, no qual a coleta de dados foi realizada em 8 livros, 1 anal de evento, 1 dissertação e 11 artigos científicos. As bases de dados utilizadas foram Scielo, Pepsic/BVS e repositórios de universidades. A coleta foi através do modo manual e as referências bibliográficas utilizadas foram as do período de 1989 até 2018. A elaboração do artigo foi no período de fevereiro de 2018 até setembro de 2019. Para a construção progressiva foi uma categorização que foram divididas em: desenvolvimento das doenças psicossomáticas; relação dos conteúdos psíquicos com os órgãos do corpo e intervenções psicoterapêuticas em casos de doenças psicossomáticas e dor crônica. Assim, a elaboração do artigo pôde ser estruturada, tornando a exploração da pesquisa multidimensional, possibilitando a visualização ampliada acerca da conceituação no que se refere ao estudo das doenças físicas de fundo emocional. Conclui-se que a Psicologia tem conteúdos para agregar no meio científico com a construção de conhecimentos expressados na literatura e na prática de atuação do psicólogo ao intervir em casos de pacientes com doenças psicossomáticas.

Palavras-chave: Doenças, Psicossomática, Tratamento, Psicoterapia.

ABSTRACT

This research presents a study about psychosomatic diseases and the performance of the psychologist in this context. Understanding the scientific and practical contribution of psychology within the field of these diseases triggered the beginning of the project. There is an expressive theoretical/methodological framework regarding intervention in the subject with psychosomatic diseases. The objective of the research was to expand the knowledge related to people with psychosomatic diseases and chronic pain. This is an integrative bibliographic review with qualitative study type, in which data collection was performed with 8 books, 1 annual event, 1 dissertation and 11 scientific articles. The databases used were Scielo, Pepsic / VHL and university repositories. The collection was by manual mode and the references used were from 1989 to 2018. The elaboration of the article was from February 2018 to September 2019. For the progressive construction, a categorization was divided into: development of psychosomatic diseases; relationship between psychic contents and body organs; and psychotherapeutic interventions in

¹⁰ Lorrany Ribeiro de Souza e Adriana de Oliveira Barbosa: discentes do Curso de Psicologia da Universo-Go.

cases of psychosomatic diseases and chronic pain. Thus, the elaboration of the article could be structured, making the exploration of multidimensional research, allowing a broader view about the conceptualization regarding the study of emotionally based physical diseases. It is concluded that Psychology has contents to add in the scientific environment with the construction of knowledge expressed in the literature and in the practice of psychologist acting when intervening in cases of patients with psychosomatic diseases.

Keywords: Diseases, Psychosomatic, Treatment, Psychotherapy.

INTRODUÇÃO

Com avanço científico e da medicina, é possível identificar no século XXI uma gama de estudos com técnicas específicas para o tratamento de doenças, podendo caracterizar a variedade de especializações e fragmentação para lidar com o ser humano. Esta forma de lidar com o homem tem uma tendência a visualização desmembrada do mesmo, dificultando o entendimento do paciente como um todo. O corpo possui uma linguagem que pode ter influências do processo de funcionamento biológico, psicológico, comportamental e do meio em que vive e a visão holística deve ser valorizada.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM - V (2014) a maior parte dos sintomas somáticos são identificadas nos pacientes em contextos de atendimento primário e pouco comum nas redes psiquiátricas. O diagnóstico é feito a partir da presença de sinais e sintomas perturbadores e associados aos pensamentos, comportamentos e sentimentos do indivíduo que se manifesta de forma disfuncional. Não são os sintomas em si que definem se os mesmos são ou não somáticos e sim a forma como o este se manifesta e é interpretado. O diagnóstico não é feito pela ausência de explicação biológica da doença para a manifestação física, pois sugere que os sintomas não sejam reais. Doenças psicossomáticas se tornam um problema de saúde pública ao gerar alto custo para o atendimento primário em virtude da complexidade do diagnóstico e tratamento. Devido à dificuldade que o profissional tem para identificar a origem do sintoma físico é gerado ainda mais sofrimento ao paciente quando este não tem o resultado desejado, de acordo com a demanda, o que piora o quadro que tende a se tornar crônico (COELHO e ÁVILA, 2007).

O SEM (Sintomas Sem Explicação Médica) que são identificados principalmente em unidades de atenção primária, são sintomas que não substituem um quadro clínico e pode estar associado a ansiedade, depressão, assim como outras síndromes dos mais variados tipos. O sofrimento destas pessoas se manifestam através da linguagem do corpo como padrão social mais aceito, não havendo uma intencionalidade de caráter direto com relação a dor no próprio corpo (TÓFOLI, ANDRADE E FORTES, 2011).

Os sintomas somáticos no DSM - V (2014) por não ser mais baseado somente na ausência de explicação clínica para os sintomas físicos, como apresentados nos transtornos somatoforme, com uma visão limitada, foi reavaliada e apresentada com nova conceituação nos Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados. Este grupo tem em comum os sintomas somáticos associados que trazem sofrimento significativo. Foi diminuído a quantidade de subcategorias e é apresentado como presença de fatores psicológicos ou comportamentais que afeta a qualidade de vida do paciente. Somente os sintomas somáticos não caracterizam o transtorno, o que irá definir o diagnóstico é a maneira como este se apresenta ao ser analisado pela equipe interdisciplinar. Considera-se psicossomático o sintoma físico incômodo que associado a emoções e comportamentos disfuncionais tem como resposta a dor no corpo que o paciente apresenta.

Entre os primeiros estudiosos a desenvolver o estudo sobre psicossomática estão Alexander, Groddeck e Ferenczi no século XX, as obras destes autores tiveram contribuições das teorias de Freud com a correlação entre o psíquico e somático. Assim,

este movimento foi fundamental para consolidar o momento atual dos estudos sobre esta relação de integridade psicodinâmica que leva a medicina a uma abordagem mais humanista (ASSIS, BARBOSA e DINIZ, 2013).

A teoria psicossomática começou a se desenvolver por volta de 1950 baseando-se nas teorias hipocráticas e freudianas. Fraz Alexander, representante da escola de Chicago foi um colaborador que ficou conhecido pelos estudos voltados para o funcionamento fisiológico e a relação com aspectos existenciais do sujeito nos Estados Unidos. Em Paris houve a colaboração de Pierre Marty que se dedicou a pesquisas sobre as relações dos aparelhos físicos e psicológicos. Ambos os estudos defendem a teoria de corpo e mente serem uma unidade inseparável (PERES, 2001).

Para Mello-Filho (2005) a união das investigações de Franz Alexander e Dunbar acerca das doenças psicossomáticas gerou uma grande influência para a criação da AAMP (Associação Americana de Medicina Psicossomática) possibilitando grandes contribuições para desenvolvimento de pesquisas mais atuais sobre o tema. A medicina psicossomática não se refere a uma especialidade médica e sim a um campo de pesquisa. Parte do pressuposto que toda doença é psicossomática, já que o homem é um ser constituído de soma e psique, onde anatomia e funcionamento psicológico e emocional não são entendidos separadamente.

A visão hipocrática foi grande contribuinte para a compreensão acerca das doenças na moderna medicina psicossomática. A visão da pessoa como doente deve ser compreendida em sua totalidade, considerando a constituição física da pessoa juntamente com a sua história. Esta é uma corrente que se diverge da escola de Cnide de Galeno, que tem como objeto de estudo a doença e tem como proposta fazer com que a mesma seja extinguida se possível, um trabalho mais voltado para a terapia mecanicista (ANGERAMI-CAMON, VALLE e SASDELLI, 2004).

A percepção sobre doença psicossomática, é verificada pela dificuldade de simbolização, assim como a verbalização dos sentimentos do indivíduo MCDOULGAL (2000 *apud* NETO, WEBER, FORTES et al, 2006). Uma dor considerada psicossomática poderá ter a intensidade da representação de um conflito que é intolerável para o indivíduo (NETO, WEBER, FORTES et al, 2006). Para Barbosa, Duarte e Santos (2012), o conceito de psicossomática se dar a toda perturbação física decorrente de um fator psicológico que reflete na gênese da doença. O corpo é a representação dos conteúdos psíquicos, a estrutura física é atravessada pela linguagem e por isso é constituído por um conjunto de significados que constroem a subjetividade (VALENTE, 2012).

A dor traz consequências para a qualidade de vida considerando o sofrimento causado. Pode haver tentativas de controle da dor que são feitas com o intuito de diminuir a sensação desagradável, mas a longo prazo essas tentativas são ineficazes. A luta contra a dor pode levar a alterações visíveis do comportamento, como, por exemplo, o isolamento social e dificuldade do outro de se relacionar com aquele que sofre com a dor crônica (VANDENBERGHE, 2014).

“A dor crônica tem sido objeto de vários estudos, pois entre as queixas típicas de somatização é o sintoma mais comum, geralmente dores nas costas, abdômen, peito, cabeça, pelve, persistentes por vários anos” (COELHO e ÁVILA, p. 282, 2007). É destacado dois tipos de dores, a dor limpa que é originada da lesão dos tecidos e a dor suja, que é uma alteração causada pelo sofrimento da própria pessoa e pelas tentativas ineficientes de se livrar da dor interna, acarretando um aumento da sensação desagradável (VANDENBERGHE, 2014). Morschitzky e Sator (2018) consideram ultrapassados os conceitos envolvendo fatores psicossomáticos que não analisa adequadamente o fator biopsicossocial na evolução da dor. Toda doença é psicossomática ao considerar a dinâmica existente entre aquilo que é

psíquico e o somático e a interação envolvendo estes aspectos que movem o cotidiano do homem.

Borges, Costa e Cruz, (2013) aponta que o fenômeno da dor é resultado dos fatores sensoriais, afetivos e comportamentais. A doença existe como resultado do próprio fenômeno do viver, contendo uma concepção multifatorial (VALENTE, 2012).

Esta pesquisa justifica-se pela abrangência com relação a este tema que tende a contribuir para enriquecer a literatura científica, melhorar a compreensão e forma de tratamento das doenças psicossomáticas na área da saúde.

Há a hipótese de que psicologia apresenta conteúdo científico com pesquisas e atuação nas modalidades de tratamento com relação às doenças psicossomáticas e dor crônica.

A presente pesquisa tem como objetivo ampliar o conhecimento relacionado às pessoas com doenças psicossomáticas e dor crônica, compreender as causas das doenças psicossomáticas e a relação dos conteúdos psíquicos com órgãos do corpo, verificar a correlação entre o adoecimento físico e processos psíquicos na psicossomática, investigar o processo de desenvolvimento da doença psicossomática no indivíduo e identificar técnicas de intervenção psicológica utilizadas no tratamento do pacientes que apresentam doenças psicossomáticas.

A partir da análise, pretende-se problematizar o papel e atuação da psicologia dentro deste campo se referindo a contribuição científica e prática com relação as modalidades de tratamentos.

1 METODOLOGIA

Para a ampliação da presente pesquisa foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa com estudo do tipo qualitativo. Os artigos, dissertação e anal de evento utilizados foram buscados nas bases de dados do Scielo, Pepsic/BVS e repositórios de universidades, onde os mesmos podem ser encontrados na íntegra. Além disso, foram usados livros científicos que trazem conteúdo acerca do tema trabalho.

Os dados foram coletados a partir do primeiro semestre de 2018 no mês de fevereiro até o mês de setembro de 2019. O artigo mais antigo utilizado é de 2001 e o mais recente é de 2013 e o livro mais antigo é de 1989 e o mais recente de 2018, sendo assim, foi utilizado a literatura do período de 1989 até 2018 para o desenvolvimento da pesquisa. Este critério foi estabelecido para que pudesse ter apreciação das novas publicações e ao mesmo tempo manter as bases teóricas que fundamenta a literatura contemporânea.

Bases de dados pesquisadas	
Scielo	7
Pepsic/BVS	3
Repositório de universidades USP/UNITRI/UEM	3
Livros científicos	8
Total	21

Entre as produções utilizadas, houve 8 livros, 1 anal de evento, 1 dissertação e 11 artigos científicos. A análise dos dados foi feita a partir dos artigos e livros das bases de dados colocadas na tabela acima, utilizando os resultados e discussões propostos por cada um, sendo que todos foram usados. As palavras chave utilizadas para encontrar os artigos nas bases de dados foram doenças, psicossomática, tratamento e psicoterapia. As buscas nas bibliotecas virtuais foram feitas manual. Os artigos utilizados são todos da língua portuguesa.

Para a análise foi elaborado um protocolo que possibilitou a sequência da pesquisa e o registro das referências realizadas, assim, este protocolo se dá pela divisão de categorias para a análise dos dados coletados, considerando os aspectos mais citados entre os artigos e livros, unindo as informações para a construção descritiva de um novo material. Com isso, foram escolhidas as categorias: Desenvolvimento das doenças psicossomáticas; relação dos conteúdos psíquicos com os órgãos do corpo e intervenções psicoterapêuticas em casos de doenças psicossomáticas e dor crônica.

Desta forma, foi possível discorrer o tema e organizar o texto de acordo com os objetivos apresentados inicialmente. Por fim, foi feito um resumo em forma de tabela com a síntese das informações para melhor compreensão do que o artigo propõe. Ao final foi respondido à pergunta problema e confirmada a hipótese inicial como foi proposto. Portanto, a sistematização dos dados exigidos foi realizada a partir do afunilamento dos resultados adquiridos em função do referencial teórico conceitual e pela delimitação progressiva do foco definido para estudo.

2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

2.1 Desenvolvimento das doenças psicossomáticas

Kerbaui (2002) fala dos padrões comportamentais autodestrutivos relatando sobre a possibilidade de haver uma relação com perfil de personalidade que seria propício a desenvolver determinadas doenças, fazendo uma análise sobre o motivo que leva as pessoas a apresentarem comportamentos que os prejudicam ou prejudicam a saúde e sejam insensíveis aos riscos. Entre os modelos que abordam sobre o comportamento e saúde está a psicossomática, que teve o início nos estudos da concepção corpo mente em abordagem psicodinâmica e mentalista, no entanto, no Brasil recebe influências das teorias comportamentais e cognitivas.

Alexander (1989) descreve dois grupos de neuróticos que apresentam o que ele chama de distúrbios emocionais de função vegetativa. São eles 1) Preparação para a luta, ou para a fuga, na emergência. 2) Retirada da atividade dirigida para o exterior.

O sistema nervoso tem um funcionamento, no qual é ativado de acordo o momento e a necessidade no qual está exposto. O sistema nervoso simpático se liga a um estado de prontidão, onde o corpo se prepara no momento de luta ou de fuga, ocorre vasodilatação das veias pois o fluxo sanguíneo aumenta e a respiração acelera. O sistema nervoso parassimpático é responsável por fazer as funções do corpo voltarem ao normal quando o indivíduo sai da zona de perigo e não precisa mais estar pronto para se defender (ALEXANDER, 1989). No entanto, nas pessoas que apresentam hipertensão, por exemplo, a pressão sanguínea se mantém elevada constantemente como acontece em casos de luta e de fuga devido a ativação do sistema simpático que passa ser constante devido às influências reprimidas das emoções que não são aliviadas, como ocorre no indivíduo que passa por um momento de perigo (ALEXANDER, 1989).

Desta forma, o sistema nervoso simpático é ativado e o parassimpático não retoma ao seu funcionamento normal. As emoções podem afetar também os mecanismos que regulam o metabolismo dos carboidratos e isso tem um papel no desenvolvimento do diabetes, assim como a tensão muscular crônica pode desencadear artrite reumatoide quando os impulsos agressivos são intensos (ALEXANDER, 1989).

O estado de prontidão se refere a uma condição onde o corpo sempre está preparado para uma ação, embora, no paciente somático essa necessidade não seja de acordo o funcionamento natural do organismo, com isso, o mesmo precisa sempre se defender de algo. Além disso, o corpo não volta ao normal após o suposto perigo ter passado, estas

características se referem a pessoas que somatizam respondendo aos estímulos do sistema nervoso simpático (ALEXANDER, 1989).

Aqueles que apresentam somatização respondendo aos estímulos do sistema nervoso parassimpático tem suas características voltadas para a retirada da ação, onde a necessidade se refere ao comportamento voltado para a autoafirmação, relacionado a dependência e a atitudes infantis. “Ao invés de enfrentar a emergência, seu primeiro impulso é o de buscar ajuda, como elas faziam quando eram crianças indefesas” (ALEXANDER, 1989, p. 51). Neste modelo, o indivíduo não enfrenta a situação, fica em estado de recolhimento se colocando em uma posição de ajuda do outro (VALENTE, 2012).

Os sintomas físicos na origem psicológica já eram investigados quando Freud fala do conceito de histeria (LEITE, 2012). Volich, (2016) aponta que os sintomas psicossomáticos são também compreendidos a partir dos conceitos de conversão histérica e o de neurose atual, conceitos estes propostos por Freud. A primeira caracteriza-se pela conversão dos conflitos sexuais infantis, pulsões e recalque para uma linguagem simbólica no corpo. Neste sentido, os sintomas de conversão representam simbolicamente um determinado conteúdo que se encontra recalcado e se liga a uma parte do corpo que adoce, isso mostra o fator psíquico manifestando no corpo conteúdo sexual e inconsciente (LEITE, 2012).

A desproporção entre os muitos anos de duração do sintoma histérico e a ocorrência isolada que provocou é o que estamos invariavelmente habituados a encontrar nas neuroses traumáticas. Com grande frequência, é algum fato da infância que estabelece um sintoma mais ou menos grave, que persiste durante anos subsequentes (FREUD e BREUER, 1996, p.40).

A neurose atual não está relacionada a conflitos infantis e nem a linguagem simbólica, mas ao acúmulo de excitações, que não são descarregadas devido a bloqueios das satisfações da libido (VOLICH, 2016). Na neurose atual “o acúmulo de energia decorrente de excitações do sistema nervoso produziria sintomas no corpo, e assim ocorreria, pois, essa energia não atingiria o psíquico, ou seja, surge do corpo e ali ficaria represado” (VALENTE, 2012, p.20).

O homem tem a capacidade de estabelecer uma relação simbólica entre aquilo que é precipitante com o fenômeno patológico (FREUD e BREUER, 1996). A linguagem corporal é usada pelo inconsciente para expressar alguma mensagem intrínseca. A expressão do corpo causa maior sofrimento que a linguagem verbal utilizada pelo homem quando é manifestada através de sintomas dolorosos. A dor nem sempre é a causa do conflito, mas surge como um sinalizador para que os conflitos internos possam ser observados com mais cautela (ANGERAMI-CAMON et al, 2011).

A experiência liberada diante do afeto original, cuja conversão do fenômeno se dá a partir da excitação, é descrita como traumas psíquicos. Assim se mostra o conteúdo patológico, em decorrência dos sintomas histérico de origem traumática (BREUER, 1996). A dor psicossomática é vista como uma defesa dos conflitos internos, colocando para fora através de sintomas aquilo que incomoda por dentro (MAIA E PINHEIRO, 2010).

Na teoria das mentalizações de Pierre Marty, o psiquismo tem a capacidade de fazer elaborações/representações para que os conflitos sejam suportados, no entanto, quando há um desequilíbrio desta capacidade a somatização será manifestada e a descarga aparece na estrutura corporal. O que irá definir a manifestação do conteúdo é a *performance* psíquica (PERES, 2001). A carência da capacidade de representação e elaboração simbólica da estrutura psíquica irá refletir diretamente na somatização, o que corresponde a maior vulnerabilidade. Portanto, quanto melhor sustentação da “mentalização”, melhor será a aptidão do psiquismo para suportar os traumas, elaborá-los e menos suscetível ficará ao processo de adoecimento (VALENTE, 2012).

Se o indivíduo perde a capacidade de simbolizar, acumulando toda a tensão no corpo, em vez de criar uma saída simbólica, o indivíduo libera a tensão pela via somática. É o que McDougall (1983 *apud* PERES, 2006, p. 171) descreve no conceito de desafetação. “A tendência a ‘ejetar’ do próprio psiquismo percepções, fantasias e pensamentos associados a afetos se assemelham, em seus aspectos principais, a um mecanismo de defesa”, um processo de somatização que expulsa do psiquismo aquilo que é insuportável e causador de desconforto e transborda para o corpo como forma de alívio da tensão.

Valente (2012) baseando-se na teoria da desafetação considera a somatização uma defesa e não uma desorganização psíquica, neste sentido, a desafetação estaria atuando justamente para evitar que tal fragilidade venha a ocorrer, o que difere da teoria da mentalização que deixa esta desorganização do psiquismo evidente no desenvolvimento psicossomático.

Morschitzky e Sator (2018) apresentam os fatores psíquicos e sociais como meio de influência considerável na capacidade humana de movimentação motora/física, decorrente de sobrecarga geral. O sintoma psicossomático vai ser desencadeado a partir da interação biopsicossocial, quando uma situação ultrapassa a possibilidade do psiquismo de elaborar a saída simbólica adequada, desta forma a tensão emocional fica presa ao âmbito fisiológico (VALENTE, 2012).

Com relação ao desenvolvimento da dor, Borges, Costa e Cruz, (2013) fala da fibromialgia como uma condição caracterizada por dor crônica generalizada, assim ele destaca que:

Trata-se uma situação altamente incapacitante, em que o paciente apresenta quadros de alodínea generalizada mediante estímulos mecânicos periféricos, piorada por um estado de hipervigilância em relação a dor e distúrbios nos mecanismos supressores analgésicos endógenos (BORGES, COSTA e CRUZ, 2013, p.3).

A dor crônica é uma manifestação que pode estar relacionada fuga dos sentimentos difíceis. Este comportamento provoca efeito aversivo sobre as pessoas que estão próximas, o paciente pode estar lutando contra aspectos internos que não são visíveis, com acesso complexo até mesmo para o terapeuta. Estas condutas se tornam visíveis através do comportamento expressado por este indivíduo, por exemplo, a partir da queixa e do isolamento, piorando o quadro de dor física (VANDENBERGHE, 2014).

2.2 Relação dos conteúdos psíquicos com os órgãos do corpo

Há interrelação entre condições psicológicas e físicas, levando em consideração a reação física frente a fatores emocionais e a cada emoção manifestada frente a fatores físicos. Os elementos biológicos não devem ter menos importância, mas, para que haja melhor compreensão das doenças somatizadas, aspectos psíquicos deverão receber mais atenção. Para a classificação é importante uma avaliação dupla referente a avaliação dos distúrbios orgânicos e por outro lado, a observação das questões emocionais para que seja compreendida a complexidade da dinâmica psicossomática (MORSCHIKY e SATOR, 2018).

Conflitos psíquicos podem gerar uma resposta somática se manifestando através do corpo (VOLICH, 2016). A escolha da parte ou sistema do corpo para a manifestação psicossomática, se refere ao órgão que está mais carregado de significação afetiva (MELLO-FILHO, 2005; LEITE, 2012).

Alexander (1989) destaca que os problemas gastrointestinais estão relacionados ao estresse emocional e estão ligados a padrões regressivos do indivíduo, por apresentar respostas corporais a tensões emocionais semelhantes a reação das crianças na fase inicial da sua vida, considerando que umas das primeiras tensões vividas pela criança é a fome, “este modo

primitivo de resolver uma tensão dolorosa pode ser revivido em adultos numa condição neurótica ou sob stress emocional agudo”. (p. 152)

O autor ressalta ainda que o paciente que sofre com os problemas gástricos, vive se preparando para ser nutrido, ativando o sistema nervoso, assim, como é ativado quando o corpo se prepara para lutar e se encontra em situação de perigo, sobretudo, a reação final não ocorre, gerando respostas sintomáticas no corpo (ALEXANDER, 1989). Fatores como crises no trabalho, estresse recorrentes e épocas de provas, por exemplo, podem causar a periodontite, inflamação e infecção dos ossos que dão suporte aos dentes. Há ainda pacientes que sofrem com os distúrbios de movimento, como os depressivos que se sentem sem forças, ficam enrijecidos devido a uma inibição motora (MORSCHITZKY e SATOR, 2018).

Bueno e Silva (2012) analisam que há uma relação de problemas psicológicos como a depressão, *stress*, tensão emocional e dificuldades de expressão dos sentimentos com algumas doenças de pele como dermatite atópica e seborreica, psoríase, acne, rosácea, alopecia areata, urticária e vitiligo. Associa-se a inflamação intestinal a dificuldade de conscientização e expressão dos seus sentimentos.

Valente (2012) pessoas com um padrão de dependência, que buscam atenção e cuidados maternos podem apresentar quadro de úlcera péptica. Indivíduos com este perfil agem de forma contrária aos seus desejos para provar ser independentes e acabam por adquirir uma carga intensa refletida no corpo. Os processos psicológicos interferem significativamente no funcionamento biológico do corpo, entendendo assim que toda doença orgânica pode ter uma influência psicológica.

Para Mello – Filho (2005) o campo expressivo pode ser dirigido para outro foco de acordo os fatores hereditários e constitucionais associados aos conteúdos psíquicos. Esta alternância não tem caráter de substituição, predomina um processo sobre o outro e os conflitos mentais continuam a operar, as mudanças que ocorrem são fisiológicas. O homem deve ser visto a partir da sua totalidade, deve ser considerada a construção histórica do organismo da pessoa que vai contribuir para o estímulo emocional na representação do sintoma, definindo a parte do corpo que irá representar o conteúdo (VALENTE, 2012).

2.3 Intervenções psicoterapêuticas em casos de doenças psicossomáticas e dor crônica

São feitas intervenções para o tratamento das doenças psicossomáticas, sem definição da melhor metodologia. O reconhecimento dos fatores emocionais envolvidos no sintoma físico, facilita a compreensão da psicodinâmica da doença (NETO, WEBER, FORTES et al 2006). A intensidade dos conteúdos a serem investigados devem ser avaliados pelo psicoterapeuta, bem como a sobrecarga que este suporta com relação a sua estrutura psicológica. Assim, será decidido se a intervenção será breve com apoio superficial, ou profunda, considerando que a segunda pode precipitar o estado do paciente para um quadro psicótico devido a intensidade dos conteúdos acessados, levando ao agravamento do quadro clínico, e a primeira pode levar a melhoras significativas dos sintomas (ALEXANDER, 1989).

Na TCC (Terapia Cognitiva Comportamental) quando o paciente se encontra com dor crônica, o terapeuta o estimula a identificar as suas crenças comportamentais que tem influencias em suas dores com o objetivo de substituir padrões de comportamento disfuncional. Assim, o indivíduo estará aprendendo a interpretar suas emoções e pensamentos que afetam o corpo. Desta forma, a capacidade de enfrentamento deste paciente será melhorada a partir da auto compreensão, desenvolvendo suas próprias formas de lidar com a dor (VANDENBERGHE, 2014).

A análise funcional e observação dos comportamentos vão contribuir para o tratamento do doente e não se trata de um processo padronizado, mas que são métodos científicos considerando a individualidade, em uma abordagem educacional. “Contingências novas estão existindo e, portanto, ocasião para novas emoções e ações. Cada novo padrão de comportamento dará dicas ao psicólogo de quais emoções e reforçadores estão atuando” (KERBAUY, 2002, p.23).

Com isso, é feito um trabalho de autoobservação, identificação de fatores de risco e diminuição dos mesmos através de mudanças comportamentais, levando em consideração a tomada de decisão com relação a saúde e a doença. O trabalho de autocontrole pode ser realizado com o registro de comportamentos, autoconhecimento e compreensão acerca sobre o problema/doença e comportamento saudável com a percepção sobre os estímulos. Há ainda reflexão sobre como enfrentar possíveis recaídas com planejamentos alternativos caso o paciente passe a ter comportamentos autodestrutivos novamente (KERBAUY, 2002).

Borges, Costa e Cruz, (2013) abordam como objetivo no tratamento de dores crônicas, a diminuição de emoções negativas do paciente, com metodologias como mudanças de comportamentos e de pensamentos, mudanças de ambiente, práticas de relaxamento, e ativadores de reforços.

Com as intervenções psicológicas, médicas e da fisioterapia, há alguns caminhos para o tratamento das dores psicossomáticas. Entre eles estão: 1) restabelecimento dos órgãos para que retorne ao seu funcionamento normal; 2) investigar a causa psicossocial que provocou o adoecimento do órgão devendo ser considerado e curada se possível, ou ao menos minimizada, para isso, a psicoterapia é indicada terapia de casal ou família, medidas sociais de acompanhamento, entre outros; 3) Desenvolver de modo geral da relação com o próprio corpo e passar a ter um estilo de vida mais saudável (MORSCHITZKY e SATOR, 2018).

Na psicoterapia de base psicanalítica, Volich (2016) sugere que inicialmente o paciente deve ser acolhido e o psicoterapeuta deverá ouvir as demandas para que possa estimular a comunicação. Para enriquecer a comunicação é importante favorecer os estímulos sensoriais e valorizar as manifestações simbólicas e imaginárias com o objetivo de incrementar os recursos representativos do paciente.

O terapeuta deverá dar liberdade para que o paciente se sinta livre e se permita fantasiar, sentir as emoções e sensações. Fazer anotações sobre os próprios pensamentos e atividades artísticas podem contribuir para que o paciente tenha uma melhor compreensão a respeito de si mesmo, se expressando e se conhecendo melhor (VOLICH, 2016). Freud (1996) aponta o método catártico como favorável para todas as indicações promovendo melhora do quadro clínico, sendo este completo e permanente.

Identificar o contexto e fatores desencadeadores em que os sintomas psicossomáticos se manifestam auxilia na reflexão sobre o significado da situação, podendo propiciar *insight*, diminuindo consideravelmente as dores e reduzindo o uso de medicações. A supervisão dos casos clínicos é indispensável, podendo ser percebido e discutido entre os profissionais aspectos da contratransferência que pode estagnar o processo terapêutico se não houver uma condução adequada (MELLO-FILHO, 2005).

O tratamento das doenças que tem etiologia emocional não descarta a atuação médica. Com isso, dieta, medicação e cirurgia deverão ser realizadas se o médico julgar necessário. A intervenção médica e psicoterapêutica pode ocorrer simultaneamente, no entanto, há casos em que a intervenção médica acontece primeiro para minimizar os sintomas físicos e em seguida iniciar a psicoterapia e obter resultados mais favoráveis (ALEXANDER, 1989).

Para Assis, Barbosa e Diniz (2013) o profissional da psicologia é o que apresenta maior conhecimento e prática sobre este tipo de paciente. O seu contato com os mesmos se dar pelo encaminhamento de outros profissionais ou pela procura do próprio paciente, o que deixa o psicólogo em uma posição estratégica, que pode ser muito útil e que facilita a prática de caráter interdisciplinar. Contudo, nota-se carência nos estudos com a união das variadas categorias de profissionais que podem intervir neste tipo de tratamento de forma interdisciplinar.

Contribuições Metodológicas	Contribuições Teóricas
Entre estes processos estão a psicoterapia, com o Desenvolvimento do autoconhecimento e identificação das crenças comportamentais, em seguida sugere-se a interpretação dos padrões comportamentais e busca de formas para lidar com os mesmos	Os sintomas se manifestam como linguagem do corpo, uma linguagem além do que é confessado verbalmente, expressando os conflitos que não foram elaborados no contexto psíquico (ANGERAMI-CAMON et al, 2011).
Estimular a imaginação e utilizar recursos simbólicos irá favorecer o processo (VOLICH, 2016). No acompanhamento do paciente não deve haver somente o psicólogo, o médico é indispensável e o uso de medicação tem papel fundamental para o alívio das dores (ALEXANDER, 1989). Método catártico (FREUD, 1996).	Os conflitos internos podem ser associados a determinados órgãos do corpo (MORSCHIKY e SATOR, 2018). BUENO E SILVA, 2012; ALEXANDER, 1989), há autores se referem a manifestação psicossomática em determinada região de acordo a história e a relação afetiva que o indivíduo tem com a área do corpo (MELLO-FILHO, 2005; VALENTE, 2012).
Análise funcional irá favorecer a identificação dos fatores estressores que contribui para as dores físicas no indivíduo. Após identificar as causas é necessário fazer psicoeducação para diminuir os danos causados pelos comportamentos disfuncionais (KERBAUY, 2002).	A dificuldade para expressar de modo saudável os conflitos psíquicos, acumulando todos os conteúdos sem dar ressignificação irá contribuir para a manifestação disfuncional das dores somáticas, desfavorecendo o funcionamento adequado para manter a saúde em um contexto geral (VALENTE, 2012).
Restabelecer os órgãos, identificar as causas e adquirir um novo modelo de comportamento e pensamento possibilitando uma vida mais saudável (MORSCHITZKY e SATOR, 2018).	Teoria da mentalização; teoria da desafetação (VALENTE, 2012). Neurose atual e conversão histérica (VOLICH, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de desenvolver uma discussão para ampliar o conhecimento sobre o tema foi alcançado favorecendo a compreensão de que as doenças psicossomáticas são identificadas principalmente na rede de atenção primária. Seu tratamento tem um caráter complexo tanto para o profissional fazer as intervenções quanto para o paciente que não é compreendido sobre a sua dor inicialmente. O homem é um ser de totalidade, os aspectos psicológicos e do corpo tem um nível de funcionamento integrado, entendido assim, a correlação entre conteúdos físicos e psíquicos e como os fatores psicológicos podem ter influências nas mudanças fisiológicas do homem.

Para o tratamento das manifestações psicossomáticas os autores apontam uma diversidade metodológica. Há na literatura discussão sobre procedimentos técnicos que podem auxiliar na intervenção, ressaltando a importância do atendimento interdisciplinar.

Diante destes registros deve ser evidenciado que a problematização da pesquisa foi respondida ao esclarecer que a psicologia tem contribuição científica na literatura com o desenvolvimento das teorias e também contribuição prática com os apontamentos sobre formas de intervir nos casos de pacientes com doenças psicossomáticas.

As contribuições teóricas e metodológicas possibilitam à atuação dos profissionais da Psicologia no que se refere às doenças psicossomáticas, confirmando a hipótese inicial.

A pesquisa não aprofundou a discussão nas várias abordagens que a psicologia apresenta, sendo possível perceber que o tema é discutido principalmente, nas abordagens psicanalíticas, comportamental e terapia cognitivo comportamental, limitando a pesquisa

a algumas teorias. Para aprofundamento do tema sugere-se novas pesquisas para que haja evolução do tema com novas discussões que enriquece o meio científico e a prática do psicólogo no campo de atuação.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, F. Medicina Psicossomática: princípios e aplicações. 1º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 216p.

ANGERAMI-CAMON, V. A.; VALLE, E.; SASDELLI, É *et al.* Psicossomática e a psicologia da dor. 2º ed. São Paulo – SP : Editora Cengage Learning, 2011. 151p.

ASSIS, C. L.; BARBOSA, E.; DINIZ, E *et al.* Percepções e práticas sobre psicossomática em profissionais de saúde de Cocal e Nova Brasilândia/RO. Aletheia, Vol. 40, p.74-86, 2013. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100007> Acesso em: 26/09/2019.

BARBOSA, R. F.; DUARTE, C. A. M.; SANTOS, L. P. Psicossomática, Gestação e Diabetes: Um Estudo de Caso. Psicologia: ciência e profissão, Brasília, Vol. 32, Nº. 2, p. 472-483, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000200014>. Acesso em: 24/02/2019.

BORGES, E. N.; COSTA, S. M.; CRUZ, F. C *et al.* A dor crônica sob o olhar do profissional da terapia cognitiva comportamental. Revista Eletrônica da Reunião Anual de Ciência, Uberlândia, vol. 3, N º 1, p. 1-11, 2013. Disponível em: <<http://www.computacao.unetri.edu.br/erac/index.php/erac/article/view/114/138>>. Acesso em: 31/08/2019.

BREUER, J. Considerações teóricas. In: FREUD, S. Estudos sobre a histeria. 2º ed. Standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Cap.3, p. 215-278.

BUENO, L. M.; SILVA, L. C. O “psicólogo” na causa e no desenvolvimento das doenças do corpo: o que dizem os artigos científicos produzidos no Brasil na última década. In. V CIPSI - Congresso Internacional de Psicologia, 2012, Universidade Estadual de Maringá. Anais, Maringá, 2012- p.5. Disponível em: <<http://www.eventos.uem.br/index.php/cipsi/2012/paper/view/774/346>>. Acesso: 18/02/2018.

COELHO, C. L.; ÁVILA, L. A. Revisão da Literatura Controvérsias sobre a somatização. Rev. Psiq. Clín, Salvador – BA, Vol 34, Nº 06, p. 278-284, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a04>>. Acesso em: 25/03/2019.

DSM – V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5º ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948p.

KERBAUY, R. R. Comportamento e saúde: Doenças e desafios. Psicologia USP, São Paulo, Nº 13. Vol. 1, pag.11-28, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100002>. Acesso em: 05/05/2019.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria. 2º ed. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 363p.

FREUD, S; BREUER, J. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar. In: FREUD, S. Estudos sobre a histeria. 2º ed. Standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Cap.1, p.39-53.

LEITE, S. Histeria de conversão: algumas questões sobre o corpo na psicanálise. Tempo psicanalítico. Rio de Janeiro, Vol 44, p. 83-102, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v44n1/v44n1a06.pdf>> Acesso em: 24/09/2019.

MAIA, M.V.C.; PINHEIRO, N.N.B. A clínica psicanalítica dos transtornos psicossomáticos: de Freud a Winnicott. Estilos da Clínica, Rio de Janeiro. Vol. 15, n° 1, p. 164-177, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282010000100011>. Acesso em: 24/05/2018.

MELLO-FILHO, J. Conceção Psicossomática: Visão atual. 10° ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2005. 257 pg.

MORSCHIKY, H; SATOR, S. Quando a alma fala através do corpo: compreender e curar distúrbios psicossomáticos. 4° ed. Petrópolis: Vozes, 2018. 336 p.

NETO, P. T. L. F.; WEBER, M. B.; FORTES, S, *D et al.* A dermatite atópica na criança: uma visão psicossomática. Rev. Psiquiatra, Rio Grande do Sul, vol. 28, N° 01, p. 78-82, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082006000100010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24/02/2019.

PERES, R. S. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. Psicol. Clin, Rio de Janeiro, vol.18, n.1, pp.165-177, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652006000100014&script=sci_abstract&tlng=ptt>. Acesso em: 02/10/2018.

PERES, R. S. O papel das representações psíquicas no processo de somatização. Psicol. estud., Maringá, v. 6, n. 1, p. 95-96, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000100013>. Acesso em: 24/02/2019.

TÓFOLI, L. F.; ANDRADE, L. H.; FORTES, S. Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. Revista Brasileira de Psiquiatria. Sobral, vol. 33, p. 59-69, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000500006> Acesso em: 01/06/2019.

VALENTE, G.B. A questão da simbolização na psicossomática: estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico. 2012. 202 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102012-153618/pt-br.php>>. Acesso em: 24/05/2018.

VANDENBERGHE, L. Dor visão comportamental. In: PORTNOI, A. G. A psicologia da dor. 1° edição. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 02, 272 p.

VOLICH, R. M. Psicossomática de Hipócrates à Psicanálise. 8° ed. São Paulo-SP: Casa do Psicólogo, 2016. 392 p.

Reabilitação neuropsicológica da memória em pacientes com lesão encefálica adquirida:

Revisão Sistemática de Literatura¹¹

Neuropsychological memory rehabilitation in patients with acquired brain injury: a systematic literature review.

RESUMO

As lesões encefálicas adquiridas (LEA) são responsáveis por um número significativo de pessoas que procuram a reabilitação. Este artigo tem como objetivo analisar a relevância de estratégias utilizadas e os benefícios da reabilitação neuropsicológica mnemônica de pacientes acometidos por lesão encefálica adquirida. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica considerando as contribuições de autores como SILVA (2011), SIMON (2011) e SCHEFFER (2013), entre outros, procurando discutir as principais técnicas comportamentais e cognitivas que irão impactar de forma funcional no déficit de memória. Concluiu-se que há escassez de literatura científica sobre o processo de reabilitação neuropsicológica da memória, sendo necessário, portanto, pesquisas nesta área, com estudos randomizados e controlados; maior amostra e acompanhamento a longo prazo.

Palavras-chave: Lesão encefálica. Memória. Reabilitação neuropsicológica.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema a reabilitação neuropsicológica da memória em pacientes com diagnóstico de lesão encefálica adquirida (LEA), destacando as principais estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas com estes indivíduos.

Nesta perspectiva, a neuropsicologia, segundo Luria (2001), pode ser definida como o estudo científico das relações que envolvem o cérebro e as manifestações do comportamento. Também pode ser considerada uma interface da psicologia e da neurologia nas relações que circundam o cérebro e o comportamento humano, compondo uma área da Neurociência, procurando compreender a organização e o funcionamento do sistema nervoso central. (BUENO, 2004). É um ramo da ciência voltado em entender as relações oriundas do funcionamento do Sistema Nervoso central, por um lado, as funções cognitivas (memória, atenção, linguagem, etc.) e o comportamento por outro, em condições normais ou patológicas. (MALLOY-DINIZ, 2008).

Pacientes com LEA geralmente apresentam alterações cognitivas e comportamentais incapacitantes que podem ser consideradas como a principal influência no prognóstico disfuncional referente ao campo ocupacional, social e emocional (GOLVEIA, 2006). Sobre a

¹¹ Emislene Meira da Costa Ataiades, Karina Ferreira Leão Junqueira: alunas da Pós-graduação em Neuropsicologia da Universo-Go. Dra. Analucy Aury Vieira de Oliveira.

natureza das lesões, Gomez (2012), refere que as categorias que abrangem LEA são: trauma devido a ferimentos na cabeça ou danos pós-cirúrgicos; acidente vascular (derrame ou hemorragia subaracnóide); anóxia cerebral; insultos tóxicos ou metabólicos e infecções (meningite, encefalite ou outros tipos de infecção como HIV).

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi investigar estratégias utilizadas e os benefícios alcançados através da reabilitação neuropsicológica da memória em pacientes acometidos por LEA.

1 DESENVOLVIMENTO

Quando ocorre comprometimento das funções cognitivas conseqüentemente desencadeia uma disfunção neuropsicológica, necessitando-se portanto, de realizar uma avaliação neuropsicológica para se mensurar os prejuízos cognitivos e as funções intactas. Segundo Lezak (1995) avaliação neuropsicológica é o método para investigar o funcionamento cerebral através da expressão comportamental das disfunções cerebrais. Os objetivos da avaliação neuropsicológica são: auxiliar o diagnóstico diferencial, estabelecer a presença ou não de déficits cognitivos, compreender o grau de comprometimento em relação ao nível ocupacional e detectar alterações sutis. Com isso, contribui para o levantamento de intervenções terapêuticas, no acompanhamento da evolução do quadro, auxiliando no tratamento medicamentoso, cirúrgico e na reabilitação do indivíduo. (NASSIF, 2003).

A reabilitação neuropsicológica (RN) prioriza a interação recíproca entre o indivíduo com déficit cognitivo, os familiares e a equipe interdisciplinar, tendo como objetivo principal a independência do indivíduo, pautado no reconhecimento adequado das suas habilidades e dificuldades, assim como a conscientização da nova identidade após uma lesão adquirida. (WILSON, 2011).

Dentre os transtornos cognitivos, os déficits de memória são os mais frequentes, sofridos por pessoas que sofreram LEA, repercutindo de forma impactante no desempenho funcional e social. A RN, mais especificamente a mnemônica, tem sido cada vez mais valorizada na literatura especializada (Novoa, Juárez, & Nebot, 2008; Willis *et al.*, 2006). A RN dos prejuízos de memória abrange o desenvolvimento de técnicas comportamentais e cognitivas, como o objetivo de impactar positivamente as alterações funcionais do cérebro. (Nair & Lincoln, 2008).

2 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática de publicações em periódicos nacionais e internacionais e para isto, foram consultadas a base de dados PUBMED e o Portal CAPES, utilizando os seguintes descritores: “memória e reabilitação neuropsicológica”. Em todas as bases de dados foi restringida aos últimos dez anos. A busca foi delimitada a artigos empíricos e teóricos redigidos em língua portuguesa e inglesa e em pacientes adultos de dezoito a noventa anos com diagnóstico de LEA.

A seleção dos artigos foi conduzida através de busca computadorizada durante o mês de maio de 2017 e foram selecionados os artigos pelos títulos que correspondiam ao tema. Na base de dados da LILACS foram encontrados 14 artigos e no Portal CAPES foram encontrados 31. Os artigos selecionados foram analisados conforme os seguintes critérios de inclusão: (a) estar relacionado a adultos entre 18 e 90 anos; (b) publicado entre maio de 2007 e maio de 2017; (c) apresentar amostra de adultos com diagnóstico de LEA; (d) estar disponível na íntegra e (e) estar publicado em língua portuguesa ou inglesa. Os critérios de exclusão foram: (a) artigos que apresentaram registro repetido nas diferentes bases de dados, ao passo que foi utilizado o artigo registrado na primeira base de dados em que foi encontrado; (b) estudos que apontam a associação de LEA com outro tipo de déficit que não seja a memória; (c) assuntos que mencionem apenas a avaliação neuropsicológica

(AN). A partir destes critérios, foi realizada uma leitura preliminar dos resumos e em seguida foi realizada uma leitura analítica dos artigos identificando a amostra estudada, o método, os instrumentos e os resultados.

3 RESULTADOS

Inicialmente, foi realizada a busca de artigos na base de dados LILACS e no Portal CAPES e posteriormente, foram selecionados os artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A Tabela 1 ilustra os resultados desta primeira etapa.

Tabela 1. Registros encontrados de acordo com os descritores e critérios de inclusão e exclusão.

Base de dados	Palavras-chave	Encontrados	Motivos de serem excluídos	Excluídos	Motivos de não serem incluídos	Incluídos
LILACS	Memória e Reabilitação Neuropsicológica	14	-Estudos que mencionam apenas ANP: (04).	04	-Não é amostra de adultos: com diagnóstico de LEA em processo de reabilitação neuropsicológica: (01). -Não apresenta diagnóstico de LEA: (02). -Estudos em outro idioma: (05).	02
PORTAL CAPES	Memória e Reabilitação Neuropsicológica	31	-Artigos repetidos: (02) - Estudos que associam LEA com outro déficit cognitivo que não seja da memória: (05) -Estudos que mencionam apenas ANP: (07).	14	-Não é amostra de adultos: (06). -Não apresenta diagnóstico de LEA: (10).	01

Na base de dados LILACS a análise dos critérios de inclusão e exclusão resultou em 04 artigos excluídos, os quais, estes se referiam a estudos que mencionam apenas avaliação neuropsicológica. Enquanto que, outros 08 artigos não corresponderam aos critérios de inclusão, sendo que 01 a amostra foi realizada com crianças, 02 foram estudos com amostra de indivíduos que não apresentava o diagnóstico de LEA e 05 estudos não foram realizados em língua portuguesa ou inglesa.

Já no Portal CAPES foram encontrados 31 artigos dos quais 14, não apresentavam características satisfatórias dos critérios de inclusão, uma vez que, notou-se 02 artigos repetidos, 05 estudos associavam LEA com outro déficit cognitivo exceto o de memória e outros 07 apresentaram apenas estudos referente à avaliação neuropsicológica. Logo, apenas 01 atendeu aos critérios de inclusão. Além disso, 16 artigos foram excluídos por não apresentarem amostra de adultos com diagnóstico de LEA em processo de reabilitação neuropsicológica.

Na Tabela 2 são apresentadas as descrições dos artigos analisados levando em consideração os objetivos, o método, amostra, instrumentos utilizados e os resultados.

Tabela 2 - Descrição dos artigos incluídos

Autor(es)	Objetivos	Método	Amostra	Instrumentos	Resultados
Silva et. al.(2011)	Analisar os efeitos de um Programa de Reabilitação Neuropsicológica (PRN) em pacientes demenciados, através de alterações emocionais e cognitivas, refletidas na avaliação neuropsicológica e no desempenho de tarefas aprendidas.	Estudo empírico	21 idosos com Alzheimer ou outras demências.	-Avaliações neuropsicológicas prévias e posteriores; -Oficinas para - Estimulação da memória com uso de Jardinagem, Pistas coloridas e Grupo de Psicoeducação.	Após o PRN os pacientes demenciados em estágio inicial ou intermediário tiveram melhora cognitiva significativa nos testes de rastreio do MEEEM e nos testes de memória verbal declarativa. E redução dos indicadores de Depressão na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage.
Simon & Ribeiro (2011)	Investigar os benefícios da reabilitação neuropsicológica para idosos com Comprometimento Cognitivo Leve.	Estudo teórico	—	Revisões de literatura sobre os benefícios das intervenções realizadas.	Melhora das funções cognitivas, tais como memória episódica e operacional, praxia construtiva, aprendizado psicomotor, raciocínio e velocidade de processamento, além de benefícios funcionais e emocionais, após Reabilitação neuropsicológica.
Scheffer et. al. (2013)	Realizar uma revisão da literatura, que abranja os diferentes programas de reabilitação neuropsicológica e as ferramentas utilizadas em tais programas.	Estudo teórico	—	Revisão sistemática da literatura científica, a respeito de programas de reabilitação cognitiva realizados em pacientes adultos que sofreram lesão vascular como o AVC e as devidas técnicas utilizadas na reabilitação de tais funções.	Os resultados mostraram escassez de trabalhos sobre o tema na literatura internacional e ausência de trabalhos na literatura nacional (brasileira).

De acordo com os artigos incluídos observa-se que, dois deles de forma teórica e outro de forma empírica, se preocuparam em descrever de forma ampla sobre os programas de reabilitação neuropsicológica voltados para a LEA, com seus objetivos, as propostas de intervenções, os benefícios e aponta as limitações metodológicas importantes a posteriori. Vale ressaltar que somente uma das pesquisas aborda de forma específica a aplicação de um programa de reabilitação neuropsicológica da memória, a saber, Silva et. al., (2011).

Em geral, a pesquisa de artigos publicados entre maio de 2007 e maio de 2017, aponta para a necessidade de estudos que associem LEA com a reabilitação da memória de adultos jovens.

O primeiro artigo descrito na Tabela 2 de Silva et. al. (2011) teve como objetivo definido

analisar os efeitos de um Programa de Reabilitação Neuropsicológica (PRN) em pacientes demenciados, através de alterações emocionais e cognitivas, refletidas na avaliação neuropsicológica e no desempenho de tarefas aprendidas. Os autores apresentam um estudo empírico, cujos dados coletados no PRN ocorreram através de Avaliações Neuropsicológicas (AN) ocorridas na primeira e última sessão, oficina para estimulação da memória, mediante o uso de jardinagem e pistas coloridas, bem como sessões de Grupo de Psicoeducação, voltadas aos cuidadores e familiares. Os testes utilizados na AN foram o Miniexame do estado mental (MEEM); subteste verbal de Semelhanças da escala Wechsler, subteste de Aprendizagem de pares de fácil associação para evocação tardia da escala de memória de Wechsler e Escala de depressão geriátrica de Yesavage. Ademais, este estudo revela que a associação sistemática de um sinalizador (cor, pintura, dança, jardinagem ou outra temática) a reminiscências aponta as conexões de redes de informação. Estas conexões se dão no nível das palavras e em fatos recentemente vivenciados nas oficinas de memória, ao ponto de os conceitos semânticos associarem-se a sinalizadores, através da recuperação de reminiscências preservadas e emocionalmente importantes. No grupo psicoeducativo houve uma melhora na aceitação das limitações dos idosos, bem como a adesão dos familiares ao tratamento. Conclui-se, pelos resultados obtidos neste estudo que, o PRN teve um impacto significativo no desempenho da memória, na redução nos escores de depressão e terá maior êxito se estiver associado a um atendimento multidisciplinar.

O segundo estudo, realizado por Simon & Ribeiro (2011), descrito a partir de uma revisão bibliográfica que apresentou como objetivo investigar os benefícios da reabilitação neuropsicológica para idosos com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), a fim de proporcionar mais qualidade de vida ou desaceleração da conversão do CCL para síndrome demencial. Na análise dos artigos selecionados para este estudo, foram utilizados três propostas de intervenção: Reabilitação Cognitiva (RC), Treino Cognitivo (TC) e Psicoterapia, sendo estas intervenções que compõe a RN.

Os autores supracitados basearam suas análises levando em consideração seis aspectos, sendo: I. Critério de diagnóstico de CCL; II- Perfil dos participantes (número, sexo, idade, escolaridade); III. Desenho experimental dos estudos; IV. Quadros clínicos dos participantes; V. Propostas de Intervenções (dividida nas categorias: Reabilitação Cognitiva, Treino Cognitivo e Intervenção com foco comportamental) e VI. Resultados dos estudos. Os achados destes autores, considerando estes seis aspectos mencionados, demonstram que a reabilitação cognitiva e o treino cognitivo oferecem benefícios cognitivos (de memória episódica, memória operacional, praxia construtiva, raciocínio abstrato, aprendizado psicomotor e velocidade de processamento) a pessoas com CCL. Vale destacar que todas as intervenções no subgrupo “Treino cognitivo e ensino de estratégias com foco em memória” indicam que indivíduos com CCL se beneficiam de intervenções em memória. Além da melhora das funções cognitivas já mencionadas, houve benefícios funcionais e emocionais na vida de indivíduos idosos, tais como, melhora do bem-estar, da autoconfiança e da percepção sobre a própria memória.

Os resultados deste estudo apontam que a Reabilitação neuropsicológica pode ser uma importante intervenção, incluindo aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais, almejando a qualidade de vida dos idosos.

Vale ressaltar, contudo, que nesta pesquisa houve controvérsias entre os estudos e limitações metodológicas, necessitando de mais pesquisas, com amostras maiores, desenhos experimentais controlados e randomizados, para que haja maior consenso sobre os instrumentos utilizados e mais acompanhamento a longo prazo dos benefícios alcançados.

Seguindo os artigos descritos na tabela 2, o terceiro e último estudo, de Scheffer et. al.

(2013) buscou realizar uma revisão da literatura, que abrangesse os diversos programas de reabilitação neuropsicológica em pacientes adultos que sofreram AVC e as técnicas utilizadas em tais programas. A pesquisa incluiu 19 artigos na íntegra, de três bases de dados de estudos científicos, uma nacional e duas internacionais. Na revisão realizada notou-se que as funções cognitivas abordadas com maior frequência em programas de reabilitação foram memória, funções executivas, compreensão e linguagem escrita. Estes domínios cognitivos estão relacionados ao progresso na performance em atividades de vida diária. Em relação ao método, o uso da realidade virtual, treino cognitivo e a estratégias compensatórias foram os mais utilizados.

Os resultados verificaram carência de pesquisas internacionais e ausência de trabalhos na literatura brasileira, portanto, o processo de reabilitação precisa ser mais bem explorado, sistematizado e as técnicas devem ser divulgadas e publicadas pela literatura científica.

CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática teve por objetivo, realizar um levantamento bibliográfico a respeito de produções científicas que demonstrem quais as estratégias utilizadas e os benefícios alcançados através da reabilitação neuropsicológica da memória de pacientes acometidos por lesão encefálica adquirida.

Com a literatura selecionada foi possível atingir o objetivo proposto, porém, de forma restrita, uma vez que os próprios estudos demonstraram em seus resultados um número reduzido de trabalhos sobre o tema nas bases de dados nacionais e internacionais. Gomez (2012) afirma em sua obra, que reabilitar é um desafio múltiplo e ressalta da necessidade de um modelo que norteie o processo de RN em nível nacional, pois esta, é considerada a melhor abordagem para o tratamento de pessoas com sequelas cognitivas moderadas ou graves. Porém, ainda são poucos os investimentos para pesquisas nessa área.

O presente estudo mostra que, todos os artigos analisados destacaram a reabilitação neuropsicológica como ferramenta importante para melhorar a qualidade de vida de pessoas acometidas por lesão encefálica, pois possibilita, ganhos funcionais, cognitivos e emocionais.

Os dois artigos teóricos reconheceram a importância de intervenções que exploram o treino cognitivo computadorizado, como recurso para melhora da memória de trabalho, memória episódica, bem como a evolução quanto ao desempenho em atividades de vida diária, do humor e em sintomas de ansiedade.

Neste contexto, Wilson (2011) aponta que as intervenções devem ser focadas às dificuldades cotidianas, orientadas em queixas funcionais experimentadas por indivíduos com dificuldade cognitivas e centrando os objetivos no alcance de ganhos individualmente significativos. A meta principal da reabilitação neuropsicológica é independência da pessoa, respeitando suas habilidades e dificuldades, assim como a reconstrução de uma nova identidade após uma lesão adquirida.

O artigo empírico aponta que um programa de reabilitação neuropsicológica associado a treino de memória tem maior probabilidade de promover alterações cognitivas significativas se o programa estiver orientado a estratégias de melhora do humor, prazer e qualidade de vida. Corroborando os dados de Craik *et al.*, (2007) segundo os quais, as queixas de memória e sintomas indicativos de depressão são frequentes em adultos idosos, e podendo evoluir para quadros mais graves. Muitas vezes este quadro pode ser revertido, após reabilitação mnemônica.

Os três estudos, relataram a aplicação de avaliações neuropsicológicas pré e pós - intervenção. Nesse sentido, Wilson *et al.*, (2008) afirma que a área da reabilitação

neuropsicológica se dedica a compreender de que maneira diferentes lesões cerebrais afetam as funções cognitivas, emocionais e comportamentais. Sob esta perspectiva, as avaliações neuropsicológicas serão métodos efetivos para a mensuração e acompanhamento das adaptações funcionais como em uma melhor qualidade de vida dos pacientes assistidos.

Esta revisão sistemática revelou a falta de produção científica relacionada a programas de reabilitação de adultos jovens com déficits de memória após lesão encefálica. Nair & Lincoln (2007) destacam que os déficits de memória denotam entre os mais comuns e impactantes transtornos cognitivos que acometem pessoas vítimas de lesões encefálicas adquiridas, refletindo consideravelmente na performance funcional e social.

Os resultados apontam escassez de literatura científica sobre o processo de reabilitação neuropsicológica da memória, sendo necessário, portanto, pesquisas nesta área, com estudos randomizados e controlados; maior amostra e acompanhamento a longo prazo.

Além disso, com os dados obtidos neste estudo, podemos concluir que atualmente ocorre a necessidade do desenvolvimento de protocolos padronizados para programas de reabilitação neuropsicológica, capazes de proporcionar a replicação de processos reabilitadores em amostras maiores, em grupos de déficits objetivos de memória de pacientes com lesão encefálica.

REFERÊNCIAS

GOUVEIA, Par. *Introdução à reabilitação neuropsicológica de adultos*. In: Gomez AG; Santos FG (eds). *Reabilitação neuropsicológica da teoria à prática*. São Paulo, Artes Médicas, p. 73-82, 2006.

NOVOA, Am; JUÁREZ, O; NEBOT, M, mebot M. *Review of the effectiveness of cognitive interventions in preventing cognitive deterioration in healthy elderly individuals*. *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22(5): 474-82.

Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M, Ball K, Elias J, Koepe KM. Active Study Group. *Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults*. *JAMA*. 2006; 296(23): 2805-14.

Lincoln N, Nair R. Outcome measurement in cognitive neurorehabilitation. In D. T. Stuss, G. Winocur & I. H. Roberston (Orgs.), *Cognitive neurorehabilitation: evidence and application*. Cambridge: University Press, 2008.

Silva SL, Pereira DA, Veloso F, Satler CL, Arantes A, Guimaraes RM. *Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: um estudo não controlado intrasujeitos*. *Estudos de Psicologia*. 2011; 28(2): 229-240.

Simon SS, Ribeiro MPO. *Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica*. *Revista Psicologia São Paulo*. 2011; 20(1): 93-122.

Scheffer M, Klein LA, Almeida RMM. *Reabilitação neuropsicológica em pacientes com lesão vascular cerebral: uma revisão sistemática da literatura*. *Avances em Psicologia Latinoamericana*. 2013; 33(1): 46-61.

Diniz, LFM, Mattos P, Abreu N, Fuentes D. *Neuropsicologia: aplicações clínicas*. Porto Alegre, Artmed, p. 272-289, 2011.

Intervenção ABA (*Applied Behavior Analysis*) para crianças do Transtorno do Espectro Autista

Revisão Sistemática de Literatura¹²

Applied Behavior Analysis (Aba) intervention for kids on Autism Spectrum Disorder: Systematic Literature Review

RESUMO

Introdução: Este trabalho visa verificar a efetividade da aplicação da Terapia ABA em crianças dentro do TEA. A ABA é uma técnica que vem sendo utilizada em inúmeras aplicações, dentre elas o desenvolvimento social e cognitivo das crianças com TEA. **Objetivo Geral:** Verificar os benefícios da intervenção ABA em crianças com TEA. **Método:** Revisão Sistemática da Literatura de acordo com o PRISMA, realizada nas línguas portuguesa e inglesa. **Resultados:** A terapia ABA é eficiente no tratamento de crianças com autismo. Quanto mais precoce o início do tratamento, melhores os resultados. Há relação entre a terapia ABA e a aprendizagem, como elevação de QI e aumento da curva de aprendizagem em crianças que foram submetidas à terapia ABA. **Conclusão:** Os artigos selecionados para a Revisão Sistemática demonstram que o uso da terapia ABA como intervenção em crianças com autismo trás significativas melhoras à qualidade de vida das mesmas. Crianças mais novas apresentam melhores prognósticos e adquirem uma gama maior de habilidades, bem como aquelas que recebem uma educação baseada em ABA, com programas estruturados e individualizados. Registro de Revisão Sistemática: 140189 (PROSPERO)

Palavras-chave: Terapia ABA. ABA. Intervenção ABA. Crianças com autismo. Autismo infantil. Autismo na infância.

ABSTRACT

Introduction: This work aims to verify the effectiveness of the ABA Therapy application in children within the ASD. ABA is a technique that has been used in several applications, among them, the social and cognitive development of children with ASD. **Aims:** To verify the benefits of ABA intervention in children with ASD. **Methods:** Systematic review of literature according to PRISMA, conducted in Portuguese and English. **Results:** ABA therapy is effective in the treatment of children with autism. The sooner the treatment, the better the results will be. There is a relation between ABA therapy and learning process, such as increased IQ and increased learning curve in children who have undergone ABA therapy. **Conclusion:** The articles selected for Systematic Review demonstrates that the use of ABA therapy as an intervention in children with autism brings significant improvements to their quality of life. Younger children show better prognosis and acquire a wider range of skills, as well as those who receive an education based in ABA therapy, with structured and individualized programs.

Keywords: ABA Therapy, ABA intervention, ABA, Children with ASD, Autistic Child, Childhood Autism.

¹² Graziela das Neves Costa Damasceno, Júlia Gregório de Castro: discentes do Curso de Psicologia da Universo-Go. Dra. Andrea Batista Magalhães, Dra. Janete Capel Hernandes.

1 INTRODUÇÃO OU CONTEXTO

Este projeto de pesquisa tem como assunto geral a Análise do Comportamento Aplicada ou, do inglês, Applied Behavior Analysis (ABA). A ABA é uma ciência que pode ser usada como Intervenção Terapêutica em várias áreas como Esportes, Organizações e na Educação, inclusive com Crianças com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida do indivíduo.

Após a análise de literaturas sobre esse tema, levanta-se o seguinte questionamento: Quais as características apresentadas pela ABA a tornam eficaz na intervenção terapêutica em crianças com TEA? Utilizaram-se para as referências bibliográficas analisadas obras a partir do ano 2006. Este estudo vislumbra contribuir com profissionais que trabalham com crianças com TEA como: fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, psicólogos, pedagogos e familiares.

Segundo a Folha Informativa da OMS (Organização Mundial da Saúde) atualizada em abril de 2017, calcula-se que o autismo afeta uma em cada 160 crianças no mundo, sendo essa uma estimativa que representa um valor médio e a prevalência relatada varia substancialmente entre os estudos. Também, segundo a OMS, e com base em estudos epidemiológicos realizados nos últimos 50 anos, a prevalência de TEA parece estar aumentando globalmente. E algumas possíveis explicações para esse aumento são: aumento da conscientização sobre o tema, a expansão dos critérios diagnósticos, melhores ferramentas de diagnóstico e o aprimoramento das informações reportadas.

É de significativa importância compreender o quanto o tratamento correto e assertivo faz a diferença para indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), para o seu desenvolvimento cognitivo, comportamental e social. Partindo-se do pressuposto que o TEA compromete diferentes aspectos da vida do paciente é necessário que, para o bom desenvolvimento desse tratamento, uma equipe multidisciplinar seja formada. “A eficácia de um tratamento depende da experiência e do conhecimento dos profissionais sobre o autismo e, principalmente, de sua habilidade de trabalhar em equipe e com a família” (BOSA, 2006, p. 48).

Um primeiro ganho que se pode citar com o ensino em ABA é a independência do paciente dentro de seu ambiente natural. E esse ganho vai se estendendo para ambientes externos até promover completa independência do mesmo. Outro fator que justifica a importância do ensino em ABA é que seus benefícios se estendem aos demais membros da família, uma vez que promove a aquisição de habilidades inexistentes no repertório comportamental da criança, tornando-a mais independente das ajudas fornecidas por seus cuidadores.

Segundo Martelli *et al.* (2000) quanto maior for a autonomia da criança, maior será o tempo que o cuidador poderá disponibilizar para atender às suas próprias necessidades e minimizar o estresse vivenciado pela família que, em geral, precisa aprender a se reestruturar sem abrir mão de seu lazer e bem-estar.

A ABA entende que cada ser é único e deve ser tratado como tal. A terapia permite essa individualização e os ganhos obtidos são comparados apenas a partir dos avanços e regressões do próprio indivíduo definidos em uma linha de base.

Este projeto é viável pois, em pesquisa prévia realizada em algumas bases de dados, encontrou-se material suficiente para se construir uma revisão sistemática sobre o tema. Para a realização da pesquisa foram encontrados oito artigos de pesquisas de campo relacionadas ao tema.

1.1 Transtornos do neurodesenvolvimento

De acordo com o DSM-V (2014) o Transtorno do Espectro Autista (TEA) encontra-se no

conjunto de Transtornos do Neurodesenvolvimento. Esse tipo de transtorno tem origem no início do desenvolvimento das crianças. São transtornos que se manifestam antes de a criança atingir idade escolar e causam prejuízos nos âmbitos familiar, escolar, social, pessoal, acadêmico e profissional dos indivíduos. Os prejuízos causados por esse tipo de transtorno causam atrasos globais no desenvolvimento, limitações na aprendizagem e/ou no controle de funções executivas.

Frequentemente, um tipo de transtorno de neurodesenvolvimento está associado com um ou mais tipos de transtornos que podem ser também de neurodesenvolvimento ou de outra natureza, como os transtornos específicos da aprendizagem.

Outro aspecto é que pessoas acometidas por alguns tipos específicos de Transtorno Neurocognitivo podem apresentar tanto déficit em determinada área quanto superávit, bem como atraso em pontos considerados “marcos” de desenvolvimento típico. A criança pode demorar a se desenvolver “normalmente” se comparada a uma criança de desenvolvimento ordinário – atraso para andar, atraso para falar etc.

Nesse contexto, o TEA é caracterizado não só pelo atraso do desenvolvimento da comunicação e interação social, bem como por repetição excessiva de comportamentos, além de interesses restritos em determinados assuntos/coisas e insistência.

O Transtorno do Espectro Autista é caracterizado principalmente pelos déficits que ocorrem na comunicação e interação social da criança com o meio, compreendendo os déficits de reciprocidade social e habilidade para se manter, compreender e desenvolver relacionamentos sociais gerais. Outra característica importante do TEA é a repetição de padrões de comportamento, além da restrição de interesses ou atividades.

Ainda de acordo com o DSM-V (2014), o diagnóstico do TEA é feito através de alguns especificadores que, contemplando várias características baseadas em interação social, habilidades de comunicação e comportamento típicos do transtorno, conseguem diferenciá-lo de maneira mais específica e ricamente detalhada, dando oportunidade a pais e educadores de terem um diagnóstico mais preciso.

1.2 Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Em meados do século XX, a teoria dos “pais ausentes e mães más” passa a ser razão para o autismo, segundo a psicanálise de Bruno Bettelheim. De um subtipo de esquizofrenia, o autismo transformou-se em um produto de pais negligentes e, depois, em uma anomalia neural (FLEISCHER, 2012).

O autismo infantil é uma condição que foi definida por Kanner, em 1943. Ele percebeu características comuns e estudou cerca de 11 crianças avaliadas no Hospital Johns Hopkins, em Baltimore, cujos sintomas principais eram falta de interação com seus pais, olhar distante, ecolalia, inversão pronominal e principalmente um extremo isolamento social, que denominou “solidão autística” (ZAMPIROLI; SOUZA, 2012).

Características comportamentais muito específicas foram definidas para relatar a doença. Perturbações das relações afetivas, inabilidade no uso da linguagem, aspecto físico aparentemente normal, comportamento baseado em rituais, reconhecimento de um grande potencial cognitivo, início precoce (os primeiros sintomas e sinais são percebidos entre 2 e 3 anos de idade), além de predominância de incidência no sexo masculino (TAMANAHA; PERISSINOTO; CHIARI, 2008). Kanner chegou a sugerir também que poderia haver algum aspecto biológico ligado ao aparecimento da doença devido à precocidade em que ela surgia nas crianças, uma vez que os sintomas aparecem muito precocemente para que haja alguma influência significativa causada pelo ambiente.

A abordagem psicanalítica, até hoje, acredita que o desenvolvimento da doença nas crianças se dê por uma distorção relacional afetiva existente entre pais e filhos, causando o autismo.

Essa explicação recebe muitas críticas e vem sendo cada vez mais questionada, diante dos novos testes e exames laboratoriais e de imagens que são possíveis, e tem ligado, cada vez mais, a origem da doença a fatores biológicos.

Uma outra vertente preconiza a ideia de que, devido à precocidade dos sintomas e manifestações comportamentais, a criança poderia ter uma predisposição para a doença – o que evidenciaria a etiologia orgânica para o quadro caracterizada por falhas cognitivo-sociais (TAMANAHA; PERISSINOTO; CHIARI, 2008).

A conclusão de um diagnóstico do autismo não é considerada algo simples e é realizada fazendo-se observação clínica dos comportamentos da criança, entrevistando-se pais, cuidadores, tutores etc.; levantando-se dados e informações sobre a sua história clínica bem como utilizando-se instrumentos para a avaliação (MATSON; BEIGHLEY; TYRYGIN, 2012). As avaliações clínicas devem ser realizadas por conjuntos de instrumentos específicos e juntamente com as observações realizadas, baseando-se nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), consegue-se fechar um diagnóstico preciso.

Quanto às possibilidades de cura, considera-se que o autismo é uma disfunção de longa duração, sendo que os portadores do transtorno podem apresentar avanços e melhorias, mas não superar o autismo. Segundo Martelli *et al.*, (2000), há vários relatos de indivíduos que apresentam muitos sintomas e indícios de recuperação do autismo. Em alguns deles, os sintomas foram completamente superados e recuperados. Sintomas como impossibilidade de visão, audição ou fala, bem como autonomia anteriormente inexistente para alimentar-se, vestir-se ou para manter os hábitos de higiene foram desenvolvidos e totalmente superados, além de habilidade de frequentar escolas ou trabalhar normalmente. Citando o Dr. Bernard Rimland, “se eles parecem recuperados, se agem como recuperados e se são vistos como recuperados, eles estão recuperados” (MARTELLI *et al.*, 2000, p. 34).

Há uma grande variedade de terapias voltadas para o tratamento do autismo das mais diversas naturezas. Desde tratamentos com musicoterapia, equoterapia, estimulações e técnicas de treinamento comportamental, como no caso do ABA. Cada uma delas possui características singulares, aplicações e objetivos diferentes que atendem a diversos graus e especificidades autísticas. Cada caso deve ser entendido e analisado dentro de sua peculiaridade para que as terapias indicadas obtenham as melhores respostas. Mesmo porque, segundo Martelli *et al.* (2000), o autista precisa receber tratamento de acordo com as suas necessidades, mas para que se obtenha êxito é essencial que as necessidades tanto físicas, quanto afetivas, sociais ou financeiras estejam condizentes com as da família do paciente.

O Treinamento de Habilidades Comportamentais (BST, que procede da língua inglesa Behavioral Skills Training) tem sido um conjunto efetivo de estratégias para ensinar procedimentos em ABA. O BST foi utilizado com sucesso para ensinar 5 procedimentos em ABA a pais e professores, produzindo mudanças desejadas nos comportamentos dos filhos e alunos (FERREIRA; SILVA; BARROS, 2016). Os primeiros estudos sobre a eficácia e viabilidade da ABA no atendimento a crianças autistas via cuidadores no contexto brasileiro ainda são recentes (BORBA, 2014).

1.3 Análise do comportamento aplicada

O número de diagnósticos de crianças com TEA tem crescido no mundo todo. Porém, não é possível saber com precisão quantos autistas há no Brasil, pois não existem estudos de prevalência de autismo e nenhum número oficial (PAIVA JÚNIOR, 2019).

O aumento do interesse científico tem contribuído para o aprimoramento das técnicas de detecção e diagnóstico, permitindo essa identificação da condição mais precoce e precisa no desenvolvimento infantil. Cada vez mais as pesquisas científicas têm revelado os

mecanismos de desenvolvimento do cérebro ao longo dos primeiros anos de vida (LOOVAS, 1987).

Esse transtorno é invasivo do desenvolvimento - TID (ou seja, aparece logo nos primeiros anos de vida da criança e afeta, de modo geral, o seu desenvolvimento). Segundo Pessim e Hafner (2014), “define-se TID como um grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação, e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo”. Esse grupo de transtornos persiste por toda a vida do indivíduo acometido; não possui cura e nem causas conhecidas. Porém, quando a criança é estimulada com o auxílio de intervenções e métodos educacionais adequados, além do apoio de uma equipe multidisciplinar, os sintomas apresentados podem ser reduzidos, promovendo o desenvolvimento de habilidades sociais, comunicacionais e comportamentais. Uma das intervenções que tem tido muita eficácia no acompanhamento e desenvolvimento de crianças com TEA é a Análise Aplicada do Comportamento ou Terapia ABA (Applied Behavior Analysis) (CAMARGO; RISPOLI, 2013).

Camargo e Rispoli (2013) afirmam que a terapia ABA é um tipo de intervenção utilizada para identificar comportamentos (atitudes e ações que se podem ver e medir) e habilidades (sociais, esportivas, gerenciais etc.) e promover melhoria dos mesmos. No caso de crianças que se encontram dentro do TEA, consegue-se grande avanço em habilidades de comunicação – seja com pais e familiares, professores e colegas, bem como desenvolvimento da interação social de modo geral. De acordo com Lacerda (2018), a Análise do Comportamento Aplicada é uma ciência e trata da mobilização dos conceitos da Análise Experimental do Comportamento com o objetivo de melhorar a qualidade da vida humana.

A terapia ABA consiste em realizar uma análise dos comportamentos e habilidades a serem “melhorados”, seguida pela seleção e desenho dos objetivos pretendidos para, a partir de então, propor quais serão as estratégias e exercícios comportamentais que serão utilizados durante a intervenção (CAMARGO; RISPOLI, 2013).

Outro fundamento importante da intervenção ABA, segundo Baer, Wolf e Risley (1968, *apud* CAMARGO; RISPOLI, 2013, p. 641) consiste na coleta de dados tanto antes, quanto durante e depois de aplicada a técnica para que se analise o progresso da criança, bem como se façam as adaptações necessárias e tomadas de decisão estratégicas que melhor se enquadrem no desenvolvimento da habilidade ou comportamento alvo.

Por ser uma abordagem individualizada e bastante estruturada, ABA torna-se uma intervenção com resultados satisfatórios para crianças com TEA que tipicamente respondem bem a rotinas claras e planejadas. De acordo com Keinert *et al.* (2018), após se estabelecer um Plano Terapêutico (PT) que é definido depois de realizada a avaliação da condição do paciente, define-se o local de atendimento, número de sessões necessárias, bem como são dadas orientações tanto para pais, professores e pessoas ligadas ao cuidado com a criança. Como se pode notar, este é um tratamento individualizado. Há, porém, a possibilidade de tratamento em dupla ou grupo, mas a proporção de um profissional por paciente deve sempre ser respeitada.

Skinner (1953), em sua obra *Ciência e Comportamento Humano*, na perspectiva do condicionamento operante, afirma que comportamentos são aprendidos mediante a interação dos indivíduos e seus respectivos ambientes sociais e físicos, ou seja, o ambiente e seus estímulos influenciam o “aprendizado” dos comportamentos que, consequentemente, são adquiridos. Caso haja uma consequência agradável ou prazerosa, o comportamento executado tende a ser repetido, aprendido e interiorizado. E o contrário também é verdadeiro: caso haja uma consequência negativa, punição ou geração de situação desagradável, o comportamento tende a ser extinto.

Baseada nesse princípio, ABA, conforme Horner (1994), O'Neil *et al.* (1997), Repp (1994), Sugai *et al.* (2000) (*apud* SUGAI; LEWIS-PALMER; HAGAN-BURKE, 2000, p. 150) “é um processo sistemático de compreensão dos problemas de comportamento e os fatores que contribuem para o aparecimento e manutenção dos mesmos”. Ela permite a investigação das variáveis que afetam determinado comportamento humano. Esse comportamento pode ser modificado e moldado através da identificação e análise dos antecedentes (estímulos e fatores ambientais) e consequências. Com isso, determinado comportamento pode ser estimulado e aprendido, caso a consequência seja agradável, bem como, reprimido e extinto, caso contrário, determinando, assim, a probabilidade de que ocorra novamente (CAMARGO; RISPOLI, 2013). Portanto, de acordo com Sugai, Lewis-Palmer e Hagan-Burke (2000, p. 150) “a intervenção ABA deve ser vista como uma estratégia de resolução de problemas, uma vez que identifica o problema, coleta e analisa informações, cria um plano de intervenção, monitora e, posteriormente, avalia o desempenho de todo processo”.

O avanço no conhecimento sobre os comportamentos humanos e os processos como eles são aprendidos faz com que os analistas do comportamento (pessoas que trabalham estudando e aplicando a terapia ABA) desenvolvam, cada vez mais, procedimentos e estratégias de intervenção inovadores para comportamentos relevantes ou pertinentes, normalmente voltados para habilidades do cotidiano para que a vida dos indivíduos possa ser aprimorada através de estimulação de comportamentos admissíveis e a supressão de comportamentos inapropriados (CAMARGO; RISPOLI, 2013).

A intervenção baseada em ABA pode ser utilizada também em uma série de outras situações, como: com uma pessoa que deseja parar de fumar e não consegue, uma pessoa que queira fazer uma mudança de hábitos alimentares para emagrecer ou melhorar sua saúde, um atleta que queira melhorar seu rendimento ou um professor que está tendo problemas disciplinares em sua sala de aula. Para aplicar estas intervenções é preciso conhecer muito bem os processos comportamentais subjacentes a estas estratégias, que são exaustivamente estudadas pela Análise Experimental (LACERDA, 2018).

A rigor, ABA é exatamente o oposto de um método. Um método é um conjunto de práticas a se aplicar, já em uma intervenção ABA, a primeira tarefa é a avaliação do indivíduo (que pode usar protocolos próprios) e posteriormente, a realização da análise funcional dos comportamentos e testes de preferência, permitindo saber como aquele indivíduo, em particular, aprende (LACERDA, 2018).

Segundo Baer, Wolf e Risley (1968 *apud* CAMARGO; RISPOLI, 2013), a intervenção ABA é chamada “aplicada” por focar em comportamentos e situações que são importantes para o indivíduo e suas soluções que levam a melhora da saúde e qualidade de vida diária das pessoas ao invés de focar em teoria. E, segundo Wolf (1978 *apud* CAMARGO; RISPOLI, 2013), o objetivo de uma intervenção é desenvolver a independência do paciente, bem como ajustar seu comportamento para um mais socialmente aceitável. Logo, a intervenção ABA precisa caminhar concomitantemente às necessidades do indivíduo e da sociedade na qual o mesmo se encontra.

Baer, Wolf e Risley (1968) afirmam que o behaviorismo (e consequentemente a intervenção ABA) é, eminentemente, pragmática, ou seja, o foco sempre deve estar na aplicabilidade da intervenção e seu valor sociocomportamental para a sociedade de modo que o indivíduo consiga realizar suas tarefas de forma eficaz. Assim sendo, é necessário que se estude os comportamentos das pessoas atentamente (através de observação) e não somente confiar no que as pessoas dizem que fazem (nem sempre o que a pessoa diz expressa seu comportamento real).

Atualmente, no Brasil, a terapia ABA tem sido cada vez mais difundida como método de intervenção em crianças que se encontram dentro do TEA, mas ainda há um número relativamente baixo de profissionais habilitados para aplicar e desenvolver a intervenção

(CAMARGO; RISPOLI, 2013). A terapia ABA tem sido estudada e pesquisada há vários anos. A maioria das pesquisas têm sido realizada com ênfase em investigações e treinamentos dos princípios do comportamento e suas teorias, porém, ainda existe a necessidade de se pesquisar mais sobre a aplicação desses princípios voltados para a promoção da melhor adaptação de comportamentos socialmente relevantes (TODOROV; HANNA, 2010). Ainda há muito espaço para pesquisas e práticas de campo que podem ser realizadas por cientistas brasileiros analistas do comportamento. Tais pesquisas devem ser realizadas com rigor técnico, tanto metodológica quanto eticamente. O aumento no número de pesquisas realizadas com terapia ABA e crianças autistas, bem como a disseminação da terapia contribuirão para a melhora na qualidade de vida, tanto de crianças portadoras de TEA, quanto de suas famílias e pessoas de sua convivência (CAMARGO; RISPOLI, 2013).

1.4 Análise do comportamento aplicada na aprendizagem

De acordo com Braga-Kenion, Kenion e Miguel (2002), a Análise do Comportamento Aplicada tem como estratégia de aprendizagem o ensino de habilidades sociais e acadêmicas em pequenos passos e o uso de reforço. Cada habilidade é ensinada através de pedidos verbais e ajudas, seguindo uma hierarquia de dicas pré-estabelecidas através de uma linha de base realizada anteriormente.

Os comportamentos inadequados não são reforçados. Portanto, é necessário que o profissional seja habilitado e treinado para realizar as intervenções utilizando como base a ciência da Análise do Comportamento Aplicado. O ensino é realizado através de tentativas discretas, situações de ensino controladas, criando um ambiente favorável à aprendizagem até que esta atinja ao critério estabelecido. Todos os dados dos comportamentos da criança são registrados precisamente e transformados em gráficos para demonstrar de forma mais clara o progresso da criança em suas tarefas específicas (BRAGA-KENION; KENION; MIGUEL, 2002)

No começo da década de 70, Lovaas iniciou uma pesquisa com crianças autistas e sua relação com a aprendizagem através do uso da ABA. O estudo foi realizado na Califórnia com 19 crianças e durou cerca de 17 anos, data em que foi publicado. O resultado obtido foi que as crianças que receberam tratamento intensivo baseado na Análise Comportamental Aplicada foram completamente reintegradas na escola regular (LOVAAS, 1987). Depois desse experimento várias outras escolas especializadas em ABA foram estabelecidas. Essas escolas proporcionam ensino de qualidade e também contribuem para a divulgação dos avanços dos estudos sobre Análise do Comportamento. Cada escola estabelecida tem características diferentes tanto em organização, quanto disponibilidade financeira, área disponível, conceitos filosóficos propostos pela mesma, além de idade inicial para o atendimento etc. As escolas especializadas também podem escolher se vão trabalhar apenas com crianças portadoras de TEA ou se atenderão crianças e/ou pessoas com as mais diversas necessidades (BRAGA-KENION; KENION; MIGUEL, 2002).

A educação baseada em ABA tem como sua base alguns pressupostos, como entender que comportamentos são passíveis de modificações e os comportamentos disfuncionais ou inadequados não caracterizam uma patologia. Quando há ausência de comportamento considera-se também a modificação do mesmo. A Análise do Comportamento Aplicada é uma ciência com mais de 50 anos de pesquisas contínuas. O tratamento não se baseia em um método ou em algum passo a passo que deve ser seguido. É um tratamento de ensino de habilidades específicas à necessidade de cada um, que vai se formando conforme as evoluções do mesmo. Os programas aplicados estão sempre se modificando e o analista do comportamento tem como objetivo ampliar o repertório da criança, fazer com que ela aprenda pelo grupo, que realize o processamento de informações e, consecutivamente, aprenda novas habilidades (BRAGA-KENION; KENION; MIGUEL, 2002).

O objetivo geral desta pesquisa foi verificar os benefícios da intervenção ABA em crianças

com TEA. Quanto aos objetivos específicos, foram: verificar os benefícios da intervenção ABA; verificar os benefícios da precocidade da intervenção ABA; verificar a relação da intervenção ABA com a aprendizagem.

2 MÉTODOS

Revisão sistemática, cujo protocolo foi publicado no site de registro prospectivo internacional de revisões sistemáticas – PROSPERO com o recibo número: 140189.

Estruturada de acordo com as diretrizes da lista de verificação Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analyses – PRISMA (2009) (MOHER *et al.*, 2009).

2.1 Critérios de elegibilidade

Os estudos foram selecionados de acordo com os critérios:

2.1.1 Participantes (*Population*): Crianças de 0 a 12 anos (de acordo com a OMS), de ambos os sexos, que se enquadram no TEA (Transtorno do Espectro Autista).

2.1.2 Intervenção ou Exposição (*Intervention or Exposure*): Intervenção em ABA.

2.1.3 Comparação ou grupo controle (*Comparison or control group*): Comparação entre técnicas com ou sem grupo controle.

2.1.4 Resultados (*Outcomes*): Eficiência, benefícios, resultado da Terapia ABA.

2.1.5 Desenho do estudo (*Study design*): Quantitativo do tipo ensaio clínico.

2.2 Estratégia de busca

A busca dos estudos foi realizada em sites de pesquisa científica, como Scielo (Scientific Electronic Library Online), PubMed, Chrocan, Google Acadêmico, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), BDTD (Biblioteca Digital de Teses e Dissertações).

Foram utilizadas na estratégia de busca as seguintes palavras-chave ou descritores: Intervenção ABA, Terapia ABA, ABA, Crianças Autistas, Crianças com TEA, Autismo Infantil, tanto em português quanto em inglês. E para a construção deste artigo não foi utilizada a literatura cinzenta.

A busca foi realizada de acordo com as orientações de cada base de dados, biblioteca ou portal de periódicos conforme descrito na estratégia de busca que consta na Tabela 1.

Tabela 1: Estratégia de busca

Base de dados	Descritores	Resultados
MEDLINE/Pubmed	ABA Therapy OR ABA intervention OR ABA AND Children with ASD OR Autistic Child OR Childhood Autism	80
BVS	ABA Therapy OR ABA intervention OR ABA AND Children with ASD OR Autistic Child OR Childhood Autism	0
Scielo (inglês)	(Children with ASD) OR (Autistic Child) OR (Childhood Autism) AND ABA OR (ABA Therapy) OR (ABA Intervention)	62
Scielo (português)	(Terapia ABA) OR (ABA) OR (Intervenção ABA) AND (Crianças com autismo) OR (Autismo Infantil) OR (Autismo na Infância)	7
Cochrane Library	ABA therapy OR ABA Intervention OR ABA AND Children with ASD OR Autistic Child OR Childhood Autism	18
BDTD	Crianças com autismo OR Intervenção ABA OR ABA	4
Total		171

2.3 Seleção e extração dos dados

Dois pesquisadores realizaram a busca e selecionaram os estudos de forma independente, com a utilização de um software específico de gerenciamento de referências (EndNote Web).

A seleção desenvolveu-se em quatro fases e, após cada uma delas, os pesquisadores verificaram inclusões e exclusões, buscando consenso entre os resultados. Na fase 1 (Identificação) foi realizada a busca dos estudos e verificou-se por meio do software EndNote quais são os duplicados, os quais foram removidos; na fase 2 (Triagem) foi realizada a leitura dos títulos e dos resumos dos artigos e foram aplicados os critérios de exclusão; na fase 3 (Elegibilidade) foi feita a busca manual e leitura dos artigos completos, com a seleção dos que atenderam a todos os critérios de elegibilidade (Participantes, Intervenção, Comparação, Resultados, Desenho do estudo); na fase 4 (Inclusão) construiu-se um Quadro com identificação, objetivos, método, resultados e conclusões com posterior síntese qualitativa dos estudos.

Nenhum dos autores da revisão será cego aos títulos das revistas ou nomes dos autores ou das instituições financiadoras ou apoiadoras das pesquisas. Foi desenvolvido um Diagrama de fluxo (modelo PRISMA) contendo as fases de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão com quantidades e uma declaração explicativa dos motivos de exclusão dos artigos, conforme Figura 1 que está na seção dos resultados.

2.4 Risco de viés (Risk of Bias - RoB)

Para avaliar o risco de viés dos estudos selecionados foram utilizadas as ferramentas do Instituto Joanna Briggs (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017). Foram utilizados os seguintes questionários: JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies, JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials e JBI Critical Appraisal Checklist for Quase-Experimental Studies (non-randomized experimental studies).

A análise do Risco de Viés (Tabela 3) está descrita ao longo do item 4. Discussão.

2.5 Síntese das evidências

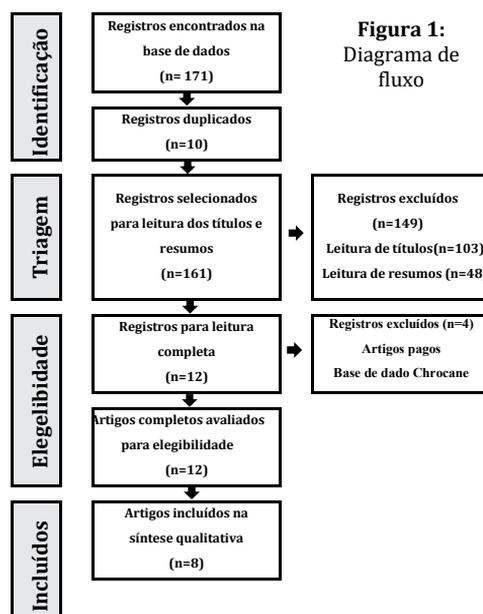
A leitura dos artigos completos possibilita verificar se os estudos são homogêneos ou heterogêneos. Elaborou-se uma síntese descritiva no Quadro 2 com informações contendo o objetivo, o método, os resultados e as conclusões dos estudos selecionados, com posterior análise qualitativa dos mesmos.

3 RESULTADOS

3.1. Seleção dos estudos

Identificaram-se inicialmente 171 registros nas bases de dados. Houve a exclusão de 10 artigos duplicados, ficando 161 para a próxima fase. Na fase de leitura dos títulos foram excluídos 103 e 46 na leitura dos resumos por não atenderem aos critérios de inclusão, ficando 12 registros. Não foram encontrados registros na busca manual, de modo que se totalizaram 12 artigos para leitura completa. Desses 12 artigos, 4 foram excluídos por se tratarem de artigos protegidos por copyright. Restando 8 artigos para leitura completa.

Com a leitura dos estudos completos, não foram excluídos registros. Foram selecionados 8 artigos para síntese qualitativa dos dados, conforme Fig. 1



3.2 Síntese descritiva dos estudos incluídos

Tabela 2 - Síntese descritiva dos estudos incluídos

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método			Resultados	Conclusão	
		Tamanho da amostra / Idade Média	Problemática ou Diagnóstico/Tip o de intervenção	Frequência da intervenção			Instrumentos
GRINDLE, Corina F.; HASTINGS, Richard P.; SAVILLE, Maria. Outcomes of A Behavioral Education Model for Children with Autism in A Mainstream School Setting. Behavior Modification, UK, v. 36, n. 3, p. 298-319, maio 2012. Tipo de estudo: Coorte Reino Unido	O objetivo do presente estudo foi avaliar um modelo comportament al abrangente nas escolas de intervenção ABA para crianças com autismo no Reino Unido: The Westwood ABA Class	29 crianças / 3 a 7 anos de idade	Crianças autistas/ ABA	30h por semana de ABA Durante um ano	Stanford – Binet Intelligence Scale Escala Internacional de Desempenho Leiter Bayley Scales of Infant Development – Second Edition Formulário de Escala de Comportamento Adaptativo Vineland ABLLS VABS.	Comparações foram controladas a grandes efeitos estatisticamente significativos em favor do grupo ABA para habilidades sociais. A análise exploratória também mostrou que o aumento da linguagem e das habilidades de aprendizagem no grupo de turmas ABA estava geralmente associado a mudanças positivas nos resultados dos testes padronizados.	Análises controladas não mostraram diferença estatisticamente significante para o QI, embora a mudança ao longo de 2 anos tenha sido favorável ao grupo da classe ABA.

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método				Resultados	Conclusão
		Tamanho da amostra / Idade Média	Problemática ou Diagnóstico/Tipo de intervenção	Frequência da intervenção	Instrumentos		
HAWARD, Diane; GALE,CHA Yatherine; MORGAN, Sally EIKESETH, Svein; Assessing Progress During Treatment for Young Children with Autism Receiving Intensive Behavioural Interventions. Sage Publications and The National Autistic Society, UK, v. 13, n. 6, p. 613-633, maio 2016. Tipo de estudo: Ensaio Clínico Não Randomizado (Quase- experimental) Reino Unido	Demonstrar que o tratamento UCLA ABA pode ser implementado de forma eficaz no Reino Unido.	57 crianças/ entre 24 e 42 meses	Crianças autistas/ ABA	36 horas por semana	ADI-R WPPSI-R A Escala Merrill – Palmer de Testes Mentais. As escalas de linguagem de desenvolvimento Reynell. Escala de comportamento adaptativo de Vineland.	Entre o início do tratamento e a avaliação, as crianças de ambos os grupos melhoraram significativamente o QI, QI visual-espacial, compreensão da linguagem, linguagem expressiva, habilidades sociais, habilidades motoras e comportamento adaptativo. O estudo sugere também que não houve diferença significativa de ganho entre o grupo que foi gerenciado por tutores e o grupo gerenciado pelos pais.	O presente estudo relata efeitos positivos de 1 ano de tratamento ABA. No entanto, pesquisas também sugerem que as crianças, em média, continuam a obter ganhos nessas áreas durante o segundo e o terceiro ano de tratamento.

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método				Resultados	Conclusão
		Tamanho da amostra / Idade Média	Problemática ou Diagnóstico/ Tipo de intervenção	Frequência da intervenção	Instrumentos		
KAMIO, Yoko <i>et al.</i> , Brief Report: Large Individual Variation in Outcomes of Autistic Children Receiving Low-Intensity Behavioral Interventions in Community Settings. <i>Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health</i> . Kodaira, v. 9, n. 6, mar. 2015. Tipo de estudo: Ensaio Clínico Não Randomizado (Quase-experimental) Japão	Analisar a mudança através do tempo em crianças com autismo e suas mães, que receberam intervenções precoces menos intensivas com o aplicativo (ABA) em ambientes comunitários no Japão.	Dezoito crianças / 45,7 meses	Crianças autistas / ABA e/ou TAU	5,6 horas semanais	ADI-R ADOS KSPD CBCL PSI Calibrated Severity Scores (CSS)	Grandes variações individuais foram observadas para uma ampla gama de resultados de crianças e mães. Isso é devido ao tamanho muito reduzido da amostra.	Para determinar um programa ideal para cada criança com TEA em áreas com poucos recursos, são necessários mais estudos controlados que avaliem uma ampla gama de variáveis preditivas e de resultado, com foco nas características individuais e nos componentes do tratamento.

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método			Resultados	Conclusão
		Tamanho da amostra / Idade Média	Problemática ou Diagnóstico/ Tipo de intervenção	Frequência da intervenção		
LINSTEAD, Erik <i>et al.</i> Intensity and Learning Outcomes in the treatment of Children with Atutism Spectrum Disorder, Behavior Modification, Woodland Hills, v. 41, n. 2, p. 1 - 24, 2016. Tipo de estudo: Ensaio Clínico Não Randomizado (Quase- experimental) Estados Unidos	Avaliar a relação entre a intensidade do tratamento ABA e os resultados alcançados com o mesmo.	Foram estudadas 726 crianças. Idades entre 1 ano e meio e 12 anos.	Crianças Autistas /ABA	A frequência de intervenção varia de acordo com os objetivos de cada criança. O estudo mostra vários tipos de intervenção em variadas intensidade s.	Análise dos dados coletados no Centro para Autismo e Desordens Relacionadas entre os meses de janeiro a dezembro de 2014.	Os resultados indicam uma grande relação entre a intensidade do tratamento e o domínio dos objetivos de aprendizagem, onde maior intensidade de tratamento indica maior progresso. Quanto mais a criança é exposta ao tratamento ABA maior desempenho ela apresenta dentro das habilidades propostas para o tratamento.

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método				Resultados	Conclusão
		Tamanho da amostra / Idade Média	Problemática ou Diagnóstico/ Tipo de Intervenção	Frequência da Intervenção	Instrumentos		
LINSTEAD, E. et al. An Evaluation of The Effects of Intensity and Duration on Outcomes Across Treatment Domains for Children with Autism Spectrum Disorder. Translational Psychiatry, California, v. 7, n. 9, p. 1-6, jul. 2017. Tipo de estudo: Ensaio Clínico Não Randomizado (Quase- experimental) Estados Unidos	Investigar como a intensidade do tratamento e duração impactaram a aprendizagem entre diferentes domínios de tratamento, incluindo acadêmicos, adaptável, cognitivo, função executiva, linguagem, motor e social de crianças autistas.	1468 crianças / 18 meses a 12 anos de idade	Crianças autistas/ ABA	36 meses	Análise de dados utilizando o ambiente R.	Todos os oito domínios demonstraram uma forte relação linear entre a aquisição e habilidade, tanto a intensidade do tratamento e a duração.	Efeitos fortes, porém, equilibrados, entre a intensidade do tratamento e duração são observados nos domínios cognitivo, lúdico e social, que tendem a sobrepôr consideravelmente aos déficits centrais do TEA.

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método				Resultados	Conclusão
		Tamanho da amostra / Idade Média	Problematiza ou Diagnóstico/ Tipo de intervenção	Frequência da intervenção	Instrumentos		
<p>MOHAMMADZA HERI, Fereshteh, <i>et al.</i> A Randomized Clinical Trial Comparison Between Pivotal Response Treatment (PRT) and Structured Applied Behavior Analysis (ABA) Intervention for Children with Autism, Journal of Autism and Developmental Disorders, New York, v. 44, n. 11, p. 2769- 2777, 2014.</p> <p>Tipo de estudo: Randomizado / Irã.</p>	<p>Comparar dois tipos de intervenções comportamen- tais: PRT (Pivotal response treatment) e ABA (Applied Behavior Analysis) em ambiente escolar e a melhora relativa do Mean Length of Utterance (MLU) - comunicação verbal expressiva expandindo extensão de enunciados das crianças autistas.</p>	<p>Participaram 30 crianças de 6 a 11 anos (18 meninos e 12 meninas).</p>	<p>Crianças autistas, com QI acima de 50, sem nenhuma outra comorbidade, sem deficiência de visão ou audição, não bilíngues / ABA.</p>	<p>As 30 crianças foram divididas em 2 grupos de 15 crianças e foram submetid as durante 2 horas por dia, 4 dias por semana durante as férias de verão a dois tipos de tratamen to: ABA e PRT.</p>	<p>Mean Length of Utterance (MLU) Children's Communication Checklist (CCC) Analysis of Covariance (ANCOVA)</p>	<p>Os pacientes submetidos ao PRT mostraram uma melhora geral significativamente maior do que os submetidos ao ABA durante o tratamento, tanto na análise do comportamento alvo (MLU) quanto na CCC.</p>	<p>O PRT é uma técnica que estimula o desenvolvimento da criança em seu ambiente natural, com estímulos que são mais atrativos para a criança – podendo ter sido uma das causas da melhora significativa em relação às crianças submetidas ao tratamento com ABA.</p>

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método			Instrumentos	Resultados	Conclusão
		Tamanho da amostra / idade Média	Problemativa ou Diagnóstico/ Tipo de Intervenção	Frequência da Intervenção			
REED, Phil; OSBORNE, Lisa A.; CORNNESS, Mark; Brief Report: Relative Effectiveness of Different Home-based Behavioral Approaches to Early Teaching Intervention, Journal of Autism Developmental Disorders, v. Swansea, v. 37, n. 9, p. 1815-1821, 2007.	Replicar o estudo original de Lovaas (1987) em um ambiente baseado em casa. Para este fim, um grupo de crianças recebeu uma intervenção de alta intensidade (cerca de 30 h / semana) foram comparados com uma amostra que recebe uma intervenção de baixa intensidade (cerca de 10 h / semana). Examinar preliminarmente evidências da efetividade das três diferentes abordagens ABA: Lovaas, Verbal Behavior Approach e Complete application of behavior analysis to schools approach (CABAS).	Foram estudadas 27 crianças entre 2 anos e seis meses e 4 anos.	Crianças autistas ABA Lovaas Verbal Behavior Approach CABAS	As crianças foram estudadas durante 9 a 10 meses. Comparando crianças que recebiam tratamento intensivo (mais de 30 horas por semana) contra crianças que recebiam tratamento de baixa intensidade (12 horas por semana)	Gilliam Autism Rating Scale (GARS) Psycho educational Profile (PEP-R) British Abilities Scale (BAS II) Vineland Adaptive Behavior Scale (VAB)	Houve uma melhora significativa nas habilidades intelectuais e educacionais das crianças submetidas ao tratamento de alta intensidade, em relação às de baixa intensidade. Já nos comportamentos adaptativos, não houve diferença significativa entre as duas abordagens (intensa ou baixa intensidade). Em relação aos métodos utilizados, as crianças que foram submetidas ao Lovaas apresentaram um desempenho maior em habilidades intelectuais, os três métodos são compatíveis nas habilidades educacionais e apresentaram melhora e nenhum dos três métodos se provou realmente eficaz nas mudanças comportamentais das crianças.	No grupo de intervenção de alta intensidade houve ganhos mais fortes no funcionamento intelectual e em funcionamento educacional, em relação aos de um grupo de baixa intensidade. Não houve diferenças em termos de intensidade na função-comportamental adaptativa. Incapacidade de notar a mudança na classificação de gravidade autismo em todo o tratamento. Em termos de melhoramentos comparativos entre os três tipos de intervenção, os resultados mostram que, em geral, a abordagem CABAS pareceu produzir ganhos superiores do que as outras duas abordagens.
Tipo de Estudo: Ensaio Clínico Não Randomizado (Quase- experimental) Londres							

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método				Resultados	Conclusão
		Tamanho da amostra / Idade Média	Problemática ou Diagnóstico/Tipo de intervenção	Frequência da intervenção	Instrumentos		
TTURA, Michael <i>et.al.</i> Predictors of longitudinal ABA treatment outcomes for children with autism: A growth curve analysis, Research in Developmental Disabilities, Emeryville, v. 70, p. 185-197, 2017.	Verificar quais tipos de crianças serão mais beneficiadas pelo de tratamento ABA diante da grande heterogeneida de do grupo de crianças autistas. Investigar se a idade, a gravidade do diagnóstico, o funcionamento cognitivo, horas de tratamento, sexo, nível de educação dos pais, ou língua principal falada em casa consegue prever as trajetórias de crescimento da ABA.	Foram estudadas 35 crianças com idades variadas durante 3 anos. Foram realizadas 6 medições de habilidades ao longo do período do estudo.	Crianças autistas/ ABA	Foram realizadas de 2 a 6 observaç ões em crianças com variados graus de autismo que eram submetid as à terapia ABA.	Developmental Profile 3 (DP – 3) Vineland Adaptive Behavior Scale II (VAB – 2) análise de curva de crescimento	Houve um crescimento significativamente maior no funcionamento cognitivo do que em todos os quatro domínios de desenvolvimento, a idade de entrada previsto estado inicial, e outras variáveis única previu taxas de crescimento em um ou dois domínios.	Crianças que tem uma capacidade cognitiva maior conseguiram atingir seus objetivos mais rapidamente.
Tipo de Estudo: Ensaio Clínico Não Randomizado (Quase- experimental) Estados Unidos							

Para a presente Revisão foram encontrados 8 estudos realizados em diversos países como Estados Unidos, Japão, Inglaterra e Irã. Seis dos estudos encontrados eram Ensaios Clínicos não Randomizados (*Quasi-Experimental Studies*), 1 Estudo Randomizado e 1 Coorte.

Ao todo foram estudados 2390 casos de crianças com idades variando entre 18 meses a 12 anos, de ambos os sexos, todos dentro do espectro autista – da forma mais leve às mais severas.

Foram utilizados diversos instrumentos para coleta de dados como: Stanford – Binet Intelligence Scale, Escala Internacional de Desempenho Leiter, Bayley Scales of Infant Development – Second Edition, Formulário de Escala de Comportamento Adaptativo Vineland, ABLLS, ABLLS-R, VABS, ADI-R, WPPSI-R, Escala Merrill – Palmer de Testes Mentais, Escalas de linguagem de desenvolvimento Reynell, ADI-R, ADOS, KSPD, CBCL, PSI, Análise de dados utilizando o ambiente R, Mean Length of Utterance (MLU), Children’s Communication Checklist (CCC), Analysis of covariance (ANCOVA), Gilliam Autism Rating Scale (GARS), Psycho-educational Profile (PEP-R), British Abilities Scale (BAS II), Vineland Adaptive Behavior Scale (VAB), Developmental Profile 3 (DP – 3), Vineland Adaptive Behavior Scale II (VAB – 2) e análise de curva de crescimento.

Todos os estudos são homogêneos quanto à ideia e proposta de intervenção: uso da ABA em crianças com TEA, porém, como será mais bem detalhado na Discussão, os artigos divergem na forma de se pesquisar e de analisar os dados. Apesar disso, em todos é possível inferir a eficiência da ABA para tratamento de Autismo em crianças.

Grindle, Hastings e Saville (2012) demonstraram em seus estudos que a intervenção ABA não apresentou diferenças estatisticamente significantes para a elevação do QI em crianças com autismo embora tenha conseguido ganhos nas habilidades de aprendizagem e linguagem ao longo de 2 anos. Já Hayward (2016) observou melhoras significativas no aumento do QI visual, espacial, compreensão da linguagem, linguagem expressiva, habilidades sociais, motoras e comportamento adaptativo. Kamio (2015) conclui que há melhora significativa no grupo observado, independentemente do tipo ou intensidade do tratamento utilizado.

Linstead (2017), em seus dois estudos, constatou a grande relação entre a intensidade dos tratamentos ABA em crianças com autismo e a aquisição de habilidades de domínio cognitivo, lúdico e social, assim como Reed, Osborne e Corness (2007), que ao replicar parcialmente o estudo de Lovaas, constataram melhora significativa nas habilidades intelectuais e educacionais das crianças submetidas ao tratamento.

Já o estudo de Mohammadzakeri (2014) mostra que os pacientes submetidos ao PRT obtiveram uma melhora geral significativamente maior do que os expostos ao ABA.

Finalmente, Tiura (2017), em estudo, ao comparar quais tipos de crianças seriam mais beneficiadas pelo tratamento ABA, concluiu que as crianças que têm uma capacidade cognitiva maior conseguem atingir seus objetivos mais rapidamente.

3.3 Avaliação do risco de viés

Tabela 3: Instrumento de avaliação de risco de viés (Joana Briggs).

Estudo/ Questões	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	%
Grindle / Coorte	S	S	S	N	N	S	S	S	S	N/A	S	X	X	80
Hayward / Quase-experimental	S	S	S	S	S	S	S	S	S	X	X	X	X	100
Kamio / Quase-experimental	S	S	S	N	S	S	S	S	S	X	X	X	X	88,89
Linstead 2016/ Quase-experimental	S	S	N	N	S	S	S	S	S	X	X	X	X	77,78
Linstead 2017 / Quase-experimental	S	S	N	N	S	S	S	S	S	X	X	X	X	77,78
Mohammadzaheri/ Randomizado	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	92,30
Reed / Quase-experimental	S	S	S	N	S	S	S	S	S	X	X	X	X	88,89
Tiura / Quase-experimental	S	S	S	N	S	S	S	S	S	X	X	X	X	88,89
TOTAL														86,82

De acordo com a análise da tabela, o risco de viés dos artigos selecionados pontua 86,82%, indicando assim, que os artigos escolhidos são de boa qualidade para a referente revisão.

4 DISCUSSÃO

Diante dos estudos realizados pode-se perceber que a intervenção ABA é eficiente no tratamento de crianças com TEA, porém muitas variáveis estão envolvidas no processo de aprendizagem e aumento do desempenho geral das habilidades dessas crianças, como: grau de severidade; grau de desenvolvimento cognitivo; grau de instrução dos pais; idade; idade em que começou a fazer o tratamento (precocidade do início do tratamento); intensidade de exposição à intervenção. Todas essas variáveis precisam ser levadas em consideração ao se avaliar a melhora no desempenho da criança.

Pode-se perceber ainda que existem outras técnicas que também tem apresentado melhora significativa em crianças autistas ante a ABA, como a PRT (método desenvolvido a partir do ABA e realizado de forma “naturalista” que prioriza a motivação e a alegria da criança enquanto aprende).

Esses resultados estão de acordo com o que Camargo e Rispoli (2013, p. 639-650) afirmam quando enfatizam que a terapia ABA é um tipo de intervenção utilizado para identificar comportamentos e habilidades e promover a melhoria dos mesmos. No caso de crianças que se encontram dentro do TEA, consegue-se grande avanço em habilidades de comunicação – seja com pais e familiares, professores e colegas, bem como, desenvolvimento da interação social de modo geral.

Outro ponto que é percebido durante a pesquisa e dados obtidos na literatura é que a precocidade na intervenção ABA é diretamente proporcional à melhora do desempenho da criança autista dependendo do grau de severidade e outros fatores. Porém, os dados obtidos pelo estudo de Kamio (2015), por terem sido realizados em serviços públicos e com uma amostra muito pequena, não conseguem determinar a precisão da efetividade de intervenções precoces, além de vários pontos de fragilidade metodológica que foram identificados. Optou-se por manter o artigo neste estudo uma vez que ele havia sido selecionado previamente de acordo com os descritores. Porém, suas conclusões não são consistentes em relação à aplicação do ABA, que era o objetivo deste trabalho.

Já Araújo (2019, p. 28) afirma que quanto mais rápido os traços de TEA forem identificados, mais rapidamente será iniciada a estimulação e mais efetivos serão os ganhos no

desenvolvimento neuropsicomotor. Segundo a neurologista pediátrica, a estimulação pode atingir o período ótimo definido pelas denominadas janelas de oportunidades do cérebro das crianças e a detecção precoce pode auxiliar a treinar habilidades. A médica alerta ainda que, se houver um atraso no diagnóstico, algumas habilidades que poderiam ser adquiridas e treinadas, podem não ser mais alcançadas.

A intervenção ABA tem uma relação direta com a aprendizagem. Um dos aumentos mais significativos conseguidos pela ABA refere-se às Habilidades Cognitivas (aumento do QI) – relativamente às habilidades sociais e adaptações comportamentais. O estudo de Reed, Osborne e Corness (2007) demonstra que intervenções ABA de alta intensidade (mais de 40 horas por semana) aumentam significativamente a capacidade cognitiva de crianças com TEA.

No começo da década de 70, Lovaas realizou uma pesquisa com crianças autistas e sua relação com a aprendizagem, através do uso da ABA. O estudo foi realizado na Califórnia com 19 crianças e durou cerca de 17 anos. O resultado obtido foi que as crianças que receberam tratamento intensivo baseado na Análise Comportamental Aplicada foram completamente reintegradas na escola regular (LOVAAS, 1987).

Linstead (2017), através de seus estudos, traça uma grande relação entre a intervenção ABA e aprendizagem, concluindo que quanto mais a criança é exposta ao tratamento ABA maior desempenho ela apresenta dentro das habilidades propostas para o tratamento, ou seja, a sua capacidade de aprendizagem é melhorada fazendo com que habilidades sejam melhor apreendidas.

Os estudos selecionados, apesar de terem como característica comum o uso da intervenção ABA em crianças com TEA, são estudos bem diversos entre si, a começar pelo tamanho das amostras (variação de 18 a 1468 crianças nas amostragens). O tempo de observação e o tipo de observação também foi bem variado. Houve estudos que fizeram observações *in loco*, aplicando diretamente os questionários aos pais e/ou tutores ou terapeutas responsáveis durante a realização do estudo, assim como houve estudos que fizeram análises retrospectivas de questionários preenchidos por pais e institutos especializados. Em todos os estudos, a análise estatística foi respeitada e fatores de comparação foram aplicados para evitar tendência.

5 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

Este estudo apresenta algumas características que fornecem ao leitor credibilidade e confiabilidade. Tal estudo foi realizado mediante os critérios de revisão sistemática da literatura, utilizando-se textos que houvessem sido publicados tanto em inglês quanto em português (apesar de serem encontrados somente artigos em inglês). Os artigos encontrados são resultados de pesquisas realizadas em várias partes do mundo (Irã, Japão, Estados Unidos, Inglaterra) e são homogêneos quanto à problemática e assuntos tratados.

A dificuldade em se obter artigos relacionados especificamente ao assunto tratado foi uma das primeiras encontradas – foram feitas várias pesquisas em diferentes sites de busca por material adequado. Outro entrave se deu com a língua escolhida (inglês), tanto na tradução quanto na extração e interpretação dos dados obtidos.

Outra dificuldade encontrada foi em relação à classificação dos artigos por tipo de estudo para se aplicar os questionários do risco de viés (bias) do Instituto Joanna Briggs. Os artigos não apresentaram informações suficientemente claras para que a classificação fosse realizada com facilidade. Depois de analisar os artigos mais profundamente, sendo necessário, inclusive entrar em contato diretamente com os autores dos artigos, conseguiu-se estabelecer uma relação entre artigo selecionado e *checklist* adequados.

CONCLUSÃO

De acordo com os estudos encontrados e pesquisas realizadas para a produção deste artigo pode-se concluir que a terapia ABA é uma terapia eficiente no tratamento de crianças com autismo, assim como quanto mais precoce o início do tratamento maiores serão os ganhos e melhores os resultados. Observa-se também uma grande relação entre a terapia ABA e a aprendizagem, como por exemplo, elevação de QI e aumento da curva de aprendizagem em crianças que foram submetidas a terapia ABA.

Apesar de haver estudos sobre o tema, ainda muito se tem a pesquisar. Estudos sobre a precocidade do tratamento ainda são escassos, assim como dados e estudos sobre ABA em geral no Brasil.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Liubiana A. A Importância Do Diagnóstico Precoce. **Revista Autismo**, São Paulo, n. 4, p. 28, mar./abr. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Revista_Autismo_texto.pdf. Acesso em: 23 maio 2019.

BAER, Donald. M.; WOLF, Montrose M.; RISLEY, Todd R. Some still-current dimensions of applied behavior analysis. **Journal of Applied Behavior Analysis**, Spring, v. 1, n. 1, p. 91-97, 1968. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1310980/pdf/jaba00083-0089.pdf>. Acesso em: 23 maio 2019.

BORBA, Marilu Michelly Cruz. **Intervenção ao Autismo via ensino de cuidadores**. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil, 2014. Disponível em: <http://ppgtpc.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/teses/Marilu%20Borba%202014.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2018

BOSA, Cleonice Alves. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, supl. 1, p. s47-s53, maio 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a07v28s1.pdf>. Acesso em: 19 maio 2019.

BRAGA-KENION, Paula; KENION, Shawn E.; MIGUEL, Caio F. **Análise Comportamental Aplicada (ABA1) - Um Modelo para a Educação Especial**. Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3º Milênio, p. 148-154, 2002. Disponível em: http://www.academia.edu/15146232/AN%C3%81LISE_DO_COMPORTEAMENTO_APLICADA_An%C3%A1lise_Comportamental_Aplicada_ABA1_Um_Modelo_para_a_Educa%C3%A7%C3%A3o_Especial. Acesso em: 05 dez. 2018.

CAMARGO, Sígilia; RISPOLI, Mandy. Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 26, n. 47, p. 639-650, set./dez. 2013. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/6994/pdf_1. Acesso em: 07 dez. 2018.

FERREIRA, Luciene Afonso; SILVA, Álvaro Júnior Melo e; BARROS, Romariz da Silva. Ensino de aplicação de tentativas discretas a cuidadores de crianças diagnosticadas com autismo. **Perspectivas**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 101-113, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pac/v7n1/v7n1a08.pdf>. Acesso em: 19 maio 2019.

FLEISCHER, Soraya. Autismo: um mundo obscuro e conturbado. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 231-235, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132012000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 maio 2019.

GRINDLE, Corinna F.; HASTINGS, Richards; SAVILLE, Maria. Outcomes of a Behavioral Education Model for Children with Autism in a Mainstream School Setting. **Behavior Modification**, v. 36, n. 3, p. 298-319, 2012. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0145445512441199>. Acesso em: 15 maio 2019.

HAYWARD, Diane; EIKESETH, Svein; GALE, Catherine. Assessing progress during treatment for young children with autism receiving intensive behavioural interventions. **Autism**, Lillestrom, v. 13, n. 6, p. 613-633, 2009. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362361309340029>. Acesso em: 15 maio 2019.

HAYWARD, Diane; GALE, Catherine; MORGAN, Sally; EIKESETH, Svein. Assessing Progress During Treatment for Young Children with Autism Receiving Intensive Behavioural Interventions. **Sage Publications and The National Autistic Society**, UK, v. 13, n. 6, p. 613-633, maio 2016.

KAMIO, Yoko *et al.* Brief Report: Large Individual Variation in Outcomes of Autistic Children Receiving Low-Intensity Behavioral Interventions in Community Settings. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**. Kodaira, v. 9, n. 6, mar. 2015. Disponível em: <https://capmh.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13034-015-0039-6>. Acesso em: 23 maio 2019.

KEINERT, Maria Helena J. M. *et al.* **Transtorno do Espectro Autista: Orientação Técnica para Terapias**, Curitiba, 2018. Disponível em: <https://www.tjpr.jus.br/documents/12836924/0/TRANSTORNO+DO+ESPECTRO+AUTISTA.pdf/3498b55a-c093-1944-da82-e470524ec973>. Acesso em: 27 maio 2019.

LACERDA, Lucelmo. Análise do Comportamento Aplicada. Apostila pós-graduação Latus Sensu Intervenção ABA para Autismo e Deficiência Intelectual. **Child Behavior Institute (CBI of Miami)**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://cbialunos.com/pluginfile.php/122580/mod_resource/content/4/APOSTI~3.PDF. Acesso em: 27 maio 2019.

LINSTEAD, Erick *et al.* An Evaluation of The Effects of Intensity and Duration on Outcomes Across Treatment Domains for Children with Autism Spectrum Disorder. **Translational Psychiatry**, California, v. 7, n. 9, p. 1-6, jul. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5639250/pdf/tp2017207a.pdf>. Acesso em: 27 maio 2019.

LINSTEAD, Erik *et al.* Intensity and Learning Outcomes in the treatment of Children with Autism Spectrum Disorder. **Behavior Modification**, Woodland Hills, v. 41, n. 2, p. 229-252, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0145445516667059>. Acesso em: 27 maio 2019.

LOVAAS, O. Ivar. Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 55, n. 1, p. 3-9, 1987. Disponível em: <https://www.beca-aba.com/articles-and-forms/lovaas-1987.pdf>. Acesso em 27/05/2019.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5. American Psychiatric Association. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.tdahmente.com/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>. Acesso em: 24 maio 2019.

MARTELLI, Ana Paula Scherer; BARRIONUEVO, Carolina; BRIZZANTE, Daniela; MORAES, Ederson; MIDORI, Marta; TOLIPAN, Mônica; SAMPAIO, Renato Tocantins; ROSAS, Silvia Cristina. **Autismo: orientação para os pais**. Casa do Autista - Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_14.pdf. Acesso

em: 24 maio 2019.

MATSON, Johnny L.; BEIGHLEY, Jennifer; TURYGIN, Nicole. Autism diagnosis and screening: Factors to consider in differential diagnosis. **Research in Autism Spectrum Disorders**, Louisiana, v. 6, n. 1, p. 19-24, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://scihub.tw/10.1016/j.rasd.2011.08.003>. Acesso em: 24 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Folha informativa - Transtorno do espectro autista. OPAS Brasil, Brasília, abril, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098>. Acesso em: 19 maio 2019.

PAIVA JUNIOR, Francisco. Quantos Autistas há no Brasil? **Revista Autismo**, São Paulo, n. 4, p. 20-23, mar./abr./maio 2019. Disponível em: <https://www.revistaautismo.com.br/geral/quantos-autistas-ha-no-brasil/>. Acesso em: 23 maio 2019.

PESSIM, Larissa Estanislau; HAFNER, Maylu Botta. Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil. **Revista Científica Eletrônica FAEF**, Garça, 22^a Edição, maio 2014. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/gcDfjHswuQmVkdE_2014-4-16-1-22-2.pdf. Acesso em: 27 maio 2019.

REED, Phil; OSBORNE, Lisa A.; CORNESS, Mark. Brief Report: Relative Effectiveness of Different Home-based Behavioral Approaches to Early Teaching Intervention. **Journal of Autism Developmental Disorders**, Swansea, v. 37, n. 9, p. 1815-1821, 2007. Disponível em: http://dcautismparents.org/yahoo_site_admin/assets/docs/ABA_8.9261053.pdf. Acesso em: 27 maio 2019.

SKINNER, Burrhus Frederic. **Ciência e comportamento humano** (1953). Tradução Joao Carlos Todorov, Rodolfo Azzi. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1953/2003. Disponível em: <https://psicologiadoespirito.files.wordpress.com/2016/11/cic3aancia-e-comportamento-humano-b-f-skinner.pdf>. Acesso em: 26 maio 2019.

SUGAI, George M.; LEWIS-PALMER, Teri; HAGAN-BURKE, Shanna. Overview of the functional behavioral assessment process. **Exceptionality**, v. 8, n. 3, p. 149-60, 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/248941776_Overview_of_the_Functional_Behavioral_Assessment_Process. Acesso em: 26 maio 2019.

TAMANAH, Ana Carina; PERISSINOTO, Jacy; CHIARI, Brasília Maria. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. **Rev. Soc. Brás Fonoaudiol.**, v. 13, n. 3, p. 296-299, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v13n3/a15v13n3.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2018.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Critical Appraisal Tools** - JBI's critical appraisal tools assist in assessing the trustworthiness, relevance and results of published papers, 2017. Disponível em https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools. Acesso em: 09 maio 2020.

TODOROV, João Cláudio; HANNA, Elenice S. Análise do comportamento no Brasil. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 26, Número Especial, p. 143-153, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspe/a13v26ns.pdf>. Acesso em: 26 maio 2019.

ZAMPIROLI, Wheber Christiano; SOUZA, Valdilene Magno P. Autismo Infantil. Uma breve discussão sobre a clínica e o tratamento. **Pediatria Moderna**, v. 48, n. 4, abr. 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=663149&indexSearch=ID>. Acesso em: 04 dez. 2018.

Funções executivas em um refugiado do Paquistão: um estudo de caso ¹³

Executive functions in a refugee from Pakistan: a case study

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar possíveis prejuízos nas funções executivas relacionados a condição de refugiado do indivíduo. Devido a tantas situações de guerras e fome no mundo, o número de refugiados tem crescido muito. Homens, mulheres e crianças têm buscado em outros países a chance de sobrevivência. Por causa da mobilização forçada, muitas vezes com grandes perdas no meio do caminho, há prejuízos nas funções executivas nesses indivíduos? Vários países, baseados na lei de proteção ao refugiado recebem pessoas de culturas, profissões, religiões e idealizações diferentes. A adaptação desses refugiados a esses países poderá modificar ou até mesmo prejudicar as funções executivas como: memória de trabalho, inibição ou controle inibitório e flexibilidade? Para essa avaliação foram utilizados os testes neuropsicológicos: Figura de Rey, Cubos, Five Points e Relógio. Os testes não mostraram prejuízos nas funções executivas. Diante da grande demanda de refugiados que o Brasil recebe, este conhecimento é útil para profissionais da psicologia que possivelmente receberão refugiados em seus consultórios.

Palavras-chave: Funções Executivas, Refugiados, Neuropsicologia.

ABSTRACT

This article has the objective of analyzing the potential harm in the executive functions related to the refugee condition of the individual. Due to so many war and hunger issues in the world, the number of refugees has increased a lot. Men, women and children have been searching in other countries for a chance to survive. Because of the forced mobilization, often accompanied by great losses along the way, there is harm in the executive functions of these individuals? Several countries, according to the law of protection to the refugee, welcome people of different cultures, professions, religions and ideals. The adaptation of those refugees in these countries can change or even harm the executive functions such as: work memory, inhibition or inhibitory control, and flexibility? To this evaluation the following neuropsychological tests were used: Figura de Rey, Cubos, Five Pointe and Relógio. The tests didn't show any losses in the executive functions. In light of the great demand of refugees in our country, this knowledge is useful for psychology professionals who will possibly attend refugees in their clinics.

1 INTRODUÇÃO

O ser humano tem a capacidade de adaptar-se de forma rápida e flexível, já registrou Uehara *et al.* (2013). Hoje as mudanças são diversas e muitas vezes necessárias. O homem muda por causa da tecnologia, em busca de oportunidades para melhoria da vida financeira, melhor qualidade de vida. Há ainda as mudanças forçadas, como no caso dos refugiados. Segundo a ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados) existe mais de 68,5 milhões de pessoas deslocadas a força no mundo. Entre elas estão quase 25,4 milhões de refugiados. 33.866 pessoas solicitaram o reconhecimento da condição de refugiado no Brasil em 2017. Porém, até o final de 2017, o Brasil reconheceu um total de

¹³ Josenalda Pereira de Oliveira: discente do Curso de Pós-graduação em Neuropsicologia da Universidade. Dra. Analucy Aury Vieira de Oliveira.

10.145 refugiados de diversas nacionalidades. Atualmente por causa da crise na vizinha Venezuela o número de refugiados é maior.

O analisado é refugiado do Paquistão, que desde o seu surgimento, na separação com a Índia, os paquistaneses sofrem com o deslocamento, "os mulçumanos sobreviventes nos territórios em que eram minoria fugiram para o Paquistão; os hindus sobreviventes ao massacre dentro dos limites do Estado do Paquistão fugiram para a nova República da Índia". Coggiola (2015, p.198)

É importante salientar a definição de refugiados que, de acordo com Antunes é:

Pessoa que receando com razão ser perseguida em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em certo grupo social ou das suas opiniões políticas, se encontre fora do país de que tem nacionalidade e não possa ou, em virtude daquele receio, não queira pedir proteção daquele país; ou que, se não tiver nacionalidade e estiver fora do país no qual tinha a sua residência habitual, após aqueles acontecimentos não possa ou, em virtude do dito receio, a ele não queira voltar. (ANTUNES, 2017, p. 116)

A ACNUR ainda reforça que os refugiados estão em uma situação muito vulnerável, sofrem ameaças e perseguições sem a proteção devida de seu país. Já os migrantes internacionais escolheram viver fora do seu país principalmente por motivações econômicas e quando desejarem podem voltar com segurança. Galina *et al.* (*apud* MARTINS-BORGES, 2017, p. 298) detalha que "os refugiados transportam consigo muito pouco do que até então caracterizava sua identidade". Muito mais do que pertences, muitos perdem familiares, dignidade, identidade, esperança. A situação de refúgio, ainda segundo a autora em geral inclui fatores que podem desencadear desordens mentais, como: Depressão e Transtornos do Estresse Pós-traumático, além de outros distúrbios.

Sampaio (2009) fala da teoria da motivação de Maslow que classifica as necessidades básicas para que o homem esteja motivado, são elas: necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades de pertença e amor, necessidades de estima, necessidades de autor realização ou auto atualização, desejo de saber e de entender, necessidades estéticas. Dentre essas, basicamente quatro delas deixam de ser supridas devido a situação de refúgio. A expectativa do desconhecido, os maus tratos, as eminentes perdas de familiares de forma violenta, perda simbólica da terra, são fatores que também podem contribuir para que o indivíduo não tenha uma saúde mental adequada, como impossibilidade de dormir, pesadelos, reminiscências, dissociação traumática, isolamento. "A violência dos acontecimentos está na origem trauma da partida e impede o sujeito de se relacionar no país de destino: o sujeito deixa de poder viver" enfatiza Saglio-Yatzimirsky (2015, p.177). A chamada síndrome disexecutiva que é caracterizada pelo comprometimento das habilidades executivas, pode envolver alterações cognitivo-comportamentais diversas, relacionadas com prejuízos como:

Dificuldades na seleção de informação, distratibilidade, dificuldades na tomada de decisão, problemas de organização, comportamento perseverante ou estereotipado, dificuldade no estabelecimento de novos repertórios comportamentais, dificuldades de abstração e de antecipação das conseqüências de seu comportamento, gerando uma série de problemas no cotidiano. Dias *et al.* (2010, p. 82)

A condição de refúgio demanda uma necessidade um pouco maior de flexibilidade, desapego, sobrevivência por parte do refugiado do que as pessoas que não vivem nessa condição. Considerando todos esses fatores, o presente trabalho aponta as funções executivas como importantes habilidades a serem observadas e avaliadas em um refugiado. A avaliação neuropsicológica tem o potencial para isso. Funções executivas (FE), segundo Dias, Meneses e Seabra (2010, p.81) "são um conjunto de habilidades cognitivas que permitem ao sujeito engajar-se em comportamentos orientados e objetivos, realizando ações voluntárias, independentes, auto realizadas e direcionadas a metas. "

Anatomicamente os lobos frontais formam uma grande área cerebral responsável por várias funções, que são divididas em três regiões principais: córtex pré-central, córtex pré-motor, e córtex pré-frontal, sendo que esse último está mais relacionado às funções executivas Corso *et al.* (2013). Dias *et al.* (2010) também afirma que as FE são fundamentais para direcionamento e regulação de várias habilidades intelectuais, emocionais e sociais. No dia-a-dia do indivíduo estas são habilidades que a todo momento são acionadas. Segundo Nunes *et al.* (2014) as FE acrescentam a capacidade de começar ações, planejar e prever meios de solucionar problemas, prever consequências e mudar estratégias de forma flexível, sendo os lobos frontais essenciais por esses processos. Além da parte anatômica ser responsável pelo desenvolvimento das FE, Doellinger *et al.* (2017, p.2) dizem que “contrariamente a equívocos comuns, uma alta heritabilidade não significa que os fatores ambientais não afetam as funções executivas”. Eles acrescentam ainda a negável importância da qualidade dos fatores ambientais no desenvolvimento das FE e como consequência na vida social. Enquanto a genética explica o equilíbrio das características individuais das FE, o ambiente regula a mudança no desempenho. O ambiente poderia afetar o bom desenvolvimento das FE? Casos de mudanças bruscas, como dos refugiados, pode haver modificações que prejudique o bom desempenho dessas habilidades? Esse artigo tem o objetivo de avaliar em um refugiado paquistanês se essa mudança existe.

Como já mencionado muitos países têm recebido esses refugiados, inclusive o Brasil, estes indivíduos poderão reconstruir suas vidas e nunca mais voltarem para seus países de origem. Mas, como estará a saúde mental destes? Os refugiados poderão ter ou não prejuízos em sua saúde mental e isso poderá decidir como será o recomeço de suas vidas.

2 MÉTODOS

Revisão integrativa, descritiva incluindo um estudo de caso. A estratégia de pesquisa foi realizada em algumas bases de dados eletrônicas como: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Periódicos Eletrônicos em Psicologia* (PePESIC), *Scientific periodicals electronic library* (SPELL), além de outros sites oficiais e alguns materiais cedidos por colegas, entre os meses de Junho a Novembro de 2018. Foram pesquisados os seguintes termos: funções executivas, adultos, refugiados, neuropsicologia. Logo após procedeu-se a análise de 5 artigos referentes a funções executivas e 5 sobre refugiados exclusão dos artigos não relevantes à pesquisa através da análise de resumo, seguida de uma avaliação mais detalhada do conteúdo. Os critérios de inclusão foram artigos recentes, de 2008 até o ano atual, que privilegiasse assuntos sobre funções executivas e refugiados e de exclusão os datados antes de 2008 sobre outras funções cognitivas e imigrantes. A amostra é composta por um homem de 40 anos, refugiado do Paquistão, casado, com filhos. Foram aplicados testes de avaliação das funções executivas, a saber: Figura de Rey, Cubos, *Five Points* e Relógio. Estes foram aplicados no Núcleo de Psicologia Aplicada (NPA) na Faculdade Salgado de Oliveira, sob a supervisão da Dr. Professora Analucy Oliveira.

Estruturada de acordo com as diretrizes da lista de *verificação Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analyses* - PRISMA

2.1 Critérios de elegibilidade:

Estudos selecionados foram nove como tema funções executivas, seis com o tema refugiados e um com o tema motivação, todos com menos de dez anos de publicação.

2.1.1 Participantes (Population): amostra 1 participante

2.1.2 Resultados (Outcomes)

Tabela dos artigos utilizados.

Títulos	Objetivos	Resultados
<p>A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. Galina (2017)</p>	<p>O objetivo desta revisão de literatura é apresentar o estado da arte sobre a saúde mental dos refugiados.</p>	<p>Houve um aumento desta produção nos últimos anos, e os estudos evidenciaram temas como: a diversidade cultural, a importância da família e das redes de apoio, a atuação dos profissionais envolvidos com estes grupos, a presença ou não de doença mental, as intervenções e o comprometimento com os direitos humanos.</p>
<p>Alterações das funções executivas em crianças e Adolescentes. Dias et al (2010)</p>	<p>Objetiva oferecer uma revisão não-sistemática de alguns quadros nos quais estas habilidades apresentam-se prejudicadas, sobretudo em crianças e adolescentes.</p>	<p>Verificou-se que condições como transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno obsessivo-compulsivo, síndrome de Tourette, transtornos globais do desenvolvimento, transtornos de aprendizagem como a dislexia e a discalculia, além de alterações cromossômicas, como a síndrome de Down e de Prader-Willi, cursam com algum grau de comprometimento do Funcionamento executivo.</p>
<p>Do relatório ao relato, da alienação ao sujeito: a experiência de uma prática clínica com refugiados em uma instituição de saúde. Saglio-Yatzimirsky (2015)</p>	<p>Buscaremos evidenciar a especificidade e os limites de uma consulta transcultural no Serviço de Psiquiatria do Hospital Avicenne (França) com sujeitos requerentes de refúgio, originários principalmente da África e Ásia do Sul, atendidos por distúrbios psicotraumáticos.</p>	<p>Por fim, iremos lançar uma proposição clínica que tem a finalidade de esvaziar o espaço da consulta em psicoterapia das amarras impostas pelas representações sociais que calam o sujeito.</p>
<p>Funções executivas: Um retrato integrativo dos principais modelos e Teorias desse conceito Uehara et al (2013)</p>	<p>Tem como objetivo evidenciar divergências na definição das FE, revisar e apontar as principais teorias e modelos, além de abordagens clássicas que influenciaram a definição do conceito de FE.</p>	<p>Através da categorização e agrupamento dos temas e autores, quatro abordagens explicativas das FE foram propostas: cognitivista, neuropsicológica, psicométrica e desenvolvimentista.</p>
<p>INECO Frontal Screening: um instrumento para avaliar as funções executivas na depressão. Nunes et al (2014)</p>	<p>Avaliar as funções executivas em doentes com depressão, analisar a relação existente entre a gravidade da depressão e o desempenho do funcionamento executivo, e verificar a sensibilidade e especificidade do INECO Frontal Screening (IFS) comparativamente com a Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome (BADS) na avaliação das funções executivas em doentes com depressão.</p>	<p>Os participantes com depressão apresentaram um funcionamento executivo deficitário comparativamente ao grupo de controlo tanto no IFS como na BADS e o aumento da gravidade da depressão fez-se acompanhar por um maior comprometimento do funcionamento executivo. O IFS demonstrou-se tão sensível e específico quanto a BADS na deteção da disfunção executiva em doentes.</p>
<p>Metacognição e Funções Executivas: Relações entre os Conceitos e Implicações para a Aprendizagem. Corso et al(2013)</p>	<p>Objetivou-se, através da revisão da literatura clássica e recente, examinar os conceitos de metacognição e de funções executivas, relacionando-os entre si e com o aprender.</p>	<p>Evidenciou-se que os conceitos aproximam-se em alguns aspectos e divergem em outros, e que há dados empíricos iniciais confirmando a relação entre as habilidades descritas.</p>

Títulos	Objetivos	Resultados
O Maslow desconhecido: uma revisão de seus Principais trabalhos sobre motivação. Reis Sampaio (2009)	Revisão da obra de Abraham Maslow com o objetivo de identificar a trajetória e as principais modificações e aplicações desenvolvidas por esse autor em sua teoria de motivação humana.	Constatou-se que, ao contrário da concepção mecanicista e reducionista feita por muitos de seus comentaristas, Maslow desenvolveu uma proposta teórica de base multidisciplinar, fundamentada em muitas estratégias de pesquisa e que foi sendo reformulada por toda a sua obra.
Prematuridade, Funções Executivas e Qualidade dos Cuidados Parentais: Revisão Sistemática de Literatura. Doellinger et al (2017)	Contextualizar o desenvolvimento das funções executivas (FE) em crianças prematuras, com especial atenção para o efeito dos cuidados parentais.	Concluiu-se que as crianças prematuras têm maior risco de disfunção executiva global, sendo a qualidade dos cuidados parentais fundamentais para a modulação das FE, nomeadamente no que concerne às variáveis sócio emocionais da interação, como a sensibilidade materna.
Refugiados e saúde mental- acolher, compreender e tratar. Antunes (2017)	Fez-se uma pesquisa na literatura biomédica, das revisões sistemáticas publicada nos últimos dez anos, sobre Saúde Mental em Refugiados concluindo-se que estes apresentam particularidades especiais que devem ser tidas em conta pelos profissionais e serviços de saúde em termos de prevenção primária, secundária e terciária.	Discutem-se questões como a barreira da língua, as diferenças culturais e o papel dos tradutores e mediadores culturais, a organização dos serviços, a intervenção em grupos especialmente vulneráveis como são as crianças, as mulheres, as grávidas e os idosos e abordam-se os problemas mais prevalentes resultantes da exposição ao trauma que assumem nos refugiados particularidades muito específicas.

2.2 Estratégia de busca

A busca dos estudos foi realizada em algumas bases de dados eletrônicos como: Scienlific Electronic Library Online (SciELO) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), Scientific periodicals electronic library (SPELL), além de outros sites oficiais e alguns materiais cedidos por colegas, entre os meses de Junho a Novembro de 2018.

Para garantir a saturação da literatura, foram analisadas listas de referência de estudos incluídos ou revisões relevantes identificadas por meio de pesquisa manual. Não houve busca em literatura cinzenta em função da heterogeneidade e dificuldade de identificação, extração, síntese e gerenciamento deste tipo de literatura.

Utilizou-se na estratégia de busca as seguintes palavras-chave ou descritores: funções executivas, adultos, refugiados, neuropsicologia

2.3 Seleção e extração dos dados:

A aluna pesquisadora realizou a busca e selecionou os estudos de forma independente e analisou que os artigos selecionados que responderam a pergunta problema: se haveria modificações das funções executivas devido a condição de refugiado? A hipótese é que sim, devido as mudanças no ambiente, (no caso do refugiado sua cultura, país, perdas bruscas) autores relatam que os fatores ambientais são responsáveis pela manutenção das FE.

3 RESULTADOS

3.1 Seleção dos estudos

Identificou-se inicialmente duzentos e dezessete registros nas bases de dados.

Na fase de leitura dos títulos foram excluídos cento e noventa e dois e dez na leitura dos resumos por não atenderem aos critérios de inclusão, ficando quinze registros.

Foram encontrados dois registros na busca manual, totalizando dezessete para leitura do texto completo.

Com a leitura dos estudos completos, foram excluídos: três registros pois a busca por definições de refugiados e FE foram rasas ou não foram citadas, dois focaram no tratamento psicanalítico do indivíduo. Além de dois destes estudos registrarem apenas algumas FE específicas e um estudo ser publicado a mais de dez anos atrás. Foram selecionados 9 estudos para síntese qualitativa dos dados, conforme tabela a cima.

4. Discussão:

Forem realizados em um refugiado do Paquistão os testes Figura de Rey, Cubos, *Five Points* e Relógio.

O Teste Figura de Rey avalia Planejamento, ordenação, checagem, velocidade de resposta frente a uma ação de maior complexidade.

Scores obtidos nos testes

	Tipo de cópia		I
	Figura de Rey	Riqueza e exatidão de cópia	
Tempo de cópia (em minutos)			Percentil 30 CONSIDERADO NORMAL
Riqueza e exatidão de memória			Percentil 95 CLASSIFICAÇÃO SUPERIOR
Tempo de memória (em minutos)			Percentil 26 CLASSIFICAÇÃO NORMAL
Five Points	Figura únicas	33	R (repetidas) : $U (únicas) \times 100 = 12,12$ Nível de flexibilidade considerado alto.
	Figura repetidas	4	
Cubos	Pontos	15	São 5 pontos de desvio padrão, considerado um número alto de organização perceptual.
	Ponderados		

O teste Figura de Rey demonstrou que o indivíduo não apresenta modificações de planejamento, ordenação, checagem, velocidade de resposta frente a uma ação de maior complexidade.

O teste *Five Points* avalia a flexibilidade e demonstrou um nível alto de Flexibilidade. O teste Cubos averigua a capacidade de análise, síntese e planejamento de coordenadas visuo-espaciais e a praxia construtiva. O teste mostrou um número considerado alto de organização perceptual. O teste Relógio é um teste simples para avaliar funções executivas como planejamento por exemplo e habilidades visuo-especiais. O resultado deste teste demonstrou que estas habilidades estão conservadas.

Os testes feitos no avaliando contraria o que Doellinger *et al.* (2017) diz, pois mesmo com a condição de refugiado, o que caracteriza um ambiente não favorável, os testes do avaliado não apresentou nenhuma variação das FE. Destacando o alto nível de flexibilidade. Todavia, o mesmo autor ressalta a importância da genética, que é um fator a ser considerado, porém não é o foco desse artigo.

5 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

Uma das maiores limitações foi a falta de experiência na correção dos testes, junto com o tempo limitado, tanto do avaliando como da aplicadora para outros tipos de avaliações que poderiam ajudar para uma avaliação neuropsicológica mais elaborada, entendendo que os testes são uma parte dentro do processo da avaliação neuropsicológica. Além de poucos artigos que defendem a mudança de FE em adultos.

Pontos fortes foi o número de artigos atuais e livros sobre avaliações de funções executivas e sobre os refugiados. Por refugiados ser um assunto atual, foi encontrado um número considerável a disposição de, além dos artigos, vários vídeos e discussões sobre o assunto.

CONCLUSÃO

Este artigo teve como objetivo a avaliação das funções executivas em refugiado e pode-se constatar que a condição de refugiado não alterou as funções executivas no analisado. Importante salientar que o indivíduo avaliado é desenhista. Ao mesmo tempo que a condição de refúgio poderia prejudicar essas habilidades, o atual trabalho pode ajudar a manter conservada essas habilidades. Alguns autores defendem que as FE são desenvolvidas na infância e com a maturidade elas se estabelecem. É válido considerar que os paquistaneses, devido seu contexto, crescem em um ambiente onde possivelmente as habilidades das FE como flexibilidade, memória de trabalho, controle de impulsos são desenvolvidas bem cedo.

REFERÊNCIAS

ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados). Disponível em: <http://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/>. Acessado em 15 de Setembro de 2018.

ANTUNES, José Antônio Pereira de Jesus. **Refugiados e saúde mental: acolher, compreender e tratar.** *Psic., Saúde & Doenças* [online]. 2017, vol.18, n.1, pp.115-130. ISSN 16450086. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180109>. Acessado em 8 outubro de 2018.

COGGIOLA, Osvaldo. *A Segunda Guerra Mundial, causas, estrutura, consequência.* Editora Contexto. 2° ed. São Paulo, 2015

CORSO, Helena Vellinho *et al.* **Metacognição e funções executivas: relações entre os conceitos e implicações para a aprendizagem.** *Psic.: Teor. e Pesq., Brasília*, v. 29, n. 1, p. 21-29, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 25 novembro de 2018.

DIAS, Natália Martins; MENEZES, Amanda; SEABRA, Alessandra Gotuzo. **Alterações das funções executivas em crianças e adolescentes.** *Est. Inter. Psicol., Londrina*, v. 1, n. 1, p. 80-95, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072010000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 27 novembro de 2018.

DOELLINGER, Patrícia von *et al.* **Prematuridade, Funções Executivas e Qualidade dos Cuidados Parentais: Revisão Sistemática de Literatura.** *Psic.: Teor. e Pesq., Brasília*, v. 33, e3321, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722017000100201&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 4 outubro de 2018.

GALINA, Vivian Fadloet *al.* **A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2017, v. 21, n. 61.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0929>>. ISSN 1807-5762. Acessado em 18 setembro de 2018.

NUNES, Daniela; MONTEIRO, Luís; LOPES, Emanuela. **INECO frontal screening: um instrumento para avaliar as funções executivas na depressão.** *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 177-196, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652014000200011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 17 novembro de 2018.

SAGLIO-YATZIMIRSKY, Marie-C.. **Do relatório ao relato, da alienação ao sujeito: a experiência de uma prática clínica com refugiados em uma instituição de saúde.** *Psicol. USP*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 175-185, Aug. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642015000200175&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D2014016>. Acessado em 15 novembro de 2018.

SAMPAIO, J. D. R. **O Maslow desconhecido: uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação.** *Revista de Administração*, v. 44, n. 1, art. 1, p. 5-16, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223417526001>> ISSN 0080-2107. Acessado em 15 de novembro de 2018.

UEHARA, Emmy; CHARCHAT-FICHMAN, Helenice; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. **Funções executivas: um retrato integrativo dos principais modelos e teorias desse conceito.** *Neuropsicologia Latinoamericana*, Calle, v. 5, n. 3, p. 25-37, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-94792013000300004&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.5579/rnl.2013.145>. Acessado em 15 novembro de 2018.

Avaliação do *distress* de pacientes em situação de cirurgia ortopédica¹⁴

Assessment of distress in patients undergoing orthopedic surgery

RESUMO

Distress é uma experiência desagradável de natureza psicológica, social e/ou espiritual. Corresponde ao estresse patológico em diferentes etapas do adoecimento. Nos pacientes cirúrgico-ortopédicos acarreta prejuízos no plano terapêutico e na adesão ao tratamento. Assim, este estudo objetivou avaliar o distress de pacientes em situação de cirurgia-ortopédica, internados no Hospital das Clínicas de Goiânia. Participaram 30 pacientes, com idade entre 18 e 65 anos, que se submeterem ao Termômetro de Distress, a Escala de Ansiedade e Depressão e ao Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. Pôde-se constatar que cerca de 80% dos pacientes apresentaram distress. Essa alta incidência evidenciou a necessidade de incluir o manejo do distress no hospital, para melhorar a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Cirúrgico-ortopédico, avaliação, distress, estresse, avaliação.

1 INTRODUÇÃO

As doenças/fraturas ósseas e musculares, em geral, são fenômenos que incluem tanto os aspectos médicos, quanto os psicossociais, e que, muitas vezes, necessitam de intervenção cirúrgica e psicológica.

Para Covert (2008) As doenças ósseas e musculares englobam a osteoporose, as artrites, a artrose, a gota e também problemas inflamatórios como bursites e tendinites. Existem também, outros tipos de doenças ósseas (que independem do trauma), como o câncer ósseo, luxações congênitas e deformidades ósseas, as hérnias de disco.

Por outro lado, Oliveira (2014) acredita que existem as fraturas ósseas que são perdas da continuidade de um osso, que o divide em dois ou mais fragmentos. As fraturas ósseas são acontecimentos muito frequentes.

Cerca de 40% delas acontecem no ambiente doméstico. Algumas fraturas são tão simples que nem chegam a ser percebidas ou resolvem-se espontaneamente, mas outras podem ser tão graves que podem levar a morte.

Oliveira (2014) acredita que fraturas podem ocorrer aleatoriamente a todas as pessoas, mas há uma maior incidência em certos grupos específicos, tais como: em mulheres após a menopausa, devido à osteoporose (diminuição da densidade do osso pela menor produção de hormônios estrogênicos) e em idosos, devido ao maior número de quedas e a fragilidade óssea e muscular.

Outra causa frequente de cirurgias ortopédicas são as amputações de membros, geralmente como resultado de uma lesão, doença, infecção ou para remover tumores dos ossos e músculos. Guedes (2013), pontua que existem pessoas mais propensas a isso, como o

¹⁴ Jéssica Hellena Candine Grazziotim: discente do Curso de Psicologia da Universo-Go.

diabético, que tem problemas imunológicos e de cicatrização, se fere mais fácil e esse pequeno ferimento pode se transformar na porta de entrada para infecções que, se não forem tratadas adequadamente, poderão resultar em amputação.

Tais doenças, fraturas e/ou casos de amputações causam dores e podem afetar gravemente a qualidade de vida do indivíduo. Por esta razão, é necessário o tratamento médico e psicológico, levando a internação do paciente.

As lesões traumáticas do sistema ósseo podem determinar perdas funcionais importantes. A intervenção eficaz para o restabelecimento das estruturas afetadas, muitas vezes, é a cirurgia ortopédica.

Garanhani e Hayashi (2012) relataram que os pacientes ortopédicos necessitam de atenção especial, seja na fase que antecede a cirurgia, dados os sentimentos de ansiedade e medo, seja no período pós-operatório, pois muitas vezes ficarão limitados nas atividades de vida diária.

Um estudo, publicado por Paula, Reis, Ribeiro e Gagliazzi (2011) aponta que se tratando de pacientes ortopédicos, as ferramentas para o gerenciamento da dor são as farmacológicas (administração de medicamentos), e não farmacológicas (mobilidade e movimentação, acupuntura, massagem terapêutica, relaxamento, terapia, posicionamento e conforto).

Segundo esse mesmo estudo, no pós-operatório imediato, o desconforto doloroso pode alterar o metabolismo do paciente, afetando os sistemas pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal, urinário, neurológico e endócrino. Seu alívio traz, portanto, diminuição destas intercorrências.

Em um ambiente hospitalar, existem elementos que podem surgir e causar danos ao paciente, como a ansiedade para a cirurgia, o medo dos resultados, entre outras situações que podem afligir fisicamente e/ou psicologicamente o sujeito.

Paula e colaboradores (2011), apontaram que a dor traz prejuízos na recuperação do paciente submetido à cirurgia ortopédica, essa dor pós-operatória é relatada por número significativo de pacientes como a pior experiência da sua vida. Associam-se à dor fatores de complicações físicas e emocionais que podem agravar a situação de doença ou trauma que motivou a cirurgia.

Para Decat (2008) o estresse não é algo que pode ser evitado, ele faz parte do dia-a-dia e está presente em vários momentos. O organismo percebe o agente estressor (interno ou externo), desenvolve um processo de desgaste e se torna prejudicial quando o sujeito está exposto por muito tempo ou intensamente ao agente estressor.

Segundo Lipp (2003) existe uma dificuldade em empregar a palavra estresse, pois é ao mesmo tempo usada para designar uma condição, causa ou algo que desencadeante de uma reação do organismo e para descrever o efeito, podendo ser definido em alguns momentos como impulso, como resposta, ou ao mesmo tempo como um conjunto de fatores em interação.

É necessário que pacientes que estejam com níveis de ansiedade altos, depressão, entre outros sintomas, que podem ser prejudiciais a recuperação do paciente, sejam acompanhados por um psicólogo.

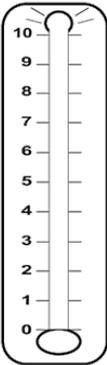
No estudo de Decat (2008) foi destacado que, para a psicologia, esses transtornos representam estados psicológicos intermediários entre a patologia e uma reação normal ao estresse.

Com isso, a literatura disponibiliza instrumentos de medida de estresse de aplicação geral, os quais vêm sendo empregados em diferentes contextos ocupacionais e em saúde, como

por exemplo, as escalas que avaliam o distress.

O Distress Thermometer (Termômetro de Distress – TD), como ilustra na Figura 1, é um instrumento que analisa tanto o nível de distress (TD), quanto identifica suas possíveis causas – Lista de Problemas - National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2007.

Figura 1. Termômetro de Distress / Fonte: National Comprehensive Cancer Network, 2007

NCCN [®] Practice Guidelines in Oncology – v.1.2007		Distress Management	
<p>SCREENING TOOLS FOR MEASURING DISTRESS</p> <p>Instructions: First please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.</p>		<p>Second, please indicate if any of the following has been a problem for you in the past week including today. Be sure to check YES or NO for each.</p>	
<p>Extreme distress</p>  <p>No distress</p>		<p>YES NO Practical Problems</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Child care</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Housing</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insurance/financial</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transportation</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Work/school</p>	<p>YES NO Physical Problems</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Appearance</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bathing/dressing</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Breathing</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Changes in urination</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipation</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrhea</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eating</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatigue</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Feeling Swollen</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fevers</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Getting around</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indigestion</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Memory/concentration</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mouth sores</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausea</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nose dry/congested</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pain</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexual</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Skin dry/itchy</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sleep</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tingling in hands/feet</p>
		<p>Family Problems</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with children</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with partner</p>	
		<p>Emotional Problems</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depression</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fears</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervousness</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sadness</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Worry</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Loss of interest in usual activities</p>	
		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spiritual/religious concerns</p>	
		<p>Other Problems: _____</p>	

Segundo Decat (2008), o distress é definido como uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que oscila entre a percepção da própria vulnerabilidade, tristeza, fantasias e medo antes do desconhecido e reações mais intensas como depressão, ansiedade, pânico, crises existenciais e isolamento social.

Como se refere Decat (2008), distress é considerado como uma resposta natural de uma pessoa que vivencia a doença e seu tratamento, caracterizando-se, por exemplo, por uma variação constante de humor. Mas, também abrange evoluções mais graves, que podem conduzir a um distúrbio psiquiátrico, tais como depressão maior ou distúrbio de ansiedade generalizada.

Segundo Sparrenberger, Santos e Lima (2003), a ideia de distress está muito ligada à evolução do conceito de estresse. Os diferentes fatores estressantes poderiam induzir formas benéficas e/ou danosas de estresse (eustress e distress, respectivamente).

O eustress corresponde ao estresse saudável, positivo, criativo, onde o excedente de energia transforma-se em prazer, vitalidade, alegria de viver e os obstáculos são encarados como desafio.

Selye (1965) apontou que a incapacidade para superar a vivência de experiências estressantes desgasta o indivíduo, levando a uma ruptura do bem-estar individual, o que constituiria o distress. Tais estressores são percebidos pelo indivíduo como ameaça, necessidade de ajuda ou alerta, o que dá início a uma resposta, visando a adaptar-se à situação.

Segundo Sparrenberger, Santos & Lima (2003), a adaptação, neste contexto, é entendida como processo dinâmico mediante o qual os pensamentos, os sentimentos, a conduta e os mecanismos biofisiológicos do indivíduo mudam continuamente para se ajustar a um ambiente em contínua transformação.

Entre os instrumentos desenvolvidos mais citados na literatura para avaliar distress, destacam-se o Beck Depression Inventory (BDI), composto por 21 itens e que é usado para avaliar sintomas de depressão, somáticos e cognitivos (Beck, Ward & Mendelson, 1961).

A escala Brief Symptom Inventory (BSI) consta de 53 itens e avalia possíveis transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade e somatização), medindo a intensidade sintomatológica e pode ser aplicado por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e outros profissionais de saúde e possui uma versão abreviada (Derogatis, 2001). Já a escala General Hospital Questionnaire (GHQ) solicita que o paciente compare seu estado atual com seu funcionamento normal (Goldberg, 1978).

Outra escala é a Hospital Anxiety and Depression (HAD): validada no Brasil com o nome de Escala de Ansiedade e Depressão; abrange 14 itens destinados a medir ansiedade, depressão e distress (Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. & Pereira, 1995).

Essa pesquisa foi executada por meio de um estágio curricular obrigatório em Psicologia, fornecido pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, em parceria com o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, como modo de avaliação e construção de um trabalho de conclusão de curso.

1.1 Objetivos gerais

Avaliar o distress dos pacientes em situações de cirurgia ortopédica, internados no Hospital das Clínicas de Goiânia.

1.2 Objetivos específicos

- Avaliar o perfil sócio demográfico de pacientes cirúrgicos ortopédicos.
- Avaliar indícios de ansiedade e de depressão hospitalar dos pacientes cirúrgicos ortopédicos.
- Avaliar o distress de pacientes cirúrgicos ortopédicos.
- Correlacionar os resultados das escalas de Ansiedade Depressiva com o de distress.
- Correlacionar o Termômetro de Distress com a escala de Ansiedade e Depressão e o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp.

1.3 Relevâncias e justificativa desta pesquisa

Este estudo foi iniciado para contribuir com a qualidade da assistência prestada aos pacientes internados para cirurgia ortopédica do Hospital das Clínicas de Goiânia e, conseqüentemente, proporcionar ao paciente uma melhor qualidade de vida.

1.4 Pergunta problema

A aproximação dos pacientes a situações de cirurgia ortopédica desencadeia quadros de ansiedade e de depressão consideráveis?

1.5 Hipótese

A aproximação dos pacientes a situações de cirurgia ortopédica desencadeia quadros de ansiedade e de depressão consideráveis podendo ocasionar uma pior evolução clínica e queda da qualidade de vida dos mesmos.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Descritivo, exploratório e quantitativo.

2.2 Campo de estudo

O Hospital das Clínicas, de Goiânia, é uma unidade acadêmica da Universidade Federal de Goiás que tem por objetivo proporcionar assistência, ensino, pesquisa e extensão em diversas áreas da saúde.

2.3 Participantes

30 pacientes cirúrgicos; de ambos os sexos; com idades entre 18 e 65 anos procedentes da cirurgia ortopédica.

Critério de Inclusão: Concordar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; não apresentar comorbidades.

Critério de Exclusão: Evoluir com comorbidades; apresentar indícios de transtornos psiquiátricos.

2.4 Instrumentos para coleta de dados para amostras

 *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE*: Constam informações sobre a pesquisa e instrumentos que serão utilizados, deixando claro o sigilo sobre a identidade dos participantes. Também consta número para contato com a pesquisadora, se houver dúvidas posteriores. Será assinado em duas vias do mesmo, sendo que uma via ficará com o participante e outra com a pesquisadora.

 *Questionário sócio demográfico*: Trata-se de um instrumento onde serão colhidos dados pessoais, tais como: nome, idade, estado civil, número de filhos, composição familiar, nível de escolaridade, religião, situação profissional, rendimento familiar salarial bruto mensal, naturalidade (e tempo que mora na cidade atual), prática de exercícios físicos, quantidade de amigos, se participa de alguma atividade social e como o participante avalia sua vida.

 *Termômetro de Distress (TD)*: proposto pela NCCN (2007), a tradução foi autorizada pelos autores Jimmie C. Holland e Andrew Roth, executada por uma doutora em Literatura Comparada e revisada por uma auxiliar de tradutor juramentada. Esta ferramenta de diagnóstico apresenta a figura de um termômetro que avalia o nível de *distress* de 0 (zero) – sem *distress*, até o 10 (dez) – *distress* extremo. Este instrumento também compreende uma Lista de Problemas com 35 itens. É solicitado que o participante responda aos itens, baseando suas respostas em como se sentiu durante a última semana. Decat (2008) esclarece que foi necessário acrescentar a categoria ‘não se aplica’ à Lista de Problemas para aqueles casos em que ‘sim’ ou ‘não’ não correspondem à realidade (ex.:filhos, companheiro, trabalho, escola, etc.), sendo que na versão original, as únicas possibilidades de respostas a serem assinaladas são ‘sim’ ou ‘não’. O TD deve ser corrigido de acordo com as instruções definidas pelo protocolo *Distress Management* da NCCN (2007), segundo o qual, indica o escore igual ou acima de quatro, um nível significativo de *distress* e escore abaixo de quatro, *distress* leve. Quanto à Lista de Problemas, é contabilizada a quantidade de problemas informados pelo participante.

 *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)*: traduzida e validada no Brasil por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. e Pereira (1995), destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em contexto não psiquiátrico. Propõe duas subescalas, com sete questões cada, do tipo múltipla escolha, para medir ansiedade e depressão. A análise da escala HAD foi seguida pelos critérios previstos por Botega (1995). A pontuação

global de cada escala varia de 0 a 21, sendo o escore indicativo de ansiedade igual ou maior a oito e de depressão igual ou superior a nove. Quando destinada a avaliar *distress*, considera-se a HAD uma única escala, com pontuação entre 0 a 42, tendo como escore indicativo de *distress* o valor igual ou maior a 15.

 *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*: Validado em 1994 e padronizado em 2000. Reúne três quadros referentes às fases do estresse. No primeiro quadro (fase de alerta), são listados 15 sintomas (12 físicos e 3 psicológicos), a serem assinalados experimentados nas últimas 24 horas. O segundo (fase resistência e quase-exaustão), compreende 10 sintomas físicos e cinco psicológicos, em que o respondente irá assinalar aqueles experimentados na última semana. No terceiro quadro (exaustão), com 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, o respondente irá assinalar aqueles sentidos no último mês (Lipp, 2000).

O manual do ISSL apresenta os seguintes passos para avaliação dos resultados: no primeiro quadro, se o escore bruto for maior ou igual a seis, o estresse medido corresponde à fase alerta. No segundo quadro, se o escore bruto for entre 4 e 9 identifica-se a fase de resistência e, caso o escore esteja entre 10 e 15, indica a fase de quase-exaustão. No terceiro quadro, se o escore bruto for maior do que oito, a pessoa avaliada encontra-se em fase de exaustão.

3 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca dos estudos para referências foram realizada nos sites acadêmicos scielo.org e Google Acadêmico. Além disso, a busca se baseou também em livros impressos e em formato virtual. Para garantir a saturação da literatura, foram analisadas listas de referência de estudos com revisões relevantes identificadas por meio de pesquisa manual. Não houve busca em literatura cinzenta em função da heterogeneidade e dificuldade de identificação, extração, síntese e gerenciamento deste tipo de literatura.

Utilizou-se na estratégia de busca as seguintes palavras-chave ou descritores: Distress; Psicologia Hospitalar; Ansiedade; Pacientes da Ortopedia;

A busca foi realizada de acordo com as orientações de cada base de dados, biblioteca ou portal de periódicos conforme está na estratégia de busca que consta na Tabela 1.

Tabela 1 Estratégia de busca

Base de dados	Termos de pesquisa	Resultados
Scielo	Distress	2395
Scielo	Psicologia Hospitalar	179
Scielo	Ansiedade	1248
Biblioteca pessoal: Virtual e impressa	Pacientes da Ortopedia	956
Biblioteca pessoal: Virtual e impressa	Ansiedade pré-cirúrgica	12
Total encontrado		4.790
Total utilizado		18

Scientific Electronic Library Online (SciELO)

3.1 Seleção e extração dos dados

Uma pesquisadora realizou a busca e selecionou os estudos de forma independente, com a utilização de um software específico de gerenciamento de referências (EndNote Web). A seleção ocorreu em quatro fases e após cada uma delas, a pesquisadora verificou inclusões e exclusões, buscando consenso entre os resultados;

Na fase 1 (Identificação), realizou-se a busca dos estudos e verificou-se, por meio do software EndNote, quais eram os duplicados e foram removidos; na fase 2 (Triagem), fez-

se a leitura dos títulos e dos resumos dos artigos e aplicou-se os critérios de exclusão; na fase 3 (Elegibilidade), fez-se a busca manual e leitura dos artigos completos, com a seleção dos que atendiam a todos os critérios de elegibilidade (Participantes, Intervenção, Comparação, Resultados, Desenho do estudo); na fase 4 (Inclusão), construiu-se uma tabela com identificação, objetivos, método, resultados e conclusões com posterior síntese qualitativa dos estudos.

3.2 Síntese das evidências

A leitura dos artigos completos possibilitou verificar que os estudos são heterogêneos e que não era possível realizar meta-análise.

3.3 Seleção dos estudos

Identificou-se inicialmente 4.790 registros de estudos nas bases de dados. Houve a exclusão de 16 duplicados, ficando 4.774 para a próxima fase. Na fase de leitura dos títulos foram excluídos 4.000 e 700 na leitura dos resumos por não atenderem aos critérios de inclusão, ficando 74 registros.

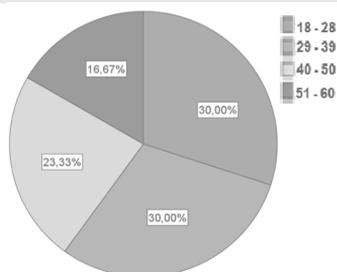
Com a leitura dos estudos completos, foram excluídos 56 registros por não abrangerem totalmente o tema abordado. Foram selecionados 18 estudos para síntese qualitativa dos dados, conforme Tabela 1.

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em quatro tópicos. Inicialmente serão apresentados os dados obtidos com o questionário sócio-demográfico. Em seguida, serão apresentados os resultados obtidos com o Termômetro de *Distress*, com a Escala de Ansiedade e Depressão e com o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp.

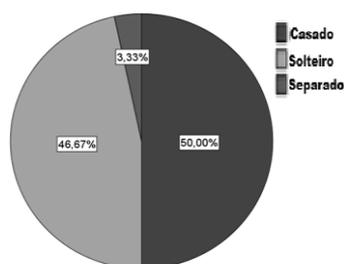
4.1 Perfil Sócio-demográfico

Figura 2 - Frequência da Idade de pacientes cirúrgicos ortopédicos do HC/UFG (N= 30).



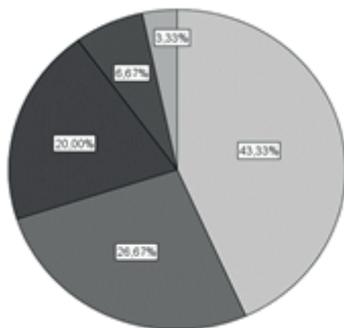
Dos entrevistados, a maior parte (60%) tem idade entre 18 anos a 39 anos.

Figura 3 - Frequência de Estado civil de pacientes cirúrgicos ortopédicos do HC/UFG (N= 30).



Quanto ao estado civil, 50% são casados, 46,67% solteiros e 3,33% separados. Sobre a frequência de existência de filhos, dos entrevistados, 53,33% têm filhos e outros 46,67% não têm filhos. A maioria (63,33%) têm a composição familiar entre 4 a 5 pessoas, 33,33% entre 2 a 3 pessoas e 3,33% moram sozinhos.

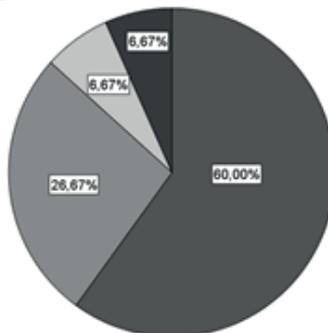
Figura 4. Frequência de Nível de escolaridade de pacientes cirúrgicos ortopédicos do HC/UFG (N= 30).



- Ensino Médio Completo
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Superior Completo

Dos entrevistados, 43,33% terminou o ensino médio.

Figura 5. Frequência de Religião dos pacientes cirúrgicos ortopédicos do HC/UFG (N= 30).

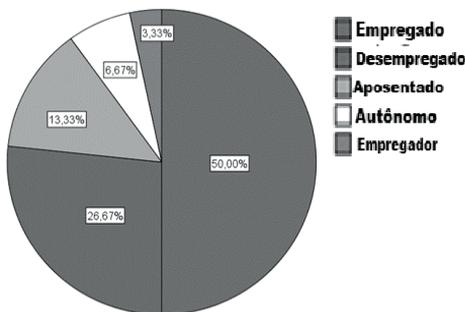


- Protestante
- Católica
- Espírita
- não tem

A maioria dos entrevistados (60%) segue a religião do Protestantismo.

Quanto à condição atual de emprego 50% dos entrevistados se encontram empregados.

Figura 6. Frequência de Ocupação de pacientes cirúrgicos ortopédicos do HC/UFG (N= 30)



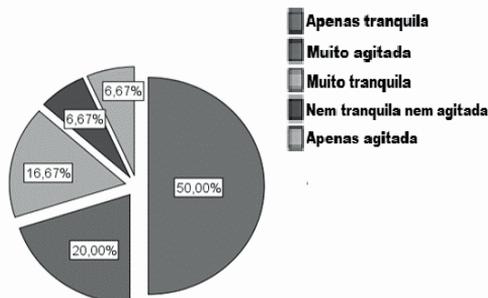
- Empregado
- Desempregado
- Aposentado
- Autônomo
- Empregador

Sobre a Renda familiar, 53,33% tem a renda familiar entre 04 e 06 salários mínimos e outros 46,67% entre 01 e 03 salários mínimos. Dos participantes entrevistados, a maioria (60%) é de Goiânia, enquanto os outros 40% são de cidades do interior de Goiás.

A partir da frequência de prática de atividades físicas, pode-se notar que 26,67% consideram praticar e

outros 73,33% não praticam. Segundo os questionários aplicados, 86,67% dos participantes têm amigos e a maioria dos participantes (60%) considera que exerce alguma atividade social.

Figura 7. Frequência de Forma que os pacientes cirúrgicos ortopédicos consideram viver a vida (N= 30).



A metade dos participantes entrevistados (50%) acredita viver a vida de forma 'apenas tranquila'.

4.2 Termômetro de *Distress*

Responderam ao instrumento 30 participantes. A maior parte dos participantes (83,33% - 25 sujeitos) apresentou um quadro significativo de *distress* e apenas 16,67% (5 sujeitos) não apresentaram.

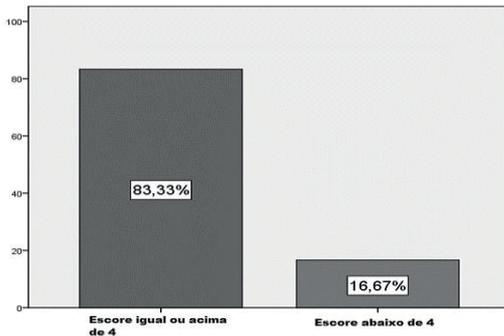
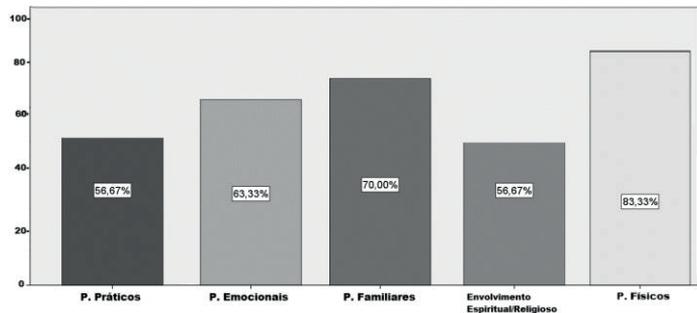


Figura 8. Frequência de *Distress* de pacientes cirúrgicos ortopédicos do HC/UFG (N= 30).

A maioria dos entrevistados (83,33%) assinalou que apresenta problemas físicos, como problemas com a aparência, tomar banho ou se vestir, fadiga, dores e problemas com o sono.

Figura 9 - Frequência dos problemas selecionados na Lista de Problemas de pacientes cirúrgicos ortopédicos do HC/UFG(N= 30).



4.3 Escala de Ansiedade e Depressão (HAD)

A escala HAD, ao avaliar o *distress*, apontou que 80% dos participantes estavam com *distress* no momento que foram entrevistados.

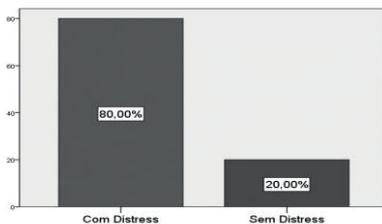
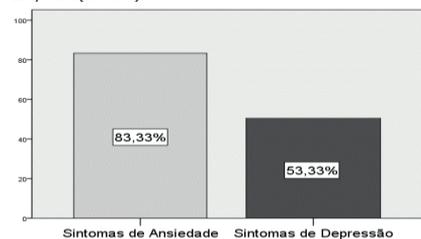


Figura 10. Frequência de *distress* apontada pela Escala HAD de pacientes cirúrgicos ortopédicos do HC/UFG (N= 30).

Figura 11. Frequência de sintomas de ansiedade e de depressão de pacientes cirúrgicos ortopédicos do HC/UFG(N= 30).



Ao avaliar a ansiedade e a depressão, este instrumento apontou que 83,33% dos participantes apresentaram quadro de ansiedade e 53,33% de depressão.

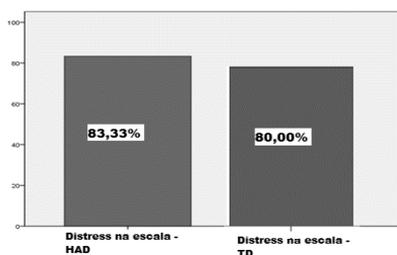


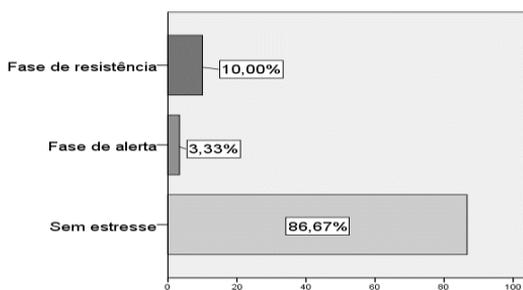
Figura 12. Comparação de incidência de distress indicada por TD e HAD de pacientes cirúrgicos ortopédicos do HC/UFG (N= 30).

4.4 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipss (ISSL)

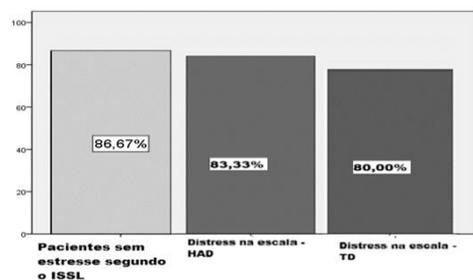
O ISSL apontou que 86,67% dos participantes estavam sem estresse, 3,33% estavam na fase de alerta, 10% estavam na fase de resistência e nenhum na fase de exaustão. Seguem-se as frequências de sintomas assinalados:

-  Período referente às últimas 24 horas: dos 15 itens descritos (12 físicos e três emocionais), oito foram citados. Pelo menos um sintoma foi assinalado pelo participante. Os sintomas mais citados foram: tensão muscular, insônia, boca seca, mudança de apetite e aumento de sudorese.
-  Período referente à última semana: dos 15 sintomas listados (10 - físicos e cinco - emocionais), 14 foram citados (o único não citado foi 'Dúvida quanto a si próprio'). Houve participantes que não assinalaram nenhum dos sintomas.
-  Período referente ao último mês: dos 23 sintomas listados (12 - físicos e 11 emocionais), 15 foram citados. Os mais citados foram cansaço excessivo, impossibilidade de trabalhar, insônia e apatia, depressão ou raiva prolongada.

Figura 13 - Frequência de classificação de estágio de estresse, de acordo com o Inventário de Sintomas de Stress para adultos de LIPP - ISSL de pacientes cirúrgicos ortopédicos do HC/UFG (N= 30).



4.5 Relação entre o Termômetro de Distress, a Escala de Ansiedade e Depressão e o Inventário de sintomas de Stress para Adultos de Lipp



Ao classificar os resultados obtidos no ISSL em duas categorias: sem estresse e com estresse (alerta + resistência + exaustão) e comparar com os resultados do TD e do HAD, verificou-se uma grande discrepância da frequência de *distress* entre ISSL e HAD.

Figura 14 -Comparação dos indicadores obtidos por ISSL, HAD e TD de pacientes cirúrgicos ortopédicos do HC/UFG (N= 30).

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar o *distress* dos pacientes em situação de cirurgia ortopédico, internados no Hospital das Clínicas de Goiânia, o que foi analisado por meio do perfil sócio-demográfico, de escores de *distress* e de ansiedade e depressão dos pacientes cirúrgicos ortopédico.

Por meio do levantamento do perfil sócio-demográfico, pôde-se constatar que a idade dos pacientes varia muito, porém, a maioria (60%) tem a idade entre 18 e 39 anos e apresentam características distintas entre eles. Com esses resultados, não foi confirmado os dados de Oliveira (2014), onde aponta que há uma maior incidência em certos grupos específicos, tais como em mulheres após a menopausa (devido à osteoporose) e idosos (devido ao maior número de quedas e à fragilidade óssea e muscular).

A maioria (60%) dos participantes reside em Goiânia e outros 40% vieram do interior de Goiás para tratamento em Goiânia, o que representam uma mudança expressiva na ecologia do participante.

Na presente amostra, 83,33% dos pacientes cirúrgicos ortopédicos (Figura 8) apresentaram grau significativo de *distress*, segundo o Termômetro de *Distress*. Na Lista de Problemas (Figura 9), a maioria dos entrevistados (83,33%) assinalou que apresenta problemas físicos, como problemas com a aparência, tomar banho ou se vestir, fadiga, dores e problemas com o sono, e que 63,33% apresentam problemas emocionais.

O TD pode ser usado também para identificar o número de fatores que pode estar agravando o *distress*, possibilitando o planejamento de programas de intervenção voltados para a necessidade dos pacientes.

Assim, se os pacientes assinalarem em diversos itens associados a problemas físicos, incluindo manifestações de dor, é possível avaliar se essas alterações têm relação com os efeitos colaterais dos medicamentos ou se estão vinculadas a intensa ansiedade.

Esses dados corroboram o que Paula e colaboradores (2011) publicaram, onde a dor traz prejuízos na recuperação do paciente submetido à cirurgia ortopédica. Associam-se dor à fatores de complicações físicas e emocionais que podem agravar a situação de doença ou trauma que motivou a cirurgia.

Garanhani e Hayashi (2002) apontaram que os pacientes ortopédicos necessitam de atenção especial, na fase que antecede a cirurgia e no pós-operatório dados os sentimentos de ansiedade e que, muitas vezes, ficarão limitados nas atividades de vida diária. Isto foi confirmado com a escala de HAD (Figura 11) onde se apontou que a maioria dos pacientes (83,33%) apresentou ansiedade e pouco mais da metade (53,33%) apresentou depressão.

O presente estudo constatou convergência entre o TD e a escala de HAD (Figura 12), considerando que o primeiro instrumento de apenas um item é comparável ao segundo instrumento, bem mais extenso.

Apesar da aparente proximidade dos resultados obtidos com o TD e a HAD, a figura 14 retrata a discrepância existente entre estes instrumentos e o ISSL, o mesmo que ocorreu no estudo de Decat (2008). Isto pode ter ocorrido, pois, segundo Lipp (2000), há pessoas que quando estressadas desenvolvem quadros de ansiedade ou depressão, enquanto outras passam a ter gastrite ou outro sintoma físico.

Ainda sobre os resultados obtidos através do ISSL, pode ter ocorrido uma dificuldade em se avaliar os sintomas com um inventário temporal: 24h, última semana e último mês. Pois, existe uma tendência das pessoas a enfatizar acontecimentos mais recentes e mais marcantes nas avaliações com escalas temporais muito distantes, como é o caso do período

referente ao último mês.

Estas informações ajudam a formular tratamento ou ações preventivas que levam em consideração a predisposição do paciente em apresentar sintomas de uma natureza ou de outra.

Este estudo implicou em benefícios, a começar pela própria apresentação de como o paciente está vivenciando o tratamento. O instrumento se mostrou útil, atendendo as necessidades, pois é prático, preciso, produzindo informações fundamentadas. Isso tornará possíveis intervenções direcionadas para o *distress*.

É necessário que haja acompanhamento psicológico aos pacientes cirúrgicos ortopédicos, aprimorando o serviço prestado, contribuindo para o tratamento e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida do mesmo.

6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

As limitações encontradas foram referentes à aplicação de instrumentos em pacientes acamados, em meio à procedimentos médicos e de higiene, respeitando as normas do hospital estudado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao que tudo indica, as aproximações dos pacientes ortopédicos às situações de cirurgias ortopédicas desencadeiam quadros de ansiedade e de depressão consideráveis podendo ocasionar uma pior evolução clínica e queda da qualidade de vida dos mesmos.

É importante considerar a introdução das aplicações de escalas para avaliar o *distress* na rotina hospitalar. Com isso, é possível contribuir para a identificação rápida e proporcionar um maior controle dos transtornos de humor e psicossociais.

A escala do Termômetro de *Distress*, além de ser eficaz, é um instrumento de fácil compreensão e que pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde, o que torna possível a sua inclusão na rotina de serviços.

Os resultados obtidos neste estudo revelam a importância de executar uma avaliação do *distress* em pacientes cirúrgicos ortopédicos. Ao que tudo indica, após a aviação, deve-se iniciar o acompanhamento psicológico aos pacientes com o intuito de reduzir o nível de *distress*, dos quadros de ansiedade e depressão durante sua internação.

Desta forma, se abre possibilidades para efetuar um trabalho preventivo, assim, possibilitando uma melhor qualidade da assistência oferecida aos pacientes cirúrgico-ortopédico internados no HC/UFG.

Seria plausível que esse acompanhamento se estendesse à etapa pós tratamento, para que fosse realizada uma nova avaliação do *distress*, levando em consideração o medo (que o paciente possa sentir) da reincidência.

Pode-se concluir que o presente estudo contribuiu para entender aspectos de desenvolvimento da pessoa e da rotina de atendimento em Ortopedia, proporcionando elementos para reflexões, novas possibilidades para o tratamento e humanização dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

ABC.MED, 2013. **Fratura óssea: definição, causas, sinais e sintomas, tipos de fraturas, diagnóstico, tratamento e evolução.** Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/ortopedia-e-saude/370949/fratura-ossea-definicao-causas-sinais-e-sintomas-tipos-de-fraturas-diagnostico-tratamento-e-evolucao.htm>>. Acessado em 10/03/2020

- BECK, A.; WARD, H.; MEDELSON, M.; **An inventory for measuring depression**. *Archives of General Psychiatry*, 1961.
- BOTEGA, N.; BIO, M.; ZOMIGNANI, M.; GARCIA, J.; PEREIRA, W.; **Transtorno do humor de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão**. *Revista de Saúde Pública*, 1995.
- COVERT, M.; **Tipos de doenças ósseas**, 2008. Disponível em: <http://www.ehow.com.br/tipos-doencas-osseas-fatos_4464/>. Acessado em 10/03/2020
- DECAT, C.; **Avaliação diagnóstica do distress: contribuições para rotina de atendimento em serviço de oncologia**. Dissertação (mestrado) — Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2008.
- DEROGATIS, L.; **Administration, scoring and procedures manual**. Minneapolis, MN: NCS Pearson, 2001.
- GOLDBERG, D.; **Manual of the general hospital questionnaire**. Winsdor, UK: NFER Publishing, 1978.
- GUEDES, M.; **Amputações**, 2013. Publicado no site <<http://drauziovarella.com.br/audios-videos/estacao-medicina/amputacoes/>>. Acessado em 10/03/2020.
- HAYASHI, J. GARANHANI, M.; **O cuidado pré-operatório ao paciente ortopédico sob o olhar da equipe de enfermagem**. *Rev. Min. Enferm*, 2012.
- HOSPITAL DAS CLÍNICAS GOIÂNIA. **Regimento interno do hospital das clínicas da universidade federal de Goiás**, 2014. Disponível em: <<http://www.hc.ufg.br/up/138/o/regimento-hc.pdf>> Acessado em: 10/03/2020.
- LIPP, M.; **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de LIPP (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- LIPP, M.; **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.
- MEDIPEDIA; **Conteúdos e serviços de saúde**, disponível em: <http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigoEnc&id=372#sthash.KeulVoFe.dpuf>. Acessado em 10/03/2020.
- PAULA, G.; REIS, V.; RIBEIRO, F.; GAGLIAZZI, M.; **Assistência de enfermagem e dor em pacientes ortopédicos na recuperação anestésica no Brasil**. *Rev. dor*, São Paulo Setembro, 2011.
- NCCN - National Comprehensive Cancer Network, **Distress management**, 2007. Disponível em <http://www.nccn.org/patients/resources/life_with_cancer/pdf/nccn_distress_thermometer.pdf> acessado em 10/03/2020.
- OLIVEIRA, J.; **Fraturas ósseas. Instituto de reabilitação estética e educação integrada**. Joinville, 2014.
- SELYE, H.; **Stress: A tensão da vida**. (F. Branco, Trad.) São Paulo: Ibrasa, 1965.
- SPARREBERG, F.; SANTOS, I.; LIMA, R.; **Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 2014.

Atendimento psicológico ao paciente cirúrgico com ênfase na anestesia¹⁵

Psychological care for surgical patients with an emphasis on anesthesia

RESUMO

O ato cirúrgico apresenta reações adversas às pessoas envolvidas: paciente, família, cirurgião, anesthesiologista e técnicos. Quando o paciente é hospitalizado, pode sofrer um processo de despersonalização, ou seja, um processo doloroso de quebra de identidade e perda de privacidade. Além disso, ele depara-se com o medo da morte, da anestesia, do procedimento em si e da recuperação. A escolha pelo tema deve-se à necessidade da realização do preparo cirúrgico por profissionais Psicólogos capacitados que, com escuta atenta, elucidando dúvidas, transmitindo confiança e empatia ao paciente, fizesse com que fatores ansiogênicos, estressantes e de risco, somados a uma patologia pudessem reduzir os desafios durante o período perioperatório. O objetivo do presente trabalho foi esclarecer a importância do envolvimento do Psicólogo com a equipe multidisciplinar no ato cirúrgico, voltando o olhar para as possíveis queixas e futuras ocorrências perioperatórias, buscando a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização. Esse estudo foi realizado segundo uma metodologia sistêmica, que se propôs a compreender o sistema que envolve o paciente cirúrgico no pré, intra e pós-cirúrgico. Para isso foram realizadas entrevistas abertas com anesthesiologista, psicóloga hospitalar e psicóloga organizacional; levantamento bibliográfico; visitas as Unidades de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico do Hospital Samaritano de Goiânia, além de ouvir relatos de pacientes sobre suas experiências cirúrgicas. Os resultados indicam que, o medo do desconhecido, da morte, a falta de informação, as fantasias do paciente e o manejo com os familiares, são as maiores causas de insegurança e ansiedade no perioperatório

Palavras-Chave: anestesia, perioperatório, preparo cirúrgico, Psicólogo.

ABSTRACT

The surgical procedure presents adverse reactions to the people involved: patient, family, surgeon, anesthesiologist and technicians. When the patient is hospitalized, he may undergo a process of depersonalization, that is, a painful process of breaking identity and loss of privacy. In addition, he is faced with the fear of death, anesthesia, the procedure itself and recovery. The choice for the theme is due to the need for surgical preparation by trained psychologists who, with attentive listening, elucidating doubts, transmitting confidence and empathy to the patient, made anxiogenic, stressful and risk factors, added to a pathology reduce challenges during the perioperative period. The objective of the present study was to clarify the importance of the Psychologist's involvement with the multidisciplinary team in the surgical act, looking at possible complaints and future perioperative occurrences, seeking to minimize the suffering caused by hospitalization. This study was carried out according to a systemic methodology, which proposed to understand the system that involves the surgical patient in the pre, intra and post-surgical. For this, open interviews were conducted with anesthesiologists, hospital psychologists and organizational psychologists; bibliographic survey; visits to the Intensive Care Units and Surgical Center

¹⁵ Alessandra B. Rodrigues, Irondina Siqueira de Assis, Letícia Viana, Lorena Marques Melo, Luciana P. M. Rochael, Natalia Carrijo Lopes, discentes do curso de Psicologia da PUC-Goiás. Dra. Andréa Batista Magalhães.

of the Samaritano Hospital in Goiânia, in addition to hearing reports from patients about their surgical experiences. The results indicate that the fear of the unknown, of death, the lack of information, the fantasies of the patient and the handling with family members, are the main causes of insecurity and anxiety in the perioperative period.

Keywords: *anesthesia, perioperative, surgical preparation, psychologist.*

1 INTRODUÇÃO

A Psicologia da Saúde é uma área recente, desenvolvida principalmente a partir da década de 70, cujas pesquisas e aplicações, respectivamente, visam compreender e atuar sobre a inter-relação entre comportamento e saúde e comportamento e doenças (Miyazaki, Domingos & Caballo, 2001, citado por Almeida & Malagris, 2011). Também são objetos de estudo os funcionamentos psicológicos habitualmente saudáveis envolvidos em situações que, mesmo implicando ajuste emocional, não acarretam alterações no estado de saúde, como por exemplo, a gravidez e o envelhecimento (Barros, 1999, citado por Almeida & Malagris, 2011).

De acordo com o CFP (Conselho Federal de Psicologia) o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar tem sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde, dessa forma o hospital passa a ser o símbolo máximo de atendimento em saúde, ideia que persiste até hoje. Segundo Sebastiani (2003, citado por Castro & Bornholdt, 2004) provavelmente, essa é a razão pela qual, no Brasil, o trabalho da Psicologia no campo da saúde é denominado Psicologia Hospitalar, e, não, Psicologia da Saúde. Contudo, segundo Souza e Pegoraro (2009), apesar da Psicologia Hospitalar está centrado no hospital, a mesma não se baseia no modelo biomédico e sustenta suas práticas levando sempre em consideração o todo, ou seja, o físico, psíquico e social.

Um elevado número de pessoas se submete, anualmente, a intervenções cirúrgicas. Covre, Fernandes, Melo e Tostes (2019) conduziram um estudo de séries temporais dos procedimentos cirúrgicos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, no período de 2008 a 2016. Os resultados evidenciaram que a tendência das 37.565.785 internações cirúrgicas analisadas, segundo subgrupos de procedimentos cirúrgicos, no período de 2008 a 2016, foi constante. A média de permanência (3,8 dias) declinou, o custo médio (389,16 dólares) e a mortalidade (1,63%) foram crescentes.

Nesse contexto, a anestesia é um componente fundamental dos processos assistenciais cirúrgicos. Essa especialidade da medicina, em sua nova e atual concepção mundial, é caracterizada como Medicina Perioperatória o que amplia a participação do médico anesthesiologista para além do ato anestésico (Neto, 2004). Dessa forma, o profissional envolver-se-ia em todo período perioperatório, incluindo os processos da área em questão: (a) avaliação pré-anestésica; (b) procedimento anestésico, propriamente dito; (c) analgesia e cuidados pós-operatórios; (d) visita pós-anestésica (Slullitel, 2008). O manejo perioperatório qualificado, seguro e racional é hoje uma das principais medidas de impactos em saúde pela possibilidade de desenvolver na equipe o foco no paciente (Pina, 2018; Verner, Silva, Gomes & Macedo, 2018).

A consulta pré-anestésica prevista em lei (Conselho Federal de Medicina - CFM, 2018), mas ainda pouco difundida na prática médica, é vista como uma ação eficaz para o estabelecimento do diálogo entre médico e paciente, assim como um importante elemento para um suporte acolhedor e humanizado (Santos, Fernandes & Oliveira, 2012). Essa avaliação prévia, de responsabilidade intransferível do anesthesiologista, permite uma análise mais aprofundada, tornando possíveis investigações adicionais e melhora do estado clínico, diminuindo uso de medicações e custos hospitalares e melhorando a qualidade do preparo, assim como, é um meio eficaz para a transmissão de informações claras, simples e entendíveis (Meneses, 2001; Bisinotto, Pedrini, Alirio & Andrade, 2007; Santos et al, 2012).

O direito à informação é garantido pelo Código de Ética Médica (2018), assim como os princípios da beneficência, da não-maleficência, do respeito à autonomia e da justiça são apresentados como pontos essenciais da prática da Anestesiologia e cujo objetivo é, primordialmente, a preservação da dignidade do ser humano. A observação desses princípios protege o paciente de resultados inesperados, indesejáveis e também o anestesiológista de implicações na esfera ética ou jurídica em face de complicações fortuitas (Udelmann, 2006).

O ato cirúrgico irá despertar reações no paciente, sujeito que é composto por características biopsicossociais. Quando este sujeito passa a ser um paciente hospitalizado, este pode sofrer um processo de despersonalização, ou seja, sofre de um processo doloroso à sua quebra de identidade, o paciente deixa de ter um nome e passa a ter um número de leito, deixa de ter sua privacidade. Além disso, ele depara-se com o medo da morte, da anestesia, do procedimento em si e da recuperação, sendo esses os temas principais das fantasias do paciente pré- cirurgico (Figuera & Viero, 2005; Daian, Petroianu, Alberti & Jeunon, 2012).

Dessa forma, tem-se demandado, dentro do ambiente hospitalar, a atuação dos psicólogos no preparo para as cirurgias. O cuidado psicológico com pacientes cirúrgicos deveria iniciar-se durante as consultas pré-operatórias, oferecendo aos pacientes a oportunidade de falarem livremente sobre o procedimento cirúrgico e esclarecendo-lhes as dúvidas, removendo o estigma de que a UTI (Unidade de Terapia Intensiva) significa agravamento no quadro e sim um local de recuperação (Daian et al, 2012).

Estudos apontam que pacientes que tem uma boa preparação pré- operatória vivenciam o pós-operatório de maneira mais satisfatória e menos estressante e ansiogênica. Com o apoio psicológico adequado é possível que o paciente possa expressar de forma espontânea seus medos, angustias, ansiedades e fantasias frente a cirurgia. Assim o paciente cria laços de confiança e empatia e o psicólogo é a ponte entre seus familiares, paciente cirúrgico e a equipe cirúrgica (Ramos, Lira & Medeiros, 2018).

De acordo com Trinca (2003, citado por Ramos *et al*, 2018) um conjunto de fatores ansiogênicos somados a uma patologia de base gera maior número de intercorrências como: picos hipertensivos, hemorragias mais intensas no intra- operatórios, redução da resistência imunológica e transtornos psicossomáticos, por isso a importância da cirurgia, pilar principal do ato operatório e da equipe médica saber lidar com este indivíduo, com suas fantasias, dúvidas, medos e expectativas. Cabe a equipe multidisciplinar um olhar mais rigoroso e seguro para as possíveis queixas e futuras situações pré e pós-operatórias, buscando a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização.

Conforme Ruschel (2000, citado por Ramos *et al*, 2018) relata a importância de não negligenciar os aspectos psicológicos em se tratando de cirurgias em especial, pois pode acarretar em um aumento de complicações emocionais, sendo elas: depressão, ansiedade e sensação de catástrofe, podendo resultar também em um pós-operatório não tão satisfatório. Já pacientes que possuem um amparo psicológico terão uma diminuição do nível de ansiedade, estresse cirúrgico, favorece a redução do tempo de recuperação cirúrgica e alta hospitalar, sendo este um caminho para enfrentar as angústias psicológicas do paciente antes e depois da cirurgia por meio da escuta qualificada no acolhimento (Cochran, 1984; Grosseman & Stoll, 2008).

No entanto, a análise desenvolvida por Tesser e Prebianchi (2014) destaca que a prática profissional direcionada a atenção psicológica aos pacientes que sofreram algum procedimento cirúrgico é comumente deficitária. Geralmente, quando ocorre, a prática psicoprofilática é realizada no período pós-operatório e não há intervenções sistematizadas.

A literatura existente mostra a importância de realizar uma preparação psicológica antes e depois do procedimento cirúrgico para desenvolver um suporte psicológico e atender as demandas subjetivas do paciente e, conseqüentemente, melhorar a sua qualidade de vida e facilitar o processo de adaptação frente a intervenção cirúrgica (Ramos *et al*, 2018). O papel do psicólogo com foco em cirurgia e anestesia deve também dar o suporte no momento durante a cirurgia, por meio de trabalhos com a equipe, com a família que aguarda ansiosa na sala de espera e com o próprio paciente minutos antes e depois da cirurgia. Ressalta-se o valor da psicoprofilaxia para que o paciente possa fazer o enfrentamento da situação com redução de efeitos dos sintomas (Cochran, 1984; Juan, 2007).

A falta de conhecimento do paciente em relação ao médico Anestesiologista ainda é um ponto a ser estudado, muitas vezes o cirurgião é tido como o principal e o anestesiologista como ator secundário, porém sua função é de extrema importância para o procedimento cirúrgico e muitas das fantasias e medos trazidos pelos pacientes decorrem da função deste médico especialista.

A educação correta do doente sobre a anestesiologia compete primariamente ao anestesiologista. Isto implica um maior interesse da especialidade na comunicação e fomentação de laços com o doente, pois a satisfação deste está comprovadamente implicada na qualidade clínica e no sucesso terapêutico” (Mourão & Ribeiro, 2015, p. 503).

A resposta à cirurgia pode influenciar o tipo e a quantidade de anestesia administrada, pois os estímulos estressores afetam as emoções do paciente e geram a quebra de equilíbrio do organismo. Alguns autores chegam a afirmar que indivíduos mais ansiosos provavelmente terão maior dor pós-operatória com conseqüente redução da função imune (Daian et al, 2012).

Mitchell (1997, citado por Turra, Junior, Almeida & Doca, 2011) propõe um modelo psicoeducacional que abarca com explicações específicas da conduta médica, como informações acerca da anestesia, do pós-operatório, de exames que serão realizados e a reabilitação; dicas de manejo de enfrentamento e uso de técnicas que incentivem o conforto psicológico, por exemplo, instruções para relaxamento e respiração.

Deste modo, objetiva-se levantar dados sobre esses fatores de risco pré, intra e pós cirurgia, para que legitime a presença de um profissional da psicologia durante esses procedimentos e uma redução das fantasias, medos e angústias daqueles que são submetidos a essas medidas hospitalares. O trabalho também está sendo construído para cumprimento da disciplina de psicologia hospitalar.

2 MÉTODO

A revisão bibliográfica ocorreu por meio da busca dos estudos utilizando o Portal de Periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O referencial teórico obtido serviu de orientação para a construção dos roteiros de entrevista e preparo para os encontros com os profissionais e visita ao Hospital. Foi desenvolvido e utilizado dois roteiros de entrevista semiestruturada (Anexo A) para as entrevistas com o médico e as duas psicólogas.

As entrevistas foram transcritas para utilização dos pontos mais importantes na análise de dados. Para a análise dos dados, empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, por meio do qual realizou-se a estratificação do conteúdo das entrevistas em categorias temáticas, possibilitando a interpretação dos dados e sua compreensão em características, estruturas e modelos.

2.1 Critérios de elegibilidade

2.1.1 Participantes

Participaram desse estudo: seis alunas do 7º período do curso de Psicologia, trabalhando sob a supervisão da professora da disciplina de Psicologia da Saúde e Hospitalar; o médico anesthesiologista, Carlos Henrique de Carvalho Assis, as psicólogas Marina Guimarães Rosa e Ludmila Aparecida Xavier Ferreira que trabalham no Hospital Samaritano de Goiânia.

2.1.2 Instrumento

Foi desenvolvido e utilizado dois roteiros de entrevista semiestruturada para as entrevistas com os profissionais que participaram do estudo.

2.1.3 Procedimentos

Inicialmente, o grupo reuniu-se para definição do tema do trabalho a ser desenvolvido na disciplina. A partir da sugestão de uma das alunas, houve o consenso pela temática sobre o atendimento psicológico ao paciente cirúrgico com ênfase na anestesia.

Prossseguiu-se para a realização do levantamento bibliográfico sobre o tema buscando-se artigos no portal CAPES. O referencial teórico obtido serviu de orientação para a construção dos roteiros de entrevista e preparo para os encontros com os profissionais e visita ao Hospital. Realizou-se o contato com o médico anesthesiologista e psicóloga para marcar a entrevista que ocorreu em dias e locais diferentes. As entrevistas foram transcritas para utilização dos pontos mais importantes na análise de dados.

2.2 Estratégia de busca

A busca dos estudos foi realizada no Portal de Periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Para garantir a saturação da literatura, foram analisadas listas de referência de estudos incluídos ou revisões relevantes identificadas por meio de pesquisa manual. Não houve busca em literatura cinzenta em função da heterogeneidade e dificuldade de identificação, extração, síntese e gerenciamento deste tipo de literatura.

Utilizou-se na estratégia de busca as seguintes palavras-chave ou descritores: psicologia da saúde e anestesia; paciente cirúrgico e psicologia; anestesia e psicologia hospitalar; anesthesiologia e psicologia; preoperatorio e psicologia da saúde;

A busca foi realizada de acordo com as orientações de cada base de dados, biblioteca ou portal de periódicos.

2.3 Seleção e extração dos dados

As sete pesquisadoras realizaram a busca e selecionaram os estudos de forma independente. Foi acordado entre as pesquisadoras a seleção de dois artigos cada uma, totalizando doze artigos como referencial teórico.

A seleção ocorreu em quatro fases e após cada uma delas, os pesquisadores verificaram inclusões e exclusões, buscando consenso entre os resultados; não foi necessária a atuação de um revisor para resolver divergências.

Na fase 1 (Identificação), realizou-se a busca dos estudos e aqueles que estavam duplicados foram removidos; na fase 2 (Triagem), fez-se a leitura dos títulos e dos resumos dos artigos; na fase 3 (Elegibilidade), fez-se a busca virtual e leitura dos artigos completos; na fase 4 (Inclusão), foi feita a troca de artigos entre as autoras para uma leitura mais minuciosa por todas e elaboração do roteiro de entrevista e posteriormente, o artigo.

Nenhum dos autores da revisão foi cego aos títulos das revistas ou nomes dos autores ou

das instituições financiadoras ou apoiadoras das pesquisas.

2.4 Risco de viés (*Risk of Bias - RoB*)

Não houve risco de viés, pois o próprio instrumento foi de análise livre, com análise qualitativa. Deste modo não implicando em risco de viés.

2.5 Síntese das evidências

A leitura dos artigos completos possibilitou verificar que os estudos são heterogêneos e que não era possível realizar meta-análise.

Para a análise dos dados, empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, por meio do qual realizou-se a estratificação do conteúdo das entrevistas em categorias temáticas, possibilitando a interpretação dos dados e sua compreensão em características, estruturas e modelos.

3 RESULTADOS

3.1 Seleção dos estudos

Cada integrante selecionou dois artigos de forma independente para análise mais minuciosa, totalizando 12 para leitura completa. Conforme o andamento e elaboração do artigo foram adicionados dez artigos nas referências bibliográficas. Desta forma, foram selecionados 22 artigos para compor as referências bibliográficas.

4 DISCUSSÃO

Os relatos provenientes das entrevistas com o médico anesthesiologista e as psicólogas forneceram dados que passaram por uma análise, da qual extraíram-se temas que retratam a vivência desses profissionais em relação ao atendimento do paciente cirúrgico com ênfase na anestesia e que serão apresentados em sequência.

A entrevista com o anesthesiologista possibilitou a exploração dos seguintes temas: (a) a prática médica: Medicina Perioperatória; (b) consulta e visita pré-anestésica; (c) ética no atendimento; (d) o estigma da morte e as fantasias do paciente cirúrgico; (e) contato e comunicação com o paciente: o ideal *versus* reale seus efeitos no manejo do estresse, medo e ansiedade (f) suporte integral e humanizado no acolhimento ao paciente cirúrgico; (g) o psicólogo na equipe multidisciplinar.

4.1 A prática médica: Medicina perioperatória

Inicialmente, o anesthesiologista apresenta o conceito de Medicina Perioperatória (MP), indicando a evolução da especialidade de Anestesiologia para a MP (Slullitel, 2008) que é a parte da medicina voltada às práticas que abrangem todos os aspectos da atenção aos pacientes, tendo um papel central no cuidado multiprofissional perioperatório (Verner et al, 2018).

Então, o conceito moderno chama medicina perioperatória. Ela envolve não apenas o pré-operatório, os exames pré-operatórios, mas também o intraoperatório, cuidados que o médico anesthesiologista promove durante a cirurgia e também no pós-operatório.

O relato corrobora a nova e atual concepção mundial que propõe que a Anestesiologia deverá caracterizar-se como Medicina Perioperatória, participando não somente da realização do ato anestésico, mas envolvendo-se em todo período perioperatório, através da analgesia pós-operatória, tratamento profilaxia da náusea e vômito, monitorização, ventilação mecânica, tratamento e profilaxia da hipertermia maligna, avaliação clínica pré-operatória (Neto, 2004).

A própria formação e singularidade da atuação do médico anestesiológico indica para que ele, paulatinamente, consolide esse papel na MP, na medida em que o conceito e suas diretrizes se alicerçam na prática médica. Diferentemente, das demais especialidades que fragmentam seu conhecimento, a Anestesiologia conserva seu caráter generalista, não compartimentado, pela própria natureza da sua atividade que pressupõe a compreensão do organismo e da fisiopatologia como um todo, além de construir uma familiaridade com o doente e sua história e de estabelecer ampla interação com a equipe cirúrgica, elementos, esses, que favorecem sua atuação na MP. Dessa forma, poderá acrescentar elevado valor aos serviços de saúde no futuro (Pina, 2018).

4.2 Consulta e visita pré-anestésica

O entrevistado enfatiza a importância da consulta pré-anestésica como uma ação eficaz para o estabelecimento de diálogo e vínculo entre o médico e o paciente. Conforme salientado por Santos et al (2012), o papel do anestesiológico no processo de acolher, inclui: preparar o paciente, no campo médico e psicológico, prever possíveis dificuldades, acalmá-lo, conquistar-lhe a colaboração e confiança e preparar-lhe para o ato cirúrgico.

No entanto, o anestesiológico explica que, no Brasil, apesar da obrigatoriedade prevista em lei (CFM, 2018), essa não é uma prática rotineira. O paciente deveria ser visto no consultório de anestesiologia previamente ao dia da cirurgia, no entanto, usualmente, as internações ocorrem no dia da intervenção cirúrgica. Além disso, os convênios médicos não autorizam o pagamento de consultas pré-anestésicas o que inviabiliza a operacionalização do atendimento.

O conceito de avaliação pré-anestésica ambulatorial, originalmente, foi proposto há mais de 50 anos por Lee (1949), e apesar de todos esses anos e de vários estudos já terem demonstrado suas vantagens (redução do número de intervenções cirúrgicas canceladas, maior número de admissões diárias, redução do tempo de internação e dos custos hospitalares, dentre outros) essa prática ainda não é uma rotina (Bisinotto et al, 2007).

Não é o ideal somente a visita pré-anestésica, o ideal é a consulta que é feita em outro ambiente, com o paciente vestido, com a família do lado, ele não tá naquele estresse pré-operatório do 'sejao que Deus quiser'. Ele tá ali podendo tomar decisões, de forma consciente.

Para Meneses (2001), o paciente tem direito à avaliação pré-anestésica, sendo esta de responsabilidade intransferível do anestesiológico. Nessa avaliação, o paciente deve ser informado sobre a sequência do pré e do pós-operatório, com grau de detalhamento compatível com sua possibilidade de compreensão. Além disso, o médico anestesiológico deve fazer uma abordagem direta, simples e objetiva quanto aos riscos, dor, desconforto, exames e outros aspectos.

Bisinotto et al (2007), em um estudo que analisou a implantação e o desenvolvimento do Serviço de Avaliação Pré-Anestésica em Hospital Universitário da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), ressaltam que um dos efeitos mais relevantes da avaliação pré-anestésica eletiva foi a redução do número de procedimentos cirúrgicos cancelados, além da diminuição da solicitação de exames pré-operatórios. Os autores destacam, também, que houve decréscimo do número de testes laboratoriais e consultas médicas em mais de 50% quando a responsabilidade pela preparação cirúrgica foi designada somente ao serviço de Anestesiologia.

Além disso, o estudo (Bisinotto et al, 2007) indica que a avaliação antecipada permite orientação mais eficaz ao paciente, pois estudos demonstraram que as orientações são mais bem assimiladas quando fornecidas dias antes do procedimento. Outros benefícios também são observados como redução da ansiedade, diminuição das doses de analgésicos, maior satisfação do paciente com a intervenção cirúrgica, decréscimo nas

complicações pós- operatórias, como náuseas e sensação de desconforto, contato e conhecimento do anesthesiologista e a maior satisfação do paciente com relação a este.

Desse modo, pode-se inferir que a consulta pré-anestésica constitui ferramenta relevante para o desempenho de uma prática de cuidado humanizado e acolhedor por parte do anesthesiologista, assim como para a redução da morbimortalidade advindas de procedimentos cirúrgicos (Santos et al, 2012).

4.3 Ética no atendimento

Segundo o Código de Ética Médica (2018), o anesthesiologista, como todo médico, deve se guiar pelos princípios da beneficência, da não-maleficência, do respeito à autonomia do paciente e da justiça. Ao paciente é reservado, dentre outros, o direito de informação, o que significa que ele tem o direito de ser compreensivelmente informado sobre o ato médico, discutindo com o profissional seus interesses e valores individuais que, dentro de certos limites, deverão ser respeitados (Udelsmann, 2006).

Saber dos riscos reais, saber das técnicas que ele será submetido, estar de acordo com elas. Acho que a boa ética e o bom relacionamento médico-paciente começa nesse momento: de confiança, de empatia, de segurança. [...] Às vezes a demanda que vem é por desconhecimento ou por falta de informação dos verdadeiros riscos que a cirurgia envolve.

Esse relato correlaciona-se com o que Santos et al (2012) defendem: o médico, ao se comunicar com o paciente, deve demonstrar segurança e confiança, pautando-se pela garantia do direito a informações claras, simples e entendíveis, adaptadas à sua condição sociocultural. O entrevistado considera que a informação precisa é um dos elementos fundamentais que previnem e protegem o profissional de processos éticos por erro médico, que muitas vezes são propostos em função do paciente não ter sido claramente esclarecido dos possíveis resultados, limitações e/ou consequências do procedimento ao qual foi submetido.

4.4 O estigma da morte e as fantasias do paciente cirúrgico

Outro tema que emerge refere-se aos medos e fantasias do paciente que será submetido a uma cirurgia, evidenciado nos seguintes trechos da entrevista:

O grande medo do paciente é que ele vai morrer. Ele tem medo da anestesia porque ele tem medo do que não conhece e deveria ser conhecido. [...] de não saber o que está escondido ali na frente. [...] Então se você conseguir quebrar esse estigma da morte, do desconhecido e também dar segurança emocional, segurança de profissional [...] ele sente que ele vai ter os riscos, mas vai estar mais consciente de que esses riscos não são como ele pensava, ousão. "

O trecho respalda o que os estudos comprovam que vários pacientes expressam o medo de morrer durante a operação ou por causa dela (Daian et al, 2012). A cirurgia é uma desconhecida na vida do indivíduo, e como tudo que é desconhecido pode causar ansiedades e despertar fantasias. Os momentos que antecedem a cirurgia são vivenciados pelo paciente de uma forma dramática e assustadora. O medo do desconhecido é a principal causa da insegurança e da ansiedade do paciente pré-cirúrgico. Ele teme a morte, a anestesia, o procedimento em si, a recuperação (Figuera & Viero, 2005).

Com relação às fantasias vivenciadas pelos pacientes, as mais frequentemente encontradas são com relação à anestesia (temor de não acordar após a cirurgia, assim como o temor de acordar no meio da cirurgia e de sentir tudo que está acontecendo) e à recuperação (medo de não voltar a ser como era antes da cirurgia e de não poder fazer as mesmas coisas que fazia). No entanto, existe uma particularidade no que se refere às fantasias do paciente pré-cirúrgico, pois elas possuem uma base real, concreta. A cirurgia

realmente vai acontecer e não existe nenhum termo de garantia dizendo que não existe nenhum risco de que alguma coisa possa dar errado (Fighera & Viero, 2005).

4.5 Contato e comunicação com o paciente: o ideal *versus* real e seus efeitos no manejo do estresse, medo e ansiedade

Como já foi constatado, entende-se que a clareza das informações é um dos componentes centrais na condução do paciente cirúrgico para que ele estabeleça um contato e comunicação produtiva com a equipe que irá atendê-lo. Dessa forma, ele teria a oportunidade de estabelecer estratégias de enfrentamento que o auxiliassem a lidar com um momento em que a presença do estresse físico e emocional são, em sua maioria, inevitáveis. No entanto, o processo não ocorre de forma ideal, como explica o entrevistado:

Então, ela (a comunicação) é bem limitada ainda. A gente vê o paciente num momento de muita fragilidade dele e que ele já tá dentro do centro cirúrgico. Ele chegou ali, já teve que colocar uma roupa diferente, uma camisola, tá mais exposto, com medo do que vai acontecer com ele. Nem sempre, o cirurgião esclareceu as dúvidas do que vai acontecer.

Este impacto do ato cirúrgico causa alterações a níveis psicológicos e biológicos e são fatores preditores de um pós-operatório mais complicado. Relatos de casos apontam que a conjunção de fatores ansiogênicos, somados a uma patologia de base, gera maior número de intercorrências como: picos hipertensivos, hemorragias mais intensas no intraoperatório, redução da resistência imunológica e transtornos psicossomáticos. Além disso, estudos assinalam que os principais fatores que influenciaram na dor no pós-operatório foram em ordem: depressão, ansiedade, estresse e sensação de catástrofe (Trinca, 2003; Ruschel, 2000 citados por Ramos et al, 2018).

O contato e comunicação efetiva tem efeitos preventivos e protetores relativos às dimensões físicas e psicológicas do paciente, conforme explica o anestesologista:

A partir do momento que você se apresenta como médico, que você olha nos olhos, pega na mão, que você conversa com calma você transmite segurança pro paciente, ele fica mais tranquilo. [...] Muitas vezes, uma boa conversa vai substituir até a medicação pré-anestésica ou vai necessitar de uma quantidade menor de medicação pré-anestésica pra reduzir a ansiedade.

Uma das principais causas de ansiedade é a falta de fornecimento de informações ao paciente, fato que o leva a uma maior insatisfação. Uma saída para isso é o oferecimento de dados que devem abranger de maneira holística os procedimentos, informações comportamentais e sensoriais, incluindo as fases pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias. Essa intervenção, considerada a mais simples, foi paralelamente uma das mais eficazes. Os estudos concluem que pacientes providos de apoio emocional e informações sobre o procedimento durante o pré-operatório, evoluem para um pós-operatório com menos intercorrências, recuperação mais rápida, usam menos analgésicos e são mais cooperativos com o tratamento (Cochran, 1984)

O estresse dos pacientes cirúrgicos é inevitável, entretanto, a evolução pós-operatória é melhor naqueles que desenvolvem estratégias de enfrentamento adequadas. O cuidado psicológico com pacientes cirúrgicos deveria iniciar-se durante as consultas pré-operatórias, oferecendo aos pacientes a oportunidade de falarem livremente sobre o procedimento cirúrgico e esclarecendo-lhes as dúvidas. Atuando dessa maneira, existe a possibilidade de obter-se melhor resultado cirúrgico (Daian et al, 2012).

4.5 Suporte integral e humanizado no acolhimento ao paciente cirúrgico

A humanização do atendimento em saúde tem sido preconizada como prerrogativa do acolhimento e suporte integral ao paciente. Entretanto, na prática,

observa-se um distanciamento desse ideal. Verifica-se que o aspecto psicológico e as necessidades subjetivas do paciente submetido ao procedimento cirúrgico muitas vezes são negligenciadas pelos profissionais da área de saúde (Tesser &

Prebianchi, 2014), como fica evidenciado no seguinte trecho da entrevista:

Hoje em dia, eu acho que tá faltando muito profissional, médico, conversar com o paciente. Esclarecer o que vai acontecer, tirar suas dúvidas, seus medos. Esse tipo de relação médico-paciente tá muito superficial e muito mecanizada. [...] Eu acho que a medicina hoje em dia está faltando humanidade. Falta tempo para as pessoas, em qualquer profissão falta ouvir as necessidades do outro, empatia.

No cuidado anestésico, o principal benefício oriundo do acolhimento realizado pelo anesthesiologista constitui, dentre outros, a oportunidade de esclarecer dúvidas do paciente no que diz respeito ao procedimento e aos seus temores em relação à anestesia, suscitando assim um processo comunicativo e terapêutico (Santos et al, 2012).

As características de um atendimento humanizado ficam evidenciadas na declaração a seguir: “Então assim, o que eu procuro fazer é tratar com respeito, é tratar com humanidade, segurança, pegar na mão, olhar nos olhos, explicar o que vai acontecer, vou explicar o que vai acontecer a partir dali. ”

Corroborando esse posicionamento, Grossemann e Stoll (2008) destacam a importância da escuta qualificada no acolhimento, pois esta ferramenta é um processo especial de interação humana – estratégia eficaz para a construção da relação médico-paciente baseada nas dimensões técnica, humanística e ética.

Nesse âmbito, pode-se ressaltar que a aplicação do conhecimento desenvolvido pela área da psicologia fornece um grande suporte teórico e prático no acompanhamento do paciente submetido ao procedimento cirúrgico, o que implica a consolidação de um suporte integral e humanizado frente ao processo de adesão e recuperação do paciente. A atenção psicológica é uma estratégia que em sua constituição metodológica tende a impulsionar grandes contribuições para a prática cirúrgica (Ramos et al, 2018).

4.7 O psicólogo na equipe multidisciplinar

Outro aspecto discutido foi sobre a relevância da presença de um psicólogo na equipe multidisciplinar. O entrevistado discorre sobre as possíveis contribuições desse profissional no atendimento ao paciente cirúrgico.

Então, nesse ponto, o psicólogo seria fundamental nessa parte perioperatória, tanto antes da cirurgia, durante com alguns familiares, com o acompanhante, no caso de cirurgia de criança, de idosos, no pré-operatório pra explicar o que vai acontecer, pra onde ele vai, se ele vai sentir dor, quais os cuidados necessários.

O apoio psicológico e emocional tem um importante papel na evolução pós-operatória, ressaltando-se o valor da psicoprofilaxia como instrumento que auxilia o paciente no enfrentamento da situação e amenização de efeitos dos sintomas, e problemas específicos ocasionados pela intervenção cirúrgica (Cochran, 1984; Juan, 2007).

É relevante salientar, que os fatores psíquicos estão presentes em grande parte dos pacientes, muitas vezes em maiores proporções do que os fatores físicos. O cirurgião nem sempre sabe como lidar com esse aspecto e surge a necessidade de prover as equipes de saúde em hospitais, com profissionais de psicologia aptos a fazerem o diagnóstico do estresse e atuarem junto ao paciente para minimizar seus efeitos. Dessa maneira, evidencia-se a lacuna a ser preenchida por psicólogo, com vista a contribuir para que o paciente possa superar medos e fantasias acerca da operação de forma assertiva. (Daian et al, 2012).

Ao dar continuidade aos resultados e discussão encontrados diante das falas do anestesiológico, faz-se necessário acrescentar também as contribuições da Psicologia Hospitalar com as falas das profissionais, frente às especificidades que a cirurgia e anestesia apresentam.

Diversos temas foram discutidos durante a entrevista e os direcionados ao objetivo do trabalho, podem ser descritos como: a) importância da pré consulta e pós cirurgia com presença da psicologia; b) técnicas específicas utilizadas pela psicologia no preparo cirúrgico; c) manifestações psicológicas do paciente em cirurgia.

4.7.1 Importância da pré-consulta cirúrgica e pós-cirurgia com presença da Psicologia

As psicólogas abordam a necessidade e importância do acompanhamento psicoterapêutico como facilitador no processo que engloba a cirurgia, passando desde a primeira consulta com o médico especialista e anestesiológico, momentos anteriores e posteriores ao ato, como também acompanhamento a família que aguarda ao lado de fora e apoio a equipe. Nesse sentido, a Psicóloga diz:

(...) é um local maravilhoso pra gente começar a nossa atuação, pra ver como que essa pessoa “tá” a nível de ansiedade, de preocupação com a cirurgia, (...) pra entrar muitas vezes com essa pessoa no centro cirúrgico, pra ficar com ela até ela ser anestesiada e voltando também da anestesia (...) também com os familiares que ficam lá fora, muitas vezes e esperando e não tem notícia.

Segundo Ramos, Lira & Medeiros (2018) quando o paciente passa por um pré-operatório respaldado por todas as profissões encontradas dentro do hospital, inclusive o psicólogo, esse tem mais chances de enfrentar um pós-operatório com sucesso, podendo falar de seus medos, angústias, ansiedade e fantasias relacionadas à cirurgia.

4.7.2 Técnicas específicas utilizadas pela Psicologia no preparo cirúrgico

Posteriormente as psicólogas discorreram sobre a utilização de técnicas e manejos específicos da Psicologia no ambiente cirúrgico como estratégia de enfrentamento frente às adversidades que podem surgir nos momentos que antecedem ou aparecem após a cirurgia. A psicóloga aborda sobre isso, quando enfatiza o uso de técnicas de respiração para acalmar um paciente bariátrico quanto a sua ansiedade. Outro exemplo é citado:

em pacientes que não conseguem falar e precisam de certa forma se expressar, a gente já fez desenho (...) A gente não tem, por exemplo, visita de criança, mas era um senhor que ele tinha uma filha meio que adotiva (...) ela não podia entrar aí ela fez todo um trabalho, usou várias técnicas de comunicação dos dois entre ele aqui e ela lá, até que foi preparando ela pra entrar na UTI meio que pra despedir do pai.

Cabe ressaltar, que o psicólogo tanto na pré-consulta quanto no pós-cirúrgico, pode auxiliar com a psicoeducação sobre a cirurgia e com dicas de manejo de enfrentamento e o uso de técnicas que incentivem o conforto psicológico, como instruções para relaxamento e respiração. (Mitchell, 1997, citado por Turra et al, 2011).

4.7.3 Manifestações psicológicas do paciente em cirurgia

Em outro sentido a Psicologia contribui com a escuta frente aos medos dos pacientes relacionados à cirurgia, ferramenta essa tão discutida no curso de Psicologia. Muitas vezes, segundo a psicóloga entrevistada esses medos estão relacionados a diversas fantasias construídas pelos pacientes:

(...) É mais importante a gente escutar o que é um medo (...) é tão importante você perguntar isso, é uma perguntinha bobona (...) e vai falar um monte de coisas. Porque aí ele vai trazer as reais dúvidas, porque a maioria das vezes ele confia demais no médico, mas são essas duvidinhas assim, mais de senso comum,

mais de medos mesmo, de fantasias que cercam o paciente. (...) porque todo mundo fala que tem medo da anestesia, que tem medo de morrer, porque quando você vai para uma cirurgia, o que mais se pensa, é numa anestesia.

Com esse intuito que De Marco, 2006, citado por Souza & Pegoraro, 2009 citam o modelo biopsicossocial como mola propulsora da Psicologia quanto a escuta em dimensões físicas, psíquicas e sociais. Nessa continuidade, Mourão & Ribeiro (2015), também reforçam a importância do anestesiológico como o primeiro educador de seu paciente quanto ao seu papel, que está ligado as fantasias de morte, uma vez que a Psicóloga cita que as pessoas no geral tem medo da anestesia, logo, o medo da morte.

4.7.4 Movimento da Psicologia para acessar a cirurgia

Com a publicação da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC Nº7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), ficou acordado que dentre os diversos recursos assistenciais, a Assistência Psicológica deve ser garantida por meio próprio ou terceirizado. Nesse sentido, a Psicologia já se faz imprescindível perante a lei dentro das UTI's e o movimento para os outros setores, inclusive o da cirurgia e anestesia é no mesmo trilhar. Com isso a psicóloga trouxe em sua fala a necessidade de afirmar o papel e importância da Psicologia dentro do hospital como norteador para a validação nesses espaços, ou seja, por onde a Psicologia passa pelo hospital, deixa o trabalho bem feito e fundamentado como afirmativa para a necessidade nos locais que ainda não está presente.

4.7.5 Manejo com o paciente

As psicólogas também abordaram e trouxeram exemplos sobre a necessidade de esclarecer ao paciente todas as etapas do procedimento, no preparo para uma cirurgia. Muitas vezes a linguagem médica se dá de forma prática e formal, fazendo com que o paciente não tenha espaço para expressar suas curiosidades e medos. A partir dessa perspectiva, Ramos *et al.* (2018) abordam que o apoio psicológico adequado faz com que o paciente possa expressar de forma espontânea seus medos, angustias, ansiedades e fantasias frente a cirurgia. Assim o paciente cria laços de confiança e empatia, tornando o psicólogo a ponte entre seus familiares, paciente cirúrgico e a equipe cirúrgica. Assim, a psicóloga hospitalar traz como exemplo que:

Às vezes aquele *standzinho* que vai colocar (...) aquilo queima, arde e nem sempre o médico fala, assim, então são detalhes né? Que passam despercebidos ou ele fala muito rápido e aí isso para o paciente tem um impacto psicológico. Teve um aqui que eu não esqueço, que ele foi para UTI, ficou lá um dia e no outro ele ia colocar esse stand, e aí ele tava muito preocupado com o que iriam ver dentro do coração dele e ele ficava 'ai mas como é que é isso? Me explica...' e aí o médico explicava mas ele não conseguia falar pro médico... aí eu falei 'não, tem alguma coisa a mais né?' (...), aí eu fui e perguntei para ele 'Qual é o medo do senhor?' 'Minha filha o meu medo é de ver meu coração por dentro, porque ele me falou que isso é como se fosse uma ultrassom do coração, então eles vão ver meu coração, vai ver tudo que eu já fiz lá?'. E aí ele falou desse calor que vinha, 'e esse calor? Queima? Porque ele falou que vai queimar, como assim vai queimar tudo por dentro? Vai queimar as memórias' olha o que ele trazia...

4.7.6 Medos e fantasias do paciente

O paciente, ao se preparar para uma cirurgia, traz, a partir de sua vivência, medos e fantasias que muitas vezes não podem ser expressados ao médico, cabendo ao psicólogo, através do seu papel na equipe multidisciplinar, lidar com esses aspectos que envolvem a subjetividade do sujeito. Sobre este aspecto, a psicóloga hospitalar traz como exemplo:

Teve uma vez que eu escutei aqui, teve uma paciente que, foi um rapaz que veio fazer os tendões aqui, ligamento de tendão e aí ele falou assim para o médico,

que queria tatuar a perna para ele não operar a errada. Aí o médico falou ‘você faz a tatuagem grande porque a pequeninha eu também não vou ver’ aí ele ‘L., ele falou isso pra mim’, eu falei ‘mas ele falou brincando’ ‘não mas que que você acha? Eu acho que eu vou marcar aqui’ ‘você quer marcar? Vamos pegar uma caneta e marcar um X?’ Porque tem hora que não adianta, você tem que fazer isso né? Não vai atrapalhar então vamos marcar, e marca. No preparatório então, meu deus, é onde a gente mais escuta.

Nesse sentido, Trinca (2003, citado por Ramos et al, 2018) aborda a importância do cirurgião, juntamente com a equipe médica saber lidar com o indivíduo em condição pré-operatória, prevenindo um conjunto de fatores ansiogênicos, que somados a uma patologia podem gerar maior número de intercorrências como: picos hipertensivos, hemorragias mais intensas no intra- operatório, redução da resistência imunológica e transtornos psicossomáticos, por isso a importância de saber lidar com este indivíduo, com suas fantasias, dúvidas, medos e expectativas. Cabe a equipe multidisciplinar um olhar mais rigoroso e seguro para as possíveis queixas e futuras situações pré e pós-operatórias, buscando a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização.

A psicóloga ainda aponta que o psicólogo hospitalar tem como função complementar o trabalho do médico, acolhendo e auxiliando o paciente antes, durante e após o procedimento cirúrgico.

E aí, tem muito isso, na hora de visita, aqui na UTI, o médico passaleito por leito e aí eu acompanho, porque as vezes ele fala dessa forma muito prática e as pessoas não entendem, e a gente vai meio que... né? Reforçando, ou chama ele de novo para explicar o que eu não sei porque não sou médica, chamo a enfermeira, chamo alguém para explicar o que eu não consigo.

4.7.7 Manejo com a família

Também foi abordado na entrevista a importância de prestar apoio à família do paciente, que também carregam angústias e incertezas sobre o procedimento, nesse sentido, a psicóloga relata o seguinte exemplo:

Tinham umas dez pessoas dentro do quarto, rezando, uma loucura... só para o desvio de septo, e eles ‘é, mas não é só, porque eu estou muito nervosa’ entendeu? (...) eu vou fazer uma técnica de respiração e vai acalmando... vai conversando, ‘me conta qual é o medo?’ porque isso faltava uns quarenta minutos para ele ir para o centro cirúrgico, mas se ele ficasse quarenta minutos daquele jeito era capaz dele não ir. E aí passa assim os quarenta minutos e ele vai para o centro cirúrgico bem, tranquilo, acreditando que vai dar certo, porque no desvio de septo a gente não pode falar assim ‘olha certeza!’, a gente nunca afirma nada, mas a gente sabe como que é né? Um paciente sadio, olhei o prontuário e não tinha nada, nem fumante... jogador de futebol, pronto.

A literatura aborda a importância de realizar uma preparação psicológica antes e depois do procedimento cirúrgico para desenvolver um suporte psicológico e atender as demandas subjetivas do paciente e, consequentemente, melhorar a sua qualidade de vida e facilitar o processo de adaptação frente a intervenção cirúrgica (Ramos, et al, 2018). O papel do psicólogo com foco em cirurgia e anestesia deve também dar o suporte no momento durante a cirurgia, por meio de trabalhos com a equipe, com a família que aguarda ansiosa na sala de espera e com o próprio paciente minutos antes e depois da cirurgia.

Quando a família tem muita negação, isso é muito importante, que é a visualização e o toque, tem o nome dessa técnica, eu não me lembro agora, e aí eu fui, calcei luva neles pra gente tocar nessa paciente e eles verem que realmente, ela estava com o pé para ir embora, então a hora que eu fui descobrir ‘não quero ver não, não quero, tá tudo aberto’ tá vendo, aí eu descobri um cortezinho, aí ‘ainda bem que minha avó não tá aberta, eu pensei que ela tava toda aberta aqui, saindo sangue’ e aí eles entenderam como foi anoite que ela morreu.

Nota-se a partir dos exemplos citados e da literatura, a importância de esclarecer todo o procedimento para o paciente e sua família, deixando-os conscientes das etapas e tornando-os mais ativos e envolvidos no processo.

5 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

As limitações do estudo incluem as mesmas de uma pesquisa qualitativa, ou seja, não permitindo uma generalização. Diante do número pequeno de entrevistados a metodologia envolver a interpretação do pesquisado, havendo a possibilidade de vieses. Portanto, trata-se da visão e experiência dessas pessoas sobre o tema. As entrevistas seguiram um formato de semiestruturadas, assim dando liberdade ao entrevistado, porém também sendo possível haver a omissão de algum dado que poderia contribuir para a pesquisa.

Um dos pontos fortes desta pesquisa, e de pesquisas qualitativas no geral, é a capacidade de aprofundar a complexidade de fenômenos e fatos. Além de se experimentar a realidade tal como os sujeitos a sentem ou vivem. Deste modo possibilitando uma coleta rica de informações e dados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do trabalho trouxe bastante gratificação para as organizadoras, assim como, o grupo em si foi muito participativo e integrado nas decisões, o que foi de extrema importância na construção desse conhecimento e autonomia para a construção de um evento. O tema foi desde o início um desafio, pela escassez na literatura, mas de acordo com as pesquisas e levantamento de artigos o grupo percebeu que os profissionais na área estão demandando a participação da psicologia e de intervenções que auxiliem nesses preparos hospitalares.

É papel da psicologia cada vez mais ocupar espaços que antes eram exclusivos de outros profissionais e que só será possível, por meio de estudos como este, que legitimam a importância de psicólogo no centro hospitalar. Dessa forma, ressalta-se a importância de novas pesquisas e publicações com esse foco.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R.A. & Malagris, L. E. N. (2011). **A prática da psicologia da saúde**. *Rev. SBPH*. 14(2). Rio de Janeiro.
- BISINOTTO, F. M. B., Pedrini, J., Maurício, A., Alfrío, A. R., & Andrade, M. A. P. R. (2007). **Implantação do Serviço de Avaliação Pré-Anestésica em Hospital Universitário: dificuldades e resultados**. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(2), pp. 167-176.
- CASTRO, E. K & Bornholdt, E. (2004). **Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional**. *Psicologia: ciência e profissão*, 24 (3), pp. 48-57.
- COCHRAN, T.M.(1984). **Psychological preparation of patients for surgical procedures**. *Patient Education And Counseling*, 5 (4), pp. 153-159.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). (2018). **Código de Ética Médica**. Covre, E. R., Melo, W. A., Tostes, M.F.P. & Fernandes, C. A. M. (2019).
- Permanência, custo e mortalidade relacionados às internações cirúrgicas pelo Sistema Único de Saúde**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 27:e3136. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2618-3136>.
- DAIAN, M. R., Andy Petroianu, A., Alberti, L. R. & Jeunon, E. E. (2012). **Estresse em procedimentos cirúrgicos**. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 25(2), pp. 118-124.

- FIGHERA, J. & Viero, E. V. (2005). **Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: Fantasias e sentimentos mais presentes.** *Revista.SBPH*. 8 (2) pp. 51-63
- GROSSEMAN, S.&Stoll, C. (2008). **O ensino-aprendizagem da relação médico- paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), pp. 301-308.
- JUAN, K. (2007) **O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente:uma revisão.** *Psicol. hosp. (São Paulo)*. 5 (1). Pp. 48-59.
- MENESES, J. A. G. (2001). **Dilemas bioéticos na prática da anestesia.** *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 51(5), pp. 426-430.
- NETO, G. F. D. (2004). **Anestesiologia na era da medicina baseada em evidências.** *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54 (2),pp. 141-144.
- Pina, J. P. A.(2018). A Medicina Perioperatória Orientada para o Doente. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27(2), pp. 12-17.
- RAMOS, L. A. I. A., Lira, A. V. A. A. & Medeiros, L. G. R (2018) **Psicoprofilaxia pré e pós-operatória no paciente cirúrgico: uma revisão bibliográfica.** *Anais III CONBRACIS*, 1.
- Ribeiro, C. S. & Mourão, J. I. B. (2015). O anestesiológico: a visão do doente. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 65(6), pp. 497-503.
- SANTOS, M. F. O., Fernandes, M. G. M. & Oliveira, H. J. (2012). **Acolhimento e Humanização na Visão dos Anestesiologistas.** *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 62 (2), pp. 199-213.
- SOUZA, K. O. J. & Pegoraro, R. F. **Concepções de profissionais de saúde sobre humanização no contexto hospitalar: reflexões a partir da Psicologia Analítica.** (29): 73-87.
- SLULLITEL, A. (2008). **Gestão da qualidade em anestesiologia.** *Prática Hospitalar*, 10 (58), pp. 93-96.
- TESSER, N. L. & Prebianchi, H.B. (2014) **Atenção psicológica aos pacientes cirúrgicos e infantis nos períodos pré e pós operatório.** *Anais do IV Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação, Campinas*. 2 (5),pp.1-7.
- TURRA, V., Junior, A. L. C., Almeida, F. F. & Doca, F. N. P. (2011). **Contribuições da Psicologia na atenção ao paciente cirúrgico.** *Com. Ciências Saúde*. 22(4),pp. 353-366.
- VERNER, G. C. M., Silva, S. F. S., Gomes, J. R. A. A. & Macedo, R. D. (2018). **Estruturação de um modelo multiprofissional de manejo perioperatório em hospital público do Distrito Federal.** *Com. Ciências Saúde*, 29 (1), pp.34-38.
- UDELSMANN, A. (2006). **Bioética – Aspectos de Interesse do Anestesiologista.** *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 56 (3), pp 325-333.

Alteração Neuropsicológica: Depressão pós Acidente Vascular Cerebral (AVC) ¹⁶

Neuropsychological Alteration: Post – Stroke Depression (Stroke)

RESUMO

A presente pesquisa trata-se de uma análise do tipo bibliográfico cuja finalidade era de investigar bibliograficamente a alteração neuropsicológica: depressão no pós- AVC. Tal pesquisa teve como objetivo geral indagar se a alteração neuropsicológica: depressão pode desenvolver nos pacientes pós-AVC em decorrência do mesmo, para tal, foi verificado se as limitações físicas decorrentes do AVC podem propiciar o desenvolvimento da depressão; se a pouca interação sociofamiliar pode possibilitar a depressão; se a falta de autonomia, isto é, dependência ao seus cuidadores pode facilitar o desencadeamento da depressão, para finalizar, se a ausência da qualidade de vida dos pacientes pode afetar seu emocional. Desta forma, de acordo com a análise bibliográfica, é possível expor que quando o paciente não se sente pertencente ao meio sociofamiliar, ou seja, quando não há interação de ambas as partes – família e paciente, ele pode se sentir preterido, rejeitado, acarretando em si sentimentos de solidão, tristeza, desamparo. Já no âmbito físico, vários autores salientam que, as limitações diárias podem deixá-los com sentimentos de inutilidade, já que tem suas limitações em decorrência de sequelas provocadas pelo AVC. Tanto a falta de autonomia é um preditor para a depressão como a ausência da qualidade de vida/bem-estar. De acordo com os estudos bibliográficos levantados, quanto mais rápido houver a intervenção-reabilitação, menor serão as consequências na tríade: físico, psíquico e sociofamiliar.

Palavras-chave: AVC. Depressão. Sociofamiliar. Consequências físicas e psíquicas. Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o AVC – Acidente Vascular Cerebral é uma doença de ordem neurológica cuja sequelas podem ser bem graves, causando detrimientos em várias áreas da vida dos pacientes, provavelmente, a depressão, pode ser uma relevante alteração neuropsicológica no pós-AVC, pode estar relacionada ao mal prognóstico. Segundo Roudinesco (2000 *apud* ESTEVES; GALVAN, 2006) a dor psíquica expressa-se sob o estado da depressão: tristeza e apatia que, lesiona o corpo e a alma. Ela é resultante de toda e qualquer situação que perturbe o pensamento, até mesmo a perda- seja ela qual for (BOWLBY, 1993 *apud* ESTEVES; GALVAN, 2006). O AVC é uma doença universal de enorme efeito na saúde pública, pois esse evento reflete não somente nos aspectos cognitivos e motores, bem como nos domínios psicossociais, sociofamiliares, emocionais e físicos (CANCELA, 2008). Terroni *et al.* (2003, 2009) também contribui dizendo que, o acidente vascular cerebral (AVC) pode delimitar de modo expressivo a performance funcional, ocasionando resultados negativos nos vínculos pessoais, familiares, sociais, e, acima de tudo, na qualidade de vida. Conforme Friedrich (2002 *apud* RIBEIRO, 2008) os avanços na

¹⁶ Raissa Souza Silva: discente do Curso de Pós-graduação em Neuropsicologia da Universo-Go. Dra. Analucy Aury Vieira de Oliveira.

qualidade de vida decorrem de intervenções para precaver ou minimizar doenças; dissensões; inabilidades; atuações para condicionar a saúde; posição e enriquecimento do dever social, e, por último, constituir alicerce interpessoal e refrear o exílio social.

Mediante o exposto, achou-se relevante o tema para proporcionar a sociedade esclarecimentos, através de um levantamento bibliográfico, acerca do possível desencadeamento da depressão após o AVC, bem como da presumível influência de alguns fatores no pós-AVC. Sendo assim o presente trabalho teve como indagação central verificar por meio de uma análise bibliográfica se há uma correlação da depressão no pós

– AVC (Acidente Vascular Cerebral), isto é, se a depressão pode ser desenvolvida após o AVC. Para tal pesquisa, observou-se a importância de averiguar alguns fatores que podem, supostamente, propiciar o desencadeamento da depressão, tais como: limitações físicas decorrentes das sequelas; ausência de autonomia; rede de apoio; ausência de qualidade de vida resultante das limitações, bem como a reabilitação pós-AVC. Desta forma baseando-se no exposto de Cancela (2008) e Ribeiro (2008), levantou-se as seguintes hipóteses a serem estudadas: se o paciente não se sente pertencente ao seu meio familiar-social, então ele poderá adoecer psicologicamente; se o paciente não tem motivação e ânimo frente a reabilitação, então ele poderá retardar seu processo de recuperação e consequentemente o levará ao mal prognóstico e, por último, se a ausência de saúde pode interferir na qualidade de vida/bem-estar do paciente, então o seu estado emocional é afetado.

No decorrer do trabalho, por meio do levantamento bibliográfico, mostrar-se-á uma possível correlação da depressão no pós-AVC, ou se irá refutar as hipóteses levantadas.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Acidente Vascular Cerebral

O termo AVC – Acidente Vascular Cerebral relaciona-se a uma junção de sintomas de insuficiência neurológica que persistem no mínimo vinte e quatro horas e dão-se de lesões cerebrais geradas por modificações da irrigação sanguínea (MAUSNER, 1999 *apud* CANCELA, 2008). Para Chen *et al.* (2015) o AVC é uma enorme adversidade de saúde no mundo todo. Sob a perspectiva de Da Costa, Da Silva e Da Rocha (2011, grifo do autor), não muito diferente do conceito de Mausner (1999 *apud* CANCELA, 2008), o acidente vascular cerebral foi estabelecido por *World Health Organization (WHO)* como uma alteração neurológica acentuada, de ordem vascular, continuada do episódio súbito ou rápido de indícios e sintomas concernentes ao envolvimento e áreas centrais no cérebro. Ainda segundo Cancela (2008), podemos afirmar que o AVC é uma doença identificada pelo começo aguçado de um déficit neurológico que perdura no mínimo 24h, como citado acima, considerando envolvimento focal do sistema nervoso central como consequência de uma alteração na circulação sanguínea cerebral. Estas lesões cerebrais são causadas por um enfarte, correspondente a *isquemia* ou *hemorragia* – tipos de AVC. Este evento pode suceder de maneira ictiforme (súbito) em decorrência da presença de elementos de risco vascular ou por defeito neurológico focal (aneurisma) (MARTINS, 2002 *apud* CANCELA, 2008, grifo nosso).

Como mencionado acima, há dois tipos de AVC segundo Garrett (1994 *apud* CANCELA, 2008, grifo nosso): AVC *Isquêmico*: relaciona-se a qualquer procedimento durante o qual um tecido não ganha os nutrientes – em especial o oxigênio – imprescindível ao metabolismo das suas células. Desta forma o AVC isquêmico é levado por um entupimento de um vaso ou diminuição da pressão de colisão cerebral, seja a mesma causada por encolhimento do débito cardíaco ou por hipotensão arterial delicada e prolongado. Isto é, quando o tecido cerebral sofre privação do provimento de sangue arterial, continua-se um sofrimento celular que, de acordo com sua veemência poderá exteriorizar-se por meio de uma perturbação funcional. Se esta privação for de curta duração (menos de 24h), a alteração é classificada como sendo reversível. Nestes acontecimentos fala-se de Acidente

Isquêmico Transitório (AIT). Quando a isquemia persevera por mais desse período de 24h, pode ocorrer a instauração de lesões definitivas irreversíveis do cérebro, tipificada pela morte de um grupo de neurônios. Nesta ocasião, enfarte cerebral (HABIB, 2000 *apud* CANCELA, 2008). Já o AVC *hemorrágico*, segundo Cancela (2008, grifo nosso) a hemorragia cerebral é resultado de um evento inverso ao da isquemia: o derramamento de sangue para fora dos vasos. No momento em que acontece uma hemorragia, o sangue pode derramar: para o lado interno do cérebro ocasionando uma hemorragia intracerebral, bem como para o local lotado de fluido entre o cérebro e a membrana aracnoide, causando uma hemorragia subaracnóidea.

A hemorragia cerebral, bem mais do que a isquemia, está associada fundamentalmente com a hipertensão arterial. O crescimento crônico da pressão nas artérias, acima de tudo se é desconhecido ou malcuidado, pode-se direcionar a uma vulnerabilidade das paredes arteriais, do que levará a resultar uma cisão e decorrente hemorragia (HABIB, 2000 *apud* CANCELA, 2008). A hemorragia pode acontecer de inúmeras formas, sendo que as centrais são: *aneurismas* – um ponto debilitado ou tênue na parede de uma artéria. Com o passar do tempo estes pontos crescem com a alta pressão arterial, resultando em rompimento. *Cisão de uma parede arterial*: as paredes arteriais encrostadas de placas deixam de ter sua flexibilidade, tornam-se rígidas, tênues e suscetíveis a arrebentar (CANCELA, 2008, grifo do autor). Há muito sofrimento psíquico, limitações físicas no dia a dia, prejuízos cognitivos e sociais em detrimento do AVC, mesmo pacientes afetados moderadamente sofrem com os danos causados na qualidade de vida, explica (DOYLE, 2002 *apud* RABELO; NÉRI, 2006).

Fortes e Néri (2004 *apud* RABELO; NÉRI, 2006), exemplificam bem como os pacientes sentem após o AVC, e como devem lidar com tamanho evento prejudicial, sendo assim, os autores citados dizem que, ser acometido por um AVC é viver um episódio abrupto, e ao que tudo indica, tem todos os fatores favorecendo para o momento abrupto ser vivenciado de forma estressante, pois ameaça o senso de controle pessoal. Exige do paciente um enorme esforço adaptativo. Propicia um evento não-desejado e, conseqüentemente, causa desequilíbrio nos âmbitos: físico, sociofamiliar e psicológico.

O êxito na adaptação vai depender do paciente, de como reagirá frente às demandas impostas pelo AVC, tal como o senso de ajustamento pessoal.

O AVC é uma doença universal de enorme efeito na saúde pública, pois esse evento reflete não somente nos aspectos cognitivos, motores, psicossociais, sociofamiliares, emocionais e físicos (CANCELA, 2008). Chen *et al.* (2015) complementa dizendo que o AVC tem extensos impactos nos âmbitos: físico, mental e social.

1.2 Efeitos e influências nos âmbitos sociofamiliar, emocional e físico do paciente

O acidente vascular cerebral (AVC) pode delimitar de modo expressivo a performance funcional, ocasionando resultâncias negativas nos vínculos pessoais, familiares, sociais, e, acima de tudo, na qualidade de vida (TERRONI *et al.*, 2003, 2009). Os pacientes que, em decorrência do AVC carregam consigo sequelas, constantemente precisam do suporte de reabilitação (um compilado de ações que são feitas para a melhoria e aperfeiçoamento da função física; didática do paciente e de sua família, em especial, a agregação desse paciente ao seu meio sociofamiliar), visto que, quando não se sentem pertencentes ao meio sociofamiliar, tendem a reverberar desmotivação (DA COSTA; DA SILVA; DA ROCHA, 2011). Como citado acima, para Da Costa, Da Silva e Da Rocha (2011, p. 2) “a capacidade que os pacientes possuem para alcançar os objetivos da reabilitação depende de sua motivação, do suporte social – familiar [...]”. Como complemento, de acordo com Peters (2003 *apud* RIBEIRO, 2008) todos os familiares enredados no processo adoecer, igualmente sentem-se abalados, necessitando-se, por conseqüência, que a reabilitação tenha como intenção melhorar a qualidade de vida de ambos.

Segundo Friedrich (2002 *apud* RIBEIRO, 2008) os avanços na qualidade de vida decorrem de intervenções para precaver ou minimizar doenças; dissenções; inabilidades; atuações para condicionar a saúde; posição e enriquecimento do dever social, e, por último, constituir alicerce interpessoal e refrear o exílio social. Sobre a qualidade de vida, Chen *et al.* (2015) a correlaciona à saúde, pois segundo ele, a ausência de saúde causa impactos na qualidade de vida do paciente em vários âmbitos, tanto físico e mental como social. É o percebido nos estudos, posto que os sobreviventes de AVC têm escores médios mais inferior para saúde física (-7,9%), saúde mental (-4,1%) e utilidade de saúde (-6,9%) da QVRS – qualidade de vida relacionada a saúde. Segundo Terroni *et al.* (2009) o paciente portador do AVC, em decorrência do mesmo, desenvolve sequelas que restringe suas atividades diárias, afetando aspectos físicos, psicológicos e sociais, que por sinal, acabam interferindo significativamente a qualidade de vida/bem-estar do mesmo.

Segundo Fernandes (2009) alguns estudos mostram que há uma quantidade expressiva de pacientes que após o AVC têm suas qualidades de vidas agravadas em *dois anos* depois do AVC, o que é bastante relevante, já que, todos autores citados acima por Ribeiro (2008) não destacam esse prazo (grifo nosso, tradução nossa). O mesmo salienta que, ainda que tenham tido uma boa recuperação, podem ter suas vidas abaladas, visto que, sentimentos de inutilidade, falta independência, ausência de autonomia, sujeição a outras pessoas, bem como as limitações físicas e cognitivas, são expressivamente influenciadoras na qualidade de vida desses pacientes. Como citado nos parágrafos acima por outros autores, Fernandes (2009) também ressalta a importância da reabilitação: “[...]é fundamental que o paciente pós-AVC tenha acesso à reabilitação e aos serviços de apoio relacionados ao AVC para que consiga melhorar suas atividades de vida diária após o evento e, conseqüentemente, melhorar sua QV” (p.2). Para Terroni *et al.* (2003, 2009, p.450) “o impacto psicológico gerado pelas limitações impostas pelo AVC pode ser o suficiente para originar um quadro depressivo como um matiz de ajustamento/reactivo”.

Sobre os aspectos psicológicos, Fernandes (2009) expõe que, os pacientes no pós-AVC apresentam alguns sintomas do quadro depressivo, como: agitação, irritabilidade, falta de iniciativa, apatia, agressividade, desinibição e rebaixamento da autoestima. Este quadro depressivo é uma das alterações neuropsicológicas que o paciente pode sofrer. Terroni *et al.* (2003, 2009) complementa dizendo que, as delimitações que pacientes pós-AVC sofrem não se relaciona sempre ao déficit neurológico em si. Há outros componentes, como por exemplo: as complexidades psiquiátricas, essas podem ser indicativas determinantes para as limitações do pacientes pós-AVC. Dentre as complexidades psiquiátricas, em especial, a depressão tem tido maior visibilidade, pois é a mais prevalente e a que mais tem sido relacionada a um pior prognóstico.

1.3 Alteração neuropsicológica - Depressão resultante do AVC

De acordo com DSM-V (2014 *apud* DE MELO, 2015) os transtornos depressivos são caracterizados como: transtorno disruptivo do desajuste do humor, transtorno depressivo maior, II resistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo decorrente de substâncias, transtorno depressivo especificado, e não especificado, entre outros. Ainda segundo o mesmo, no pós-AVC o transtorno depressivo é regularmente achado nos estudos correlacionado ao transtorno depressivo maior da qual o primordial sintoma é a presença de um ou mais eventos depressivos do grupo grave, tais como: humor deprimido; perda da disposição ou da habilidade de ter prazer; diminuição ou aumento de peso; insônia e hipersônia; inquietação; exaustão ou perda de força; sentimento de ineficácia ou culpa acentuada; rebaixamento de concentração, bem como cogitação de morte ou ideação suicida.

Segundo Terroni *et al.* (2009) “a depressão é a complicação psiquiátrica mais frequente do acidente vascular cerebral (AVC)” (p. 101). Yang *et al.* (2015) define a depressão no pós-AVC como: “[...]um dos distúrbios emocionais mais comuns que afligem os que sofrem

derrame” (p.259, grifo nosso). De acordo com Terroni *et al.* (2009), a (DPAVC)

– depressão pós – AVC está ligada ao acréscimo da taxa de mortalidade, visto que, ela interfere na performance física, na linguagem, bem como na propiciação da internação de longo prazo e na qualidade de vida, que por sua vez fica prejudicada. Para Terroni *et al.* (2009), quanto ao diagnóstico: “Quando a DPAVC é diagnóstica e tratada, observam-se melhora na recuperação funcional e redução do prejuízo cognitivo” (p.101, grifo nosso).

No que diz respeito a etiologia da depressão pós-AVC, de acordo com Terroni *et al.* (2009) ela é multifatorial. O acontecimento da mesma tem sido relacionado a uns fatores de risco, como: sexo feminino, sendo de idade mais jovem, histórico familiar de transtorno depressivo, histórico familiar de AVCs precedentes, causas psicológicas derivadas dos danos propiciados pelas sequelas neurológicas, elementos hormonais como mutação do núcleo hipófise-hipotálamo-adrenal (HHA), déficits neuropsicológicos e região do AVC. Segundo o estudo de Terroni *et al.* (2009), as taxas de preponderância da depressão pós-AVC variam em torno de 23% a 60%, já para Yang *et al.* (2015), em uma meta-análise foi-se indicado que a dominância de depressão leve ou grave é similar a 18% (com alteração de 8% a 46%).

Sobre a variante apresentada (23% a 60%) nos estudos consultados, Terroni *et al.* (2009) expõe que, essa variante tem acontecido em virtude de elementos, como: em qual momento no pós-AVC a avaliação foi executada, parâmetros de depressão, qualidade da assistência que estes recebem e a procedência dessa população (comunidade, hospitalar e centro de reabilitação). Terroni *et al.* (2009), diz:

Pode-se verificar como métodos diferentes para diagnosticar a DPAVC levam a tal variação de resultados. No estudo em que a depressão foi definida com escore acima de 10 do inventário de depressão de Beck (BDI), a prevalência de depressão no décimo segundo mês foi de 55%, enquanto em outro estudo que utilizou o Present State Examination (PSE) e os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM - III), a prevalência de depressão no mesmo período pós-AVC foi de 33%. (p.101)

Sobre a incidência, para o mesmo, o índice de incidência de depressão no pós-AVC não é muito pesquisado visto pelas análises publicadas na literatura, já que a grande maioria dos estudos abrange pacientes com histórico pregresso de depressão. Dentre as pesquisas verificadas, Terroni *et al.* (2009) ressalta que apenas dois estudos falavam sobre a incidência da DPAVC, entretanto, possuíam desenhos transversais. Dentro dessas análises demonstraram que há um teor de incidência de episódio depressivo maior (EDM) posterior ao AVC de 27% correlato ao período entre dois e quatro meses após o AVC e de 25% no espaço entre três semanas e três meses posterior ao AVC.

Com relação ao quadro clínico, Terroni *et al.* (2009) expõe:

O diagnóstico da DPAVC pode ser de difícil execução. Na prática clínica, é difícil avaliar qual a importância a ser dada aos sintomas depressivos durante a avaliação da depressão no período posterior ao AVC. A depressão é acompanhada com frequência por sintomas neurocognitivos e físicos que podem ser decorrentes do AVC. Sintomas tais como fadiga, retardo psicomotor, diminuição da capacidade de concentração, insônia e diminuição do apetite fazem parte dos critérios diagnósticos do episódio depressivo e também são comuns às doenças clínicas (p. 101-102)

A depressão nos pacientes que sofreram AVC é muito constante, segundo Terroni *et al.* (2009), e ela (depressão) tem sido uma das relevantes condições correlacionadas com o agravamento da qualidade de vida que, conseqüentemente, atrapalha a aderência do paciente ao tratamento; afeta a percepção integral da saúde; minimiza os níveis de vigor, tal como o convívio social e a motivação. São vários os aspectos relacionados ao comprometimento da qualidade de vida /bem-estar, contudo, a depressão foi apontada como sendo um dos

principais preditores para o declínio da qualidade de vida desses pacientes. Conforme uma análise de estudiosos Australianos que averiguaram 441 pacientes pós-AVC, com idade média de 74 anos, durante cinco anos investigaram a predominância da depressão e do seu tratamento, os pacientes que não apresentam síndrome depressiva tinham uma melhor qualidade de vida (TERRONI *et al.*, 2009).

Para o mesmo, os aspectos psicológicos dos pacientes portadores do AVC contam muito. Dependendo do aspecto, pode abalar expressivamente a capacidade funcional do paciente, bem como a qualidade de vida. As inúmeras circunstâncias da vida do paciente se agregado às inabilidades tendem a modificar o pensamento positivo de bem-estar (TERRONI *et al.*, 2009). Tanto a percepção como análise de situações são subjetivas, sendo assim são refletidas de formas diferentes por meio dos aspectos psicológicos e são de extrema relevância para a adaptação à inabilidade, uma vez que agem como recursos de enfrentamento. Ainda segundo o mesmo “os pacientes com AVC que vivenciam a condição de incapacitados apresentam problemas psicológicos de ajustamento relacionados à aceitação dos limites impostos pela sua enfermidade” (TERRONI *et al.*, 2009, p. 103). Terroni *et al.* (2009) ressalta que o AVC é um evento abrupto e estressante, já que adverte o senso de equilíbrio pessoal e requer dos pacientes um enorme estímulo de adaptação, que é concebido por meio do ligamento de recursos emotivos e cognitivos que maior se adapta às limitações postas pela doença. Há ainda a implicação cognitiva, segundo Teroni *et al.* (2009), o predomínio da complicação cognitiva posterior ao AVC pode assomar em até 35,2%. Por isso, salienta o mesmo, que é necessário estudar, estar atento, pois o dano cognitivo pode ser um indicativo da evolução para cenários de doenças degenerativas.

Terroni *et al.* (2003, 2009) cita um estudo no qual 251 pacientes foram analisados três meses depois do AVC, 30% dos pacientes evidenciaram demência, esse estudo foi prospectivo. O dano cognitivo depois do AVC igualmente está correlacionado ao agravada evolução funcional e ao crescimento do risco de mortalidade. A utilização de uma bateria neuropsicológica ajuda na investigação mais criteriosa da averiguação dos danos cognitivos nesses pacientes. Sendo assim, como exemplo, o mesmo cita que em uma enorme pesquisa produzida por meio de uma extensa bateria neuropsicológica, foi-se encontrado comprometimento cognitivo em pelo menos um domínio cognitivo em 55% dos pacientes submetidos a essa pesquisa, e 27% com outros défices cognitivos sem agravo da memória, outros 7% com défices apenas na memória, e 9% com degradação em memória e outros défices cognitivos.

Sobre a idade prevalente dos pacientes que sofreram AVC e tem mais probabilidade de desenvolver depressão, Terroni *et al.* (2003, 2009) expõe que na literatura e nos dados estatísticos não há um consenso, visto que, a depressão no pós-AVC relacionava-se mais ao período do pós-AVC, pois os pacientes mais jovens evidenciaram uma maior predisposição para desenvolver depressão de maneira mais crítica no decurso mais agudo do pós-AVC. Em contrapartida, na etapa tardia do pós-AVC, em pacientes que estavam internados em centros de reabilitação, a idade mais dianteira apresentou ser um aspecto prenunciador autônomo para a depressão. De acordo com Rabelo e Néri (2006), a prevalência está relacionada ao sexo, o mesmo expõe que a prevalência do AVC e a comorbidade depressão tem mais probabilidade de ser desenvolvido em mulheres do que em homens, bem como a gravidade, a duração da depressão e a qualidade de vida. Estes, para o mesmo, podem ser muito mais prejudiciais nas mulheres do que nos homens, e que independe da idade. Ainda para o mesmo autor, quando os pacientes acometidos do AVC são de idade mais avançada, o pormenor, refere-se ao ritmo mais lento na recuperação devido à idade.

Freitas (2014) enfatiza que alguns autores têm sugerido que o começo prévio da depressão pós-AVC pode ser qualificado por ansiedade e ausência de libido, quando que a depressão pós-AVC de começo demorado poderá estar relacionada à alteração diurna de humor e

retraimento social. A depressão pós-AVC pode interferir na reabilitação e na recuperação do paciente. Ela pode ser danosa, pois dois dos seus inúmeros sintomas é a falta de ânimo e a desmotivação, e ambas as duas podem influenciar diretamente na reabilitação e como consequência, má qualidade de vida. A mesma é a complicação mais constante do AVC acometendo 33% dos pacientes. Ainda sobre a ocorrência da depressão no pós-AVC, bem como seus fatídicos sintomas, Rabelo e Néri (2006, p. 173), reafirmam o exposto acima, dizendo: *"a depressão é a complicação psiquiátrica mais prevalente após o AVC; está associada a um pior prognóstico [...] Os sintomas depressivos podem diminuir a motivação da pessoa para a reabilitação [...]".*

A reverberação de um AVC sobre os pacientes, é diversos e os principais conciliadores ou prenúncio de ausência de qualidade de vida, é a incapacidade e a depressão decorrentes do AVC (RABELO; NÉRI, 2006). Para finalizar, o mesmo, ressalta a importância de um trabalho integrado cuja finalidade esteja no bem-estar subjetivo de cada paciente; da importância de trabalhar não somente com esse paciente, sobretudo, com toda rede de apoio. Enfatiza ainda que, quanto mais for trabalhado no paciente os mecanismos de ajustamento psicológico, maior é o ensejo de adaptação e, supostamente, sem grande derrocada na satisfação com a vida e nas vivências emocionais.

2 METODOLOGIA

A metodologia aplicada para a apuração do tema em questão fez-se por meio da revisão bibliográfica, ou seja, análise de conteúdo. Trata-se de uma pesquisa exploratória. Tal pesquisa teve como sustentação inúmeras fontes bibliográficas, que serviram de base para a construção da investigação proposta. Deste modo, a proposta era de investigar meticulosamente se após o AVC qualquer paciente que tenha sofrido o exposto poderia desenvolver depressão sem levar em consideração faixa etária. Para tal, foi-se utilizada doze pesquisas validadas, retiradas de sites como: Capes, Scielo, Usp, Unb, Bvs e PubMed.

TITULO	OBJETIVO	RESULTADO
No presente artigo fez-se uma reavaliação a respeito dos fatores relacionados na depressão pós- AVC, bem como a situação atual do tratamento, com o intuito de incitar sua detecção e o apropriado tratamento pelo médico não-psiquiatra.	Por meio da averiguação, verificou-se que há sim a presença de fatores de depressão envolvidos na DPAVC, e que os danos estão nos domínios: funcional, cognitivo, rede de apoio/ baixo suporte social e adiamento no Processo de reabilitação [...].	No presente artigo fez-se uma reavaliação a respeito dos fatores relacionados na depressão pós-AVC, bem como a situação atual do tratamento, com o intuito de incitar sua detecção e o apropriado tratamento pelo médico não-psiquiatra.
Estado neurológico e cognição de pacientes pós - acidente vascular cerebral Autoras: Fabrícia Azevêdo da Costa; Diana Lidice Araujo e Vera Maria da Rocha (2011)	O estudo teve como objetivo central, analisar através de uma equipe multidisciplinar a condição neurológica, bem como a performance cognitiva dos pacientes pós-AVC. Fez-se um estudo transversal com estes, que no total deu-se em 45 pacientes, que estavam no processo de reabilitação.	A condição neurológica, tal como o nível cognitivo dos pacientes pós- AVC agudo aparentam estar diretamente associados a complicações após o AVC.
Depressão numa contextualização contemporânea Autoras: Fernanda Cavalcante Esteves e Alda Luiza Galvan (2006)	O presente estudo pretende analisar algumas alterações afetivas, introduzindo nesta análise diferentes concepções e conceitos a respeito das ocorrências sintomatológicas atuais, tal como descrever sua psicodinâmica.	Por meio da análise bibliográfica, verificou-se que as ocorrências sintomáticas são devido a um narcisismo ferido [...]
Um fator de risco significativo para a depressão pós - AVC: a sub-rede relacionada à depressão Autor: Songran Yang <i>et al.</i> (2015)	O presente estudo teve como objetivo avaliar as causas diretas da depressão, bem como se a deterioração neuroanatômica tem influência no aparecimento da depressão pós-AVC. Objetiva-se também ver se é controversa.	O estudo fornece o primeiro gráfico de investigação teórica de redes de substância branca relacionada a depressão maior pós-AVC. Tais inquirições, oferecem novos insights a respeito dos substratos neuroanatômicos [...].
Potenciais preditores de qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com AVC submetidos à reabilitação de pacientes internados. Autor: Chien-Min Chen <i>et al.</i> (2015)	O presente estudo teve como objetivo central identificar de forma extensa os potenciais preditores de qualidade de vida associada à saúde em pacientes que estão em processo de reabilitação pós-AVC.	O domínio do AVC teve como índice a emoção (11,6% da variância). Essas descobertas propõem que inúmeros fatores predisseram vários aspectos da qualidade de vida associada com a saúde em pacientes pós-AVC.
Depressão pós- AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. Autora: Luisa de Marillac Niro Terroni <i>et al.</i> (2009)	O presente estudo teve como objetivo conferir alguns fatores da DPAVC, tais como, qualidade de vida, danos cognitivos, bem como a localização do AVC e intervenção.	O predomínio da DPAVC é de 23% a 60%. Entretanto, existe poucas análises referente a incidência da DPAVC. A mesma está relacionada ao mal prognóstico, visto que, interferiu diretamente na QV.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a realização da pesquisa bibliográfica em questão, foi-se utilizado doze artigos validados, em sites seguros, tais como: Capes, Scielo, Usp, Unb, Bvs e PubMed. Sendo assim por meio do levantamento bibliográfico foi possível confirmar as hipóteses levantadas no início do presente trabalho, tal como na sustentação dos fatores que estão envolvidos e que, propiciam o aparecimento da depressão pós-AVC. A partir desse momento, após o levantamento dos dados pode-se afirmar levando em consideração as limitações do estudo em questão que a depressão pode sim ser desencadeada após o AVC e que as limitações físicas, a ausência de saúde - ocasiona no paciente uma má qualidade de vida, perda da autonomia, baixa interação sociofamiliar, motivação e ânimo escasso –para embasar, Da costa, Da Silva e Da Rocha (2011) afirmam que quando os pacientes não se sentem pertencentes ao meio sociofamiliar tendem a reverberar desmotivação, enfim, todos os aspectos exibidos podem interferir diretamente no âmbito psicológico do paciente suscitando assim a depressão.

Sendo assim, de acordo com Doyle (2002 *apud* RABELO; NÉRI, 2006) os prejuízos decorrentes do AVC não se dá somente no âmbito cognitivo, como também traz aos pacientes muita dor psíquica, pois as limitações são inúmeras, impossibilita-os de serem donos de si mesmos, os que trabalhavam e tinham uma vida autônoma, deixam de ter devido as limitações impostas pelo AVC. Mesmo pacientes afetados moderadamente sofrem com os danos derivados do AVC, já que afeta a todos na qualidade de vida. Cancela (2008) complementa e sustenta o exposto pelos autores citados acima, dizendo que, o AVC reverbera efeitos na saúde pública, nos aspectos cognitivos e motores, bem como nos aspectos psicossociais, sociofamiliares, emocionais e físicos. Fernandes (2009) salienta que, ainda que tenham tido uma boa recuperação, podem ter suas vidas abaladas, visto que, sentimentos de inutilidade, falta independência, ausência de autonomia, sujeição a outras pessoas, bem como as limitações físicas e cognitivas, são expressivamente influenciadoras na qualidade de vida desses pacientes.

A depressão nos pacientes que sofreram AVC é muito constante, segundo Terroni *et al.* (2009), e a mesma tem sido uma das relevantes condições correlacionadas com o agravamento da qualidade de vida que, consequentemente, atrapalha a aderência do paciente ao tratamento; afeta a percepção integral da saúde; minimiza os níveis de vigor, tal como o convívio social e a motivação. Freitas (2014) adiciona e reitera o exposto de Terroni *et al.* (2009) falando que, a depressão pós-AVC pode interferir na reabilitação e na recuperação do paciente. Ela pode ser danosa, pois dois dos seus inúmeros sintomas é a falta de ânimo e a desmotivação, e ambas as duas podem influenciar diretamente na reabilitação e como consequência, má qualidade de vida. A mesma é a complicação mais constante do AVC acometendo 33% dos pacientes.

Para Da Costa, Da Silva e Da Rocha (2011, p. 2) “a capacidade que os pacientes possuem para alcançar os objetivos da reabilitação depende de sua motivação, do suporte social – familiar [...]”. Como complemento, de acordo com Peters (2003 *apud* RIBEIRO, 2008) todos os familiares enredados no processo adoecer, igualmente sentem-se abalados, necessitando-se, por consequência, que a reabilitação tenha como intenção melhorar a qualidade de vida de ambos. Friedrich (2002 *apud* RIBEIRO, 2008) enfatizam a importância da reabilitação exposta pelos autores citados acima falando que, os avanços na qualidade de vida decorrem de intervenções - reabilitação para precaver ou minimizar doenças; dissonâncias; inabilidades; atuações para condicionar a saúde; posição e enriquecimento do dever social, e, por último, constituir alicerce interpessoal e refrear o exílio social.

Sobre a qualidade de vida, Chen *et al.* (2015) a correlaciona à saúde, pois segundo ele, a ausência de saúde causa impactos na qualidade de vida do paciente em vários âmbitos,

tanto físico e mental como social. É o percebido nos estudos, posto que os sobreviventes de AVC têm escores médios mais inferior para saúde física (-7,9%), saúde mental (-4,1%) e utilidade de saúde (-6,9%) da QVRS – qualidade de vida relacionada a saúde. Terroni *et al.* (2009) complementa dizendo que o paciente portador do AVC, em decorrência do mesmo, desenvolve sequelas que restringe suas atividades diárias, afetando aspectos físicos, psicológicos e sociais, que por sinal, acabam interferindo significativamente a qualidade de vida/bem-estar do mesmo.

Para finalizar, sobre os índices de preponderância, segundo o estudo de Terroni *et al.* (2009), as taxas de preponderância da depressão pós-AVC vareiam em torno de 23% a 60%, já para Yang *et al.* (2015), em uma meta-análise foi-se indicado que a dominância de depressão leve ou grave é similar a 18% (com alteração de 8% a 46%). Sobre a variante apresentada (23% a 60%) nos estudos consultados, Terroni *et al.* (2009) expõe que, essa variante tem acontecido em virtude de elementos, como: em qual momento no pós-AVC a avaliação foi executada, parâmetros de depressão, qualidade da assistência que estes recebem e a procedência dessa população (comunidade, área hospitalar e centro de reabilitação).

Desta forma, após a análise documental apresentada, conclui-se, como o exposto no primeiro parágrafo, que a depressão está correlacionada no pós-AVC, contudo, deve-se levar em conta que a pesquisa tem suas restrições, visto que na literatura não há muitas pesquisas publicadas referente ao tema estudado, bem como por ser uma análise bibliográfica da qual não teve como metodologia central coleta de dados numéricos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo em questão, foi possível confirmar por meio da análise bibliográfica que os pacientes acometidos do AVC podem desenvolver a depressão no pós-AVC e que a depressão pode ser desencadeada frente a fatores que propiciam o aparecimento da tal, os fatores expostos foram: má qualidade de vida, ou seja, a ausência de saúde afeta o psicológico do paciente; precariedade na rede de apoio, isto é, quando o paciente não se sente acolhido, pertencente ao seu meio sociofamiliar, ele pode desenvolver uma linha não-linear de recuperação tendo mais derrocadas do que melhoras, bem como devido às limitações impostas pelo AVC tendem a se sentir desmotivados e desanimados, e ambos interferem diretamente no processo de recuperação, ou seja, reabilitação. Sobretudo, todos autores usados para averiguação do tema proposto, correlacionaram a depressão no pós-AVC avultando todos os fatores propostos.

Desta forma as hipóteses levantadas no início do estudo bibliográfico foram-se confirmadas, uma vez que todos os fatores investigados se fazem presente, quer dizer, contribuem diretamente para o surgimento da depressão, entretanto, deve-se levar em consideração as limitações do presente estudo, visto que, trata-se de uma investigação bibliográfica cujo objetivo não foi a obtenção de números como resultados, levou-se em consideração resultados de outrem. Sugere-se que para uma averiguação mais criteriosa é necessário levar em consideração alguns aspectos metodológicos, como método quantitativo.

REFERÊNCIAS

CANCELA, Diana Manuela Gomes. **O Acidente vascular cerebral – classificação, principais consequências e reabilitação.**2008. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos /TL_0095.pdf>. Acesso em: 14 set. 2018.

DA COSTA, Fabrícia Azevêdo; DA SILVA, Diana Lidice Araujo; DA ROCHA, Vera Maria. **Estado neurológico e cognição de pacientes pós – acidente vascular cerebral.**2011. Disponível em:< <file:///C:/Users/Casa/Desktop/PASTA%20DO%20TCC%20DA%20PÓS/usuario%20esse>

%20artigo%20-%20TCC%20DA%20PÓS.pdf. >. Acesso em: 14 set. 2018.

ESTEVES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. **Depressão numa contextualização contemporânea**. 2006. n. 24, p. 127-135. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n24/n24a12.pdf> > Acesso em: 25 set. 2018.

FERNANDES, Paula Teixeira. **Aspectos psicossociais do AVC**. Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. São Paulo: prédio V da reitoria – piso 3, 2009. 03p. Disponível em: <file:///C:/Users/Casa/Desktop/PASTA%20DO%20TCC%20DA%20P%C3%93S/3%20artigo%20-%20Aspectos%20psicossociais%20do%20AVC.html>. Acesso em: 14 set.2018.

FREITAS, Miriam Selma Telo. **Depressão pós-AVC: revisão bibliográfica**. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2014. 32p. Dissertação para obtenção do grau de mestre em (Medicina) – ciclo de estudos integrado, 2014.

DE MELO, Elaine Farias. **Revisão teórica da atualização da depressão pós-AVC: diagnóstico e indicações de tratamento**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: instituto de psicologia, Porto Alegre: 2015. Disponível em < <file:///C:/Users/Casa/Desktop/PASTA%20DO%20TCC%20DA%20PÓS/AUTOR%20MELO%20000993011.pdf> > Acesso em: 22 out. 2018.

RABELO, Dóris Firmino; NÉRI, Anita Liberalesso. **Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão**. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo: 2006. p. 169-177. Disponível em: <file:///C:/Users/Casa/Desktop/PASTA%20DO%20TCC%20DA%20PÓS/RABELO%20E%20NERI.pdf> > Acesso em: 25 out. 2018.

RIBEIRO, Cristiane. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes afásicos com protocolo específico SAQOL -39**. São Paulo: USP, 2008. 92p. Dissertação (mestrado em comunicação humana) – Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008.

CHEN, Chien-Min *et al*. **Potenciais preditores de qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com AVC submetidos à reabilitação de pacientes internados**. Health Qual Life Outcomes - PMC: 2015. v. 13. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524441/?tool=pubmed#> > Acesso em: 14 set. 2018.

TERRONI, Luisa de Marillac Niro *et al*. **Depressão pós-AVC: fatores de risco terapêutica antidepressiva**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo: 2003, 2009. p. 450-459. Disponível em: < <file:///C:/Users/Casa/Desktop/PASTA%20DO%20TCC%20DA%20PÓS/Artigo%20TERRONI%202003.pdf> > Acesso em: 26 out. 2018.

TERRONI, Luisa de Marillac Niro *et al*. **Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento**. São Paulo: 2009. p.100-108. v.36. Disponível em <file:///C:/Users/Casa/Desktop/PASTA%20DO%20TCC%20DA%20PÓS/art_TERRONI_Depressao_pos-AVC_aspectos_psicologicos_neuropsicologicos_eixo_HHA_2009%20-%20depress%20.pdf> Acesso em: 14 set. 2018.

YANG, Songran *et al*. **Um fator de risco significativo para a depressão pós-AVC: a sub-rede relacionada à depressão**. Journal of Psychiatry Neuroscience: 2015. v. 40, p.259-268. Disponível em: file:///C:/Users/Casa/Desktop/PASTA%20DO%20TCC%20DA%20P%C3%93S/5%20ARTIGO%20Um%20fator%20de%20risco%20significativo%20para%20a%20depress%20C3%A3o%20p%C3%B3s-AVC_%20a%20subrede%20relacionada%20C3%A0%20depress%20C3%A3o.html > Acesso em: 18 set.2018.

A influência da utilização das tecnologias digitais na qualidade de vida do idoso ¹⁷

RESUMO

O objetivo desta pesquisa consistiu em investigar a influência da utilização das tecnologias digitais na qualidade de vida do idoso. Foram entrevistados vinte e três idosos, a partir de um roteiro de entrevista estruturada composta por nove questões e pelo questionário WHOQOL-OLD, integrado por vinte e quatro perguntas referentes aos seis domínios que compõem a qualidade de vida dos idosos. Esses domínios buscam atingir seis dimensões: funcionamento do sensório, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras; participação social, morte e morrer e intimidade. Os participantes desse estudo pertencem a um grupo de convivência oferecido por uma universidade pública de Goiás. Os dados apontaram para uma correlação positiva entre o uso de tecnologias digitais e a qualidade de vida do idoso. Para os entrevistados, utilizar essas tecnologias os ajuda a desenvolver sua autonomia, sociabilidade e funcionamento cognitivo. Conclui-se que são muitos os aspectos positivos para a qualidade de vida do idoso, principalmente no domínio participação social, e que quanto maior o nível educacional mais os acessos a essas tecnologias são facilitados.

Palavras-chave: Idoso. Tecnologias digitais. Inclusão digital. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The objective of this research was to investigate the influence of the use of digital technologies on the quality of life of the elderly. Twenty-three elderly people were interviewed, based on a structured interview script composed of nine questions and the WHOQOL-OLD questionnaire, consisting of twenty-four questions referring to the six domains that make up the quality of life of the elderly. These domains seek to achieve six dimensions: sensorial functioning, autonomy, past, present and future activities; social participation, death and dying and intimacy. The participants of this study belong to a cohabitation group offered by a public university in Goiás. The data pointed to a positive correlation between the use of digital technologies and the quality of life of the elderly. For those interviewed, using these technologies help them to develop their autonomy, sociability and cognitive functioning. It is concluded that there are many positive aspects to the quality of life of the elderly, especially in the social participation domain, and that the higher the educational level and the accesses to these technologies are facilitated.

Keywords: Elderly. Digital technologies. Digital inclusion. Quality of life.

1 INTRODUÇÃO

Objeto de estudo deste artigo foi a relação do idoso com as tecnologias digitais. A atualidade revela que a geração de idosos apresenta dificuldades em compreender a linguagem tecnológica e em saber lidar com os avanços tecnológicos mais básicos, desde operar eletrodomésticos até níveis mais sofisticados de tecnologia, como, por exemplo, celulares (SILVEIRA *et al.*, 2010). De acordo com Delors (2004), a sociedade contemporânea

¹⁷ Adriel Januário Sousa Silva, Janete Soares Bernardes: discentes do Curso de Psicologia da Universo-Go. Dra. Analucy Aury Vieira de Oliveira, Dra. Janete Capel Hernandes.

vive a era da Informação e a utilização das tecnologias digitais proporciona ao idoso menor sentimento de exclusão social.

O objetivo geral do artigo é investigar a influência da utilização das tecnologias digitais na qualidade de vida do idoso. Considera-se essa uma tarefa significativa, pois, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a população mundial com mais de 60 anos tem crescido bastante e chegará a dois bilhões até 2050, o que tornará as doenças crônicas e o bem-estar dos idosos novos desafios à saúde pública global. Estima-se, ainda, que em 2050 a população idosa brasileira irá ultrapassar os 22,71% da população total, atingindo uma faixa etária média de 81,29 anos, aproximando-se das médias atuais de 81,80 anos da Islândia, 82,80 anos de Hong Kong e 82,60 anos do Japão (IBGE, 2015).

Mais especificamente, procura-se analisar em quais aspectos a tecnologia digital pode contribuir na qualidade de vida do idoso, e demonstrar a força dessa ferramenta que promove a aquisição do conhecimento e desenvolvimento das informações de diferentes aspectos e interação entre as pessoas (KACHAR, 2003). A tecnologia é presente, isto é fato. E existe para ser usada, também é fato, com coerência, competência e, principalmente, com responsabilidade (KACHAR, 2003).

Para se alcançarem os objetivos utilizou-se a definição de qualidade de vida do *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL, Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) (WHO, 1946 *apud* FLECK, 2000, p. 34) que a definiu como: “A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. No processo de envelhecimento, são analisados e avaliados os seis domínios propostos pelo grupo WHOQOL, a saber: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade (religião e crenças pessoais).

Torna-se importante para o governo, profissionais de saúde, sociedade em geral e os idosos compreenderem o envelhecimento como um processo de múltiplas facetas, de modo a tornarem-se conscientes de que concerne a um fenômeno que não pode ser revertido. Assim sendo, conceber a velhice como parte do ciclo vital que deve empreender cuidados específicos, e não apenas como finitude, de modo a aproveitá-la com mais qualidade é fundamental (WITTER; BURITI, 2011). Comparando fatores anteriores e posteriores em relação ao uso das novas tecnologias digitais na terceira idade na questão do pertencimento familiar e social (mental, saúde, solidão), impôs-se o desafio próprio da complexidade do tema.

Diante disso, a pesquisa busca responder a seguinte questão: o uso da tecnologia melhora a qualidade de vida do idoso em relação ao pertencimento familiar e social (mental, saúde, solidão)? Para isso são lançadas as seguintes hipóteses:

-  A oportunidade de o idoso tornar-se um aprendiz virtual – que poderá continuar adquirindo conhecimento –, lhe proporciona bem-estar e estimulação mental (KACHAR, 2002).
-  O aprendizado do uso de computadores e da Internet na velhice mostrou uma melhoria significativa com relação à depressão, solidão e autocontrole, o que representa pertencimento (SHAPIRA; BARAK; GAL, 2007).
-  Considera-se que a vida dos idosos que utilizam as tecnologias digitais é marcada por mudanças significativas que podem favorecer seu desenvolvimento psicossocial e permitir melhor qualidade de vida.
-  A Internet é uma expansão da vida em todas as suas dimensões, ou seja, ela amplia as possibilidades de lazer, amizade, conhecimento, entre outras, na medida em que facilita o acesso ao conhecimento e a interação com outras pessoas (CASTELLS, 2004).

Este artigo abrange além da revisão da literatura, a fundamentação teórica, a metodologia utilizada para coletar e analisar os dados. Contém, ainda, os resultados e a discussão suscitada pelos resultados obtidos com a pesquisa, considerações finais articuladas com os autores que embasaram esse estudo e referências.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Um país constituído por jovens já não é mais a visão que se tem do Brasil; a população idosa cresce cada vez mais, e a sociedade não foi educada para lidar com este crescimento. Socioeducar uma geração de idosos é preciso, para que se possa entender este fenômeno e saber lidar com a demanda cada vez maior de idosos (SOMBRA *et al.*, 2015).

Alcançar uma maior idade hoje é visto como uma virtude, e cada vez mais, se encontram pessoas vivendo mais, porém na realidade de um país que não está preparado para lidar com a população idosa, e não lhe oferece condição de saúde e de um envelhecimento ativo; é preciso que ocorram mudanças para promover um ambiente social no qual se envelheça bem (GUSMÃO; JÚNIOR; PINA, 2015).

É notório que os idosos estão com expectativa maior de vida, devido ao aumento de medicamentos especializados, que curam e amenizam algumas doenças; com o incremento das indústrias farmacêuticas vieram também os avanços das mídias sociais e da comunicação. Para proporcionar uma melhor qualidade de vida a esses idosos, é preciso oferecer-lhes conhecimento e inserção nessa comunidade; o analfabetismo digital é algo que ainda existe, principalmente quando se trata de idoso. Para que essa inserção ocorra de forma adequada não deve haver discriminação (WANZINACK; BERTOLA; SIGNORELLI, 2013).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), a população idosa está em constante crescimento. Conforme as pesquisas feitas, se tem uma perspectiva de que, em 2050, a população idosa terá dobrado em quantidade, isso vem causando impacto social, pois não se previa tamanho crescimento, e conseqüentemente, não houve preparo social para acolher essa situação. O artigo 1º do Estatuto do Idoso classifica como idosa uma pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Isso foi estabelecido para regular os direitos assegurados às pessoas (BRASIL, 2003).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o crescimento da população idosa é cada vez maior, e o Brasil não está preparado para esta demanda. Para garantir um envelhecimento pleno é crucial fazer com que os idosos se sintam engajados na sociedade. Contar com a ajuda de grupos terapêuticos especificamente preparados pode ser uma boa solução para que haja uma inserção social mais eficaz (ALMEIDA; PACHECO FILHO; SOUZA, 2016).

O aumento da comunidade idosa no mundo e em especial no Brasil tem sido discutido por vários autores, principalmente em relação à qualidade de vida. Questionários sobre a qualidade de vida na terceira idade são aplicados constantemente, pois viver é preciso, mas viver com qualidade. Um dos assuntos também muito discutidos diz respeito ao lazer, ou seja, como os idosos ocupam o tempo. Apesar de já haver uma grande divulgação de atividades desenvolvidas especificamente para idosos, ainda se tem uma realidade de idosos ociosos que passam a maioria do tempo em casa, sem nenhuma atividade física (GOULART *et al.*, 2013).

O artigo 2º do Estatuto do Idoso assegura: O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003, p.7).

Nesta perspectiva, o artigo 3º do mesmo estatuto também assegura ao idoso “com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

Segundo Moura *et al.* (2017, p. 240), os idosos têm demonstrado crescente interesse por novas tecnologias e as relacionam com a aprendizagem, inserção social e lazer”. Os autores também consideram o alto número de transformações no perfil da população idosa brasileira bem como suas contingências.

Brunelli *et al.* (2016) ponderam sobre a procura de idosos para fazer cursos de conhecimento digital, apesar de esse processo ser mais comum em jovens e adultos. A inserção do idoso neste campo é necessária, pois auxilia no convívio social e potencializa a autonomia.

É nítido o quanto a internet trouxe de marco social muito grande acerca das relações sociais. Hoje uma pessoa pode falar, em tempo real, com quem quiser mesmo que essa pessoa esteja do outro lado do mundo; pode fazer amizades. A internet trouxe também um avanço da ciência, porque possibilitou e adiantou muitos estudos científicos feitos em diversas áreas, proporcionando aos pesquisadores bancos de dados com resultados de estudos semelhantes. É muito comum hoje se trabalhar, interagir e até namorar via internet. Estas possibilidades aumentam, e muito, a quantidade de usuários da internet (MIRANDA; FARIAS, 2009).

A informatização da sociedade contemporânea abriu um espaço na internet, trouxe um grande aumento de pessoas até analfabetas, que passaram a ter acesso à tecnologia. Os idosos muitas vezes se encaixam neste perfil, pois a dificuldade cognitiva para aprender coisas novas existe. As dificuldades em manuseio das redes sociais é algo vivenciado também por jovens, o acesso a informações disponibilizado pela internet muitas vezes aproxima pessoas distantes e ajudam nas interações sociais (YABU; UJIE, 2013).

É preciso haver estudos exploratórios sobre o impacto da tecnologia na comunicação social, principalmente relativa à qualidade de vida do idoso e às influências desses impactos tecnológicos na meia idade (FERREIRA; VELOSO; MEALHA, 2015).

Analisar a percepção dos idosos com relação à tecnologia é fundamental; analisar sua facilidade e dificuldade. Alguns aspectos são observados em pesquisa abrangendo idade, renda e estado civil, características que podem mudar de idoso para idoso; o nível de instrução educacional é outro fator que influencia RAYMUNDO; SANTANA, 2015).

Os jogos educacionais para idosos são crescentes no mercado, contudo enfrentam limitações, pois alguns idosos possuem limitação cognitiva, o que deve ser previsto; algumas indagações são feitas para que haja precisão nos jogos, indagações feitas relativamente aos interesses dos idosos. O que mais lhes chama atenção é a contribuição que esse jogo irá trazer de melhora para o idoso (FERREIRA; ISHITANI, 2015).

A relação da sociedade com a tecnologia promove saúde e bem-estar tanto na comunidade jovem quanto na idosa, ambas as potencialidades favorecem a população promovendo saúde, e melhorando relações sociais (VERMELHO; VELHO, 2015). De acordo com Pessanha (2014), a tecnologia desempenha um papel fundamental na sociedade principalmente no cotidiano de cada um; a tecnologia está diretamente ligada à vida das pessoas, são aparelhos sem os quais não vivem. Em comércios, bancos, e até mesmo nas ruas a tecnologia faz parte de nossas vidas.

A educação e a inclusão digital implementam ações políticas, culturais e econômicas que visam a oferecer uma melhor qualidade de vida à população. São elaborados projetos para

fazer esta inclusão que combate o analfabetismo digital, tanto em jovens e adolescentes quanto em idosos (SANTOS; MENDES, 2016).

O projeto “TÔ clicando” é um avanço muito grande na sociedade, ele promove uma mudança cultural, tem como objetivo promover inclusão social e digital de idosos, por meio de oficinas de informática, estimulação cognitiva, atividades manuais e atividades de socialização, tudo isso para promover bem-estar social (MENESES *et al.*, 2016).

Os jogos digitais cada vez mais divulgados também podem ter como público alvo os idosos, mas, para isso, é preciso investigar sua motivação em relação aos jogos; é importante também estudar os benefícios de cada jogo para cada pessoa (SOUZA; TREVISAN, 2014).

Fatores socioculturais podem influenciar na aprendizagem das tecnologias, o impacto no bem-estar em relação ao envelhecimento ativo é algo construído, por isso é necessário o estudo de técnicas e práticas que possibilitam o aprendizado e facilitam a inclusão desses senhores no meio tecnológico (PÁSCOA; GIL, 2015).

Um espaço devidamente qualificado desenvolve competências e favorece a convivência entre os estudantes. O aprendizado é algo que é construído também com os idosos. Quando estão inseridos num bom espaço, com pessoas devidamente qualificadas é possível obter bons resultados (SOARES, 2014).

A educação é um dos meios para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade e pela sociedade, propiciando-lhes o aprendizado de novos conhecimentos e oportunidades para buscar seu bem-estar físico e emocional. A qualidade de vida na Terceira Idade pode ser definida como a manutenção da saúde, em seu maior nível possível, em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual (SANTOS; ERHARDT; BRAGAGNOLO, 2015).

Existe urgência em serem desenvolvidos meios para melhor atender às dificuldades desse grupo populacional, sendo necessário enveredar por um caminho de promoção do envelhecimento associado ao conceito de bem-estar e de qualidade de vida. O envelhecimento da população é um fenômeno que está a atingir o mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (GOMES, 2014).

Torna-se cada vez mais importante manter o idoso dentro de um contexto tecnológico. Quando o idoso se inscreve numa aula de informática, ela passa a fazer parte do universo de interação entre eles e familiares, e, ao se relacionar no mundo digital com pessoas da mesma faixa etária, a comunicação se torna mais facilitada. Pode-se perceber que o contato de idosos com as novas tecnologias digitais melhora o desempenho social dando vitalidade e funcionalidade a essas pessoas, fazendo com que elas se sintam mais úteis na sociedade (VERONA *et al.*, 2006).

O idoso, por vezes, retornou ao caminho da educação, com o objetivo de atualizar sua cultura, adquirir novos conhecimentos e tentar criar novos grupos de convivência. Um exemplo disso são as UNATIs Universidades Abertas à Terceira Idade com milhares de participantes. O medo associado à dificuldade em entender a nova linguagem tecnológica é um empecilho nesta retomada de vida (SILVEIRA, 2010).

No Brasil uma pequena parte dos idosos tem acesso a computadores, e uma boa parte já tem acesso aos aparelhos celulares. As necessidades, preferências e interesses desse público com relação aos jogos digitais em smartphones têm crescido diariamente. É necessário que o idoso perceba os benefícios que o jogo lhe proporciona, como o aumento do raciocínio lógico, diversão, desafio em superar metas e aumento da sua cognição (CARVALHO; ISHITANI, 2013).

O perfil do idoso mudou muito nos últimos anos. Antigamente os idosos se recolhiam e viviam exclusivamente para seus netos, presos a suas memórias. Com a inversão da pirâmide etária, os idosos de hoje buscam maior vitalidade e almejam novos projetos, interferindo nas mudanças sociais e políticas. A utilização da internet provoca a exclusão do isolamento social, através da troca de comunicação com pessoas ao redor de todo o mundo. Isto gera mudanças na qualidade de vida (NÚNCIO, 2015). Sendo assim, ao considerar as relações do idoso moderno com a utilização de tecnologias digitais, deve-se avaliar que este é um processo implantado em momentos históricos e contextos sociais distintos. (VIEIRA; SANTAROSA, 2009).

Segundo Vygotsky (1984 *apud* VIEIRA; SANTAROSA, 2009) o pensamento é gerado pela motivação, ou seja, pelos desejos, necessidades, interesses e emoções do indivíduo. De acordo com o autor, a motivação é a razão da ação. É ela que impulsiona as necessidades, interesses, desejos e atitudes particulares do sujeito.

De acordo com Moreira *et al.* (2010), a definição de qualidade de vida (QV) recebe várias conceituações de pessoa para pessoa, indiferente da sua classe social. Bem como tudo que faz parte da vida diária é facilmente relacionado à qualidade de vida: o viver muitos anos, o contentamento nas atividades do trabalho, e a socialização com os familiares, a remuneração, a situação com que vive na cidade, a religião e o descanso. Fleck (2000, p. 34) considera que não “há um consenso sobre a definição de qualidade de vida”. Após a Organização Mundial da Saúde (OMS) reunir peritos do mundo todo, alcançou-se a definição de qualidade de vida como:

Percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (WHO, 1946 *apud* FLECK, 2000, p. 34).

“A percepção do indivíduo em relação à QV pode sofrer influência de fatores socioambientais e de fatores individuais, que, juntos, geram uma sensação de bem ou mal-estar e, conseqüentemente, boa ou má QV” (MOREIRA *et al.*, 2010, p.435). Conforme os autores estes parâmetros socioambientais são pertinentes à educação, ao meio ambiente, ao apoio médico, à condução, à segurança, à habitação e ao repouso, contudo os parâmetros individuais relacionam-se à genética e aos hábitos diários.

O WHOQOL, de acordo com Fleck (2000, p.34), “foi desenvolvido utilizando um enfoque transcultural original”. O autor também afirma que a criação desse instrumento aconteceu de maneira corroborativa e concomitante em diferentes cidades. Assim, muitas cidades com hábitos e costumes diferentes participaram de toda estruturação deles, desde os domínios que avaliam a qualidade de vida, da escrita e escolhas de questões e escalas. (FLECK *et al.*, 1999, *apud* FLECK, 2000).

Ainda de acordo com o autor, os domínios deste instrumento correspondem às demandas: “física, psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religiosidade/crenças pessoais”. (FLECK, 2000, p.35).

O grupo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) desenvolveu um instrumento com o objetivo de avaliar e comparar a QV da pessoa idosa (ALENCAR *et al.*, 2010). Que concerne ao módulo WHOQOL- OLD que consiste basicamente de um questionário “que contém seis facetas (ou domínios) de quatro itens cada (o módulo consiste em 24 itens) avaliados pela da escala de Likert (1 a 5 pontos) atribuídos a seis facetas” (ALENCAR *et al.*, 2010, p. 106). Assim, os seis domínios referem-se ao “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM), “Intimidade” (INT). O escore pode oscilar de 4 a 20 (ALENCAR *et al.*, 2010).

Diante do exposto, o WHOQOL-OLD avaliará o impacto do acesso às tecnologias digitais no idoso, bem como sua influência na qualidade de vida dele e identificará as possíveis consequências na qualidade de vida dos idosos após sua utilização.

3 METODOLOGIA

Neste estudo utilizou-se de metodologia descritiva quantitativa e descritiva qualitativa. A pesquisa quantitativa levou em consideração a objetividade, ou seja, seus resultados foram quantificados por meio da análise dos dados e a utilização de ferramentas estatísticas; enquanto a pesquisa qualitativa preocupou-se com aspectos da realidade que não poderiam ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais dos idosos. Foi utilizado, ainda, o método bibliográfico, buscando os estudos na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde- BVS, *Scientific Electronic Library Online*- SCIELO, Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia- PEPSIC e a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. Foram utilizados, ainda, o método exploratório e a pesquisa de campo.

Para a coleta dos dados utilizou-se um Roteiro de Entrevista composta por nove perguntas que buscou entender: 1) Quais as expectativas do idoso em relação ao uso das tecnologias digitais, 2) Principais interesses na utilização das tecnologias digitais, 3) Quais as necessidades dos idosos, 4) Quais as suas dificuldades, 5) Qual o significado da inclusão digital na vida de cada um, 6) Quantas horas por dia o idoso utiliza as tecnologias digitais, 7) Quais os tipos de tecnologia digitais que cada um utiliza, 8) Como a inclusão digital poderia influenciar a qualidade de vida do idoso, 9) Se o idoso conseguiu perceber mudanças significativas na qualidade de vida dele.

Foram entrevistados vinte e três idosos, na cidade de Goiânia-GO. Os participantes foram escolhidos de forma aleatória, faixa etária entre sessenta e oito e quatro anos, de ambos os sexos, estado civil diversificado, com nível de escolaridade superior, dentre os cinquenta professores aposentados e membros de um grupo de convivência oferecido sobre o aval de uma universidade pública. Esse grupo se reúne mensalmente para *happy hour* e realização de atividades que promovam a qualidade de vida como, yoga, pintura, exposição de arte, sarau, dança, coral, com o intuito de desenvolver a parte intelectual e a autoestima dos idosos, conforme dados da Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização do perfil demográfico dos idosos.

Faixa etária	N	%	Área de conhecimento	N	%
60 a 69	7	30,4	Ciências biológicas e da Saúde	6	26,1
70 a 84	16	69,6	Ciências exatas	8	34,8
Sexo			Ciências humanas	9	39,1
Feminino	19	82,6	Atividade de lazer*		
Masculino	4	17,4	Pescaria	2	3,6
Estado civil			Atividade Física	12	21,8
Casado	8	34,8	Cinema	8	14,5
Divorciado	4	17,4	Clube	3	5,5
Solteiro	5	21,7	Leitura	9	16,4
Viúvo	6	26,1	Pintura	3	5,5
Escolaridade			Shopping	1	1,8
Doutorado/Pós-doutorado	11	47,8	Televisão	2	3,6
Ensino Superior	10	43,5	Viagem	15	27,3
Mestrado	2	8,7			

* Frequência cumulativa, N= Número absoluto, % Porcentagem

Fica nítido nessa tabela que a maioria dos idosos gosta de viajar como atividade de lazer e quase a metade faz atividade física. A totalidade dos idosos possui nível superior completo, sendo a metade em nível de doutorado.

Houve predominância de sexo feminino nesse estudo, e o estado civil foi bastante variado. O foco foi identificar a porcentagem de idosos que utilizam tecnologias digitais e distinguir se há alguma relação com a melhoria da qualidade de vida.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética da Universidade Salgado de Oliveira, o número do parecer foi o CEP 2.506.920 e o CAEE 79732717.3.0000.5289.

Os participantes que integraram esse estudo foram escolhidos de forma aleatória dentre os integrantes do grupo, após autorização expressa da sua coordenadora. Foi enviado um e-mail para todos os membros do grupo, e os dados daqueles que responderam os dois instrumentos foram utilizados. Porém, para realizar a análise estatística, fazia-se necessário obter um número maior de respostas. Dessa forma os pesquisadores foram até o local onde os membros se reúnem mensalmente e entregaram pessoalmente o Questionário WHOQOL-OLD e o Roteiro de Entrevista para vários participantes. Uma boa parte da amostra respondeu os instrumentos da pesquisa e assim foi obtida a quantidade de respostas que possibilitou a realização da análise estatística. O período de coleta de dados ocorreu entre os dias 26 de fevereiro e 30 de março de 2018.

Os dados foram analisados com a utilização do software aplicativo do tipo científico SPSS, 24, adotando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A descrição do perfil demográfico e dos aspectos sobre o uso de tecnologias digitais (TD) foi realizado por meio de frequência absoluta (n), relativa (%) e frequência cumulativa. A descrição da qualidade de vida (WHOQOL-OLD) foi feita utilizando estatísticas descritivas (mediana, média, desvio padrão, mínimo e máximo). A parametricidade dos dados foi verificada utilizando o teste de normalidade de Shapiro-Wilk. A comparação da qualidade de vida (WHOQOL-OLD) com o perfil dos idosos foi realizada utilizando os testes *t* de Student e/ou análise da variância (ANOVA) seguido do teste de Tukey *a posteriori*. A correlação de Pearson foi realizada a fim de verificar a relação entre a idade, tempo de trabalho fora e horas utilizando tecnologias digitais (TD) com a qualidade de vida.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 2 - Caracterização dos aspectos sobre uso de tecnologias digitais dos idosos.

Tempo de trabalho fora de casa (anos)	N	%
30 a 35 anos	12	52,2
Horas utilizando TD por dia		
36 a 55 anos	11	47,8
1 a 3 horas	14	60,9
4 a 12 horas	9	39,1
TD influência na qualidade de vida		
Não	0	0,0
Percebeu mudanças na qualidade de vida		
Sim	23	100,0
Não	2	8,7
Quais tecnologias digitais utilizam*		
Sim	21	91,3
Aplicativos	3	4,8
Facetime	1	1,6
Internet	2	3,2
Ipod	1	1,6
Rede Social	2	3,2
Tablet	9	14,3
Smart TV	1	1,6
Celular	22	34,9
Computador	22	34,9

*Frequência cumulativa; TD = tecnologias digitais

Tabela 3 – Estatísticas descritiva da qualidade de vida dos idosos

	Mediana	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Funcionamento do sensório Autonomia	95,0	86,7	17,3	30,0	100,0
	80,0	79,8	8,7	60,0	100,0
Atividades passadas, presentes e futuras	80,0	81,3	9,1	55,0	100,0
	80,0	79,3	11,7	50,0	100,0
Participação social Morte e morrer Intimidade	75,0	74,1	17,4	35,0	100,0
	80,0	80,2	13,8	30,0	100,0

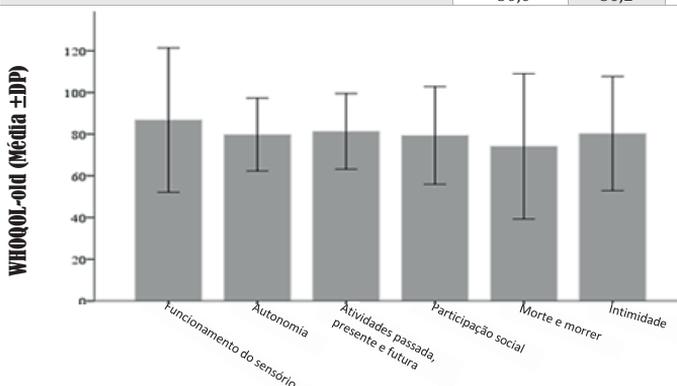


Figura 1. Gráfico de barra descrevendo a qualidade de vida (WHOQOL-OLD) dos idosos

Tabela 4. Resultado da comparação da qualidade de vida com o perfil dos idosos.

	Funcionamento do sensório	Autonomia	Atividades passadas	Participação social	Morte e morrer	Intimidade
Faixa etária*	p = 0,21	p = 0,40	p = 0,77	p = 0,44	p = 0,14	p = 0,83
60 a 69	93,6 ± 5,6	82,1 ± 10,4	82,1 ± 9,1	76,4 ± 16,5	82,1 ± 23,6	79,3 ± 6,7
70 a 84	83,8 ± 19,9	78,8 ± 8,1	80,9 ± 9,3	80,6 ± 9,3	70,6 ± 13,4	80,6 ± 16,0
Sexo*	p = 0,40	p = 0,06	p = 0,03	p = 0,30	p = 0,19	p = 0,58
Feminino	88,2 ± 12,9	81,3 ± 8,1	83,2 ± 7,1	80,5 ± 11,4	76,3 ± 16,4	79,5 ± 14,9
Masculino	80,0 ± 33,4	72,5 ± 8,7	72,5 ± 13,2	73,8 ± 13,1	63,8 ± 21,0	83,8 ± 4,8
Estado civil**	p = 0,90	p = 0,52	p = 0,72	p = 0,98	p = 0,86	p = 0,02
Casado	88,1 ± 23,7	79,4 ± 12,9	79,4 ± 12,9	78,1 ± 13,6	75,6 ± 21,6	84,4 ± 7,8 ^a
Divorciado	82,5 ± 16,6	75,0 ± 4,1	80,0 ± 4,1	80,0 ± 4,1	75,0 ± 21,2	62,5 ± 22,2 ^b
Solteiro	84,0 ± 9,6	84,0 ± 4,2	81,0 ± 4,2	81,0 ± 7,4	68,0 ± 17,9	80,0 ± 0,0 ^a
Viúvo	90,0 ± 15,8	80,0 ± 6,3	85,0 ± 8,9	79,2 ± 16,9	76,7 ± 10,3	86,7 ± 10,8
Escolaridade**	p = 0,82	p = 0,92	p = 0,12	p = 0,18	p = 0,33	p = 0,97
Doutorado/Pós-doutorado	86,4 ± 19,8	79,5 ± 10,1	77,3 ± 9,3	75,5 ± 13,7	78,2 ± 12,7	79,5 ± 18,4
Ensino Superior	88,5 ± 14,0	80,5 ± 8,3	85,0 ± 7,8	84,5 ± 8,3	68,0 ± 22,0	81,0 ± 9,1
Mestrado	80,0 ± 28,3	77,5 ± 3,5	85,0 ± 7,1	75,0 ± 7,1	82,5 ± 3,5	80,0 ± 0,0
Área de conhecimento**	p = 0,46	p = 0,67	p = 0,92	p = 0,97	p = 0,22	p = 0,72
Ciências biológicas e da Saúde	91,7 ± 8,2	77,5 ± 5,2	80,0 ± 5,5	78,3 ± 14,4	68,3 ± 22,9	84,2 ± 9,2
Ciências exatas	80,6 ± 24,1	79,4 ± 11,2	81,9 ± 13,9	79,4 ± 13,5	82,5 ± 12,2	79,4 ± 5,0
Ciências humanas	88,9 ± 14,5	81,7 ± 8,7	81,7 ± 6,1	80,0 ± 9,4	70,6 ± 16,3	78,3 ± 20,6
Tempo de trabalho fora de casa *	p = 0,02	p = 0,72	p = 0,63	p = 0,92	p = 0,72	p = 0,03
30 a 35 anos	79,2 ± 20,7	80,4 ± 9,9	80,4 ± 11,4	79,6 ± 11,6	75,4 ± 16,2	74,6 ± 14,8
36 a 55 anos	95,0 ± 6,7	79,1 ± 7,7	82,3 ± 6,1	79,1 ± 12,4	72,7 ± 19,4	86,4 ± 9,5
Horas utilizando TD/dia*	p = 0,91	p = 0,88	p = 0,13	p = 0,10	p = 0,76	p = 0,48
1 a 3 horas	86,4 ± 14,5	80,0 ± 10,4	83,6 ± 8,2	82,5 ± 8,5	73,2 ± 19,1	78,6 ± 16,7
4 a 12 horas	87,2 ± 22,0	79,4 ± 5,8	77,8 ± 9,7	74,4 ± 14,7	75,6 ± 15,5	82,8 ± 7,1

TD = tecnologias digitais; *Teste t de Student; **ANOVA seguido do teste de Tukey a posteriori

Tabela 5. Resultado da correlação de Pearson entre a idade, tempo de trabalho fora de casa e horas utilizando TD com a qualidade de vida.

	Coefficientes	Idade	Tempo de trabalho fora de casa	Horas utilizadas TD/dia
Funcionamento do sensorio	R	0,38	0,35	0,20
	P	0,07	0,10	0,36
Autonomia	R	-0,16	0,02	0,13
	P	0,45	0,92	0,57
Atividades passadas, presentes e futuras	R	0,06	0,07	-0,08
	P	0,79	0,76	0,71
Participação social	R	0,00	0,00	-0,05
	P	1,00	0,99	0,83
Morte e morrer	R	-0,22	-0,04	0,04
	P	0,32	0,85	0,84
Intimidade	R	0,00	0,40	-0,01
	P	0,99	0,06	0,96

Os resultados mostram que a maioria dos idosos percebeu uma diferença significativa na qualidade de vida com o uso das tecnologias digitais, o que corrobora o estudo dos autores abaixo, ao concluírem que “a relação da sociedade com a tecnologia promove saúde e bem-estar tanto na comunidade jovem quanto na idosa, ambas as potencialidades favorecem a população de forma que promove saúde, e relações sociais”. (VERMELHO; VELHO, 2015, p.232).

Para todos os participantes as tecnologias digitais influenciam na qualidade de vida, o que está de acordo com Verona *et al.* (2006, p.194), ao afirmar que “o contato desses idosos com as novas tecnologias digitais melhora o desempenho social dando vitalidade e funcionalidade a essas pessoas, fazendo com que elas se sintam mais úteis na sociedade.” Quase a totalidade dos idosos utilizam o computador e o celular como tecnologia digital, sendo que quatorze deles utilizam essas tecnologias de uma a três horas por dia. “O nível de instrução educacional é um fator de influência para o uso das tecnologias” de acordo com Raymundo; Santana, (2015, p.22). Isso é bastante observável nesse estudo uma vez que todos os participantes possuem nível superior e doze deles com doutorado ou pós-doutorado, o que está correlacionado ao nível de acesso às tecnologias digitais desses participantes. Sobre o WHOQOL-OLD os resultados apontaram que dentre as seis dimensões analisadas o funcionamento sensorio, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida, foi o mais presente na qualidade de vida dos idosos com a média de 86,7, ou seja, é o aspecto em que os idosos mais se sentem satisfeitos em suas vidas. Como afirma Moreira *et al.* (2010, p.435) “a percepção do indivíduo em relação à qualidade de vida pode sofrer influência de fatores socioambientais e de fatores individuais, que, juntos, geram uma sensação de bem ou mal-estar e, conseqüentemente, boa ou má QV”. Certamente o ambiente onde os idosos se encontram é um facilitador de qualidade de vida, pois oferece oportunidade de sociabilização, atividades culturais que enriquecem as experiências de cada um e um ambiente de troca de experiências e conhecimentos que aumentam o nível de intimidade e harmonia entre eles.

Na tabela 4 sobre a correlação de variáveis pode se inferir a partir desse estudo que houve diferenças significativas entre os grupos e as dimensões apresentadas pelo WHOQOL-OLD, nas seguintes variáveis: sexo x atividades passadas. Sobre essas duas variáveis houve uma correlação significativa, ou seja, nesse grupo, as mulheres tem uma satisfação sobre as conquistas da vida e coisas a que anseiam maior que os homens. Conjectura-se sobre esse dado que as mulheres valorizam mais suas conquistas devido às dificuldades que elas encontram pelo caminho e sobre essas conquistas que são obtidas aos poucos, muito trabalhosas, adquiridas depois de muito empenho por parte delas. Também houve diferença significativa em estado civil X intimidade, idosos solteiros e casados experimentam um grau de intimidade maior que os divorciados. Quanto a essa correlação pode-se inferir que os divorciados, por terem saído de uma relação, não dão abertura necessária para novos

relacionamentos, pois estão num processo de elaboração do ocorrido. Outro dado muito significativo foi que os idosos que trabalham fora mais tempo experimentam um funcionamento sensorio melhor e uma intimidade maior, o que está em consonância com o pensamento de Verona *et al.* (2006, p.196). “Torna-se cada vez mais importante manter o idoso dentro de um contexto tecnológico. Quando o idoso se inscreve numa aula de informática, ela passa a fazer parte do universo de interação entre eles e familiares, e, ao se relacionar no mundo digital com pessoas da mesma faixa etária, a comunicação se torna mais facilitada”. Pode-se perceber que o contato de idosos com as novas tecnologias digitais melhora o desempenho social dando-lhes vitalidade e funcionalidade, fazendo com que eles se sintam mais úteis na sociedade e, conseqüentemente, o sentimento de sentir-se capaz perpassa vários aspectos de suas vidas.

Com relação ao Roteiro de Entrevista, foram encontrados os seguintes resultados na primeira questão: os entrevistados afirmam que as novas tecnologias possibilitam resolver coisas simples, como compra online, acesso ao *internet banking*, atualização através de pesquisas, facilidade na comunicação com grupos sociais, familiares, amigos e a inclusão no mundo atual. Já na segunda questão, a maioria respondeu que utilizam o aplicativo *whatsapp* para comunicação simultânea com amigos e familiares, reencontrar ou fazer novos amigos, troca de conhecimento e atualização de informações, além de enviar e receber e-mail. À terceira questão a maioria respondeu que estão relacionadas à comunicação com amigos, familiares e grupos sociais, atualização de informações e pesquisas pela internet, baixar e utilizar os aplicativos que facilitam o dia a dia. Na quarta questão, a maioria dos entrevistados destacou a rapidez nas mudanças e inovações das tecnologias digitais, que não permitem que o tempo seja suficiente para o aprendizado e atualização, além das dificuldades encontradas no uso de alguns aplicativos, principalmente os disponíveis para *smartphone*. A última questão aberta traz o seguinte ponto presente nos relatos: integração com o mundo atual, pertencimento social e familiar, acesso mais rápido a banco de dados e pesquisas que proporcionaram mais qualidade, agilidade, facilidade no processo de produção e resultados de trabalhos científicos, além do sentimento de fazer parte de um mundo globalizado.

A Psicologia, ciência que busca compreender o ser humano em seus aspectos interacionais, participa desse processo de compreensão, dessa inter- relação idoso-tecnologias digitais. Nesse sentido o estudo procurou avançar e contribuir para que o idoso seja entendido como um ser de possibilidades e potencialidades. Com expectativa de vida cada vez mais elevada para essa população, não há dúvida de que novas ferramentas inclusivas e tecnológicas o ajudarão a manter, cada vez mais, uma vida de qualidade, de integração, em que a sociabilização romperá as fronteiras de espaço físico, e que as funções cognitivas, o afeto e a intimidade serão construídos a partir de novos modelos e estruturas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi realizada com um único grupo, composto por pessoas com escolaridade de nível superior, mestrado e doutorado, nesse sentido isso foi um fator limitante, pois a amostra revela uma parte bem homogênea da sociedade e não implica em suas discrepâncias, dicotomias e complexidades. Sabe-se que para entender essa temática de forma mais completa necessita-se de um entendimento em todas as suas sutilezas e dificuldades, por exemplo, o idoso sem acesso aos estudos tem de alguma forma espaço para que possa desenvolver o alfabetismo digital? Esses e outros questionamentos se fazem pertinentes para entender o objeto deste estudo.

O objetivo deste estudo foi o de investigar como ocorre a influência das tecnologias digitais na qualidade de vida do idoso, nesse aspecto foi demonstrado que essa influência se dá desde o interagir mais com os familiares distantes até uma significativa melhora nos funcionamentos cognitivos, afetivos e interacionais. Nesse sentido a hipótese deste trabalho foi respondida satisfatoriamente, uma vez que o idoso que se vale das tecnologias consegue

ter sua sociabilidade mais desenvolvida, seu funcionamento sensório mais eficaz, sua autonomia mais significativa e ainda apresenta um bem-estar mais substancial.

O acesso do idoso às tecnologias digitais contribuem positivamente para o fortalecimento de vínculo, autonomia, facilidade de comunicação e atualização. Um novo mundo se revela quando ele se conecta, interage com as demais pessoas por meio eletrônico. Esse estudo revelou que o Brasil ainda carece de políticas públicas para o idoso, principalmente no que tange ao acesso às tecnologias. Evidenciou, ainda, o que dizem os estudos que quanto maior o nível educacional maior o acesso que a pessoa tem às tecnologias digitais.

Outras investigações precisam ser realizadas para que se compreenda de forma mais completa as dinâmicas e influências entre os idosos e o mundo das tecnologias digitais. Muitos aspectos não foram objeto desta pesquisa específica, porém necessitam ser evidenciados, como o nível de escolaridade e o acesso às tecnologias digitais, sobre os possíveis riscos que possam existir nesse meio e ainda sobre como se ter um melhor aproveitamento dessas tecnologias.

Ver o papel da Psicologia neste contexto foi muito rico e motivador, uma vez que, ao aprofundar o olhar nessa experiência, os futuros psicólogos podem procurar compreender o idoso, sua dinâmica e as transformações que vêm ocorrendo. Com o desenvolvimento de novas tendências, novas formas de interação e compreensão, esse ser humano está mais empoderado, mais interconectado. A experiência de produzir este estudo mostrou o quanto o idoso está aberto para falar de si, de suas experiências e história de vida. Vendo-os tão participativos, o trabalho pôde ser construído paulatinamente, com grande esforço, mas também com grande prazer e satisfação.

Com esta pesquisa espera-se que novas buscas por esse conhecimento sejam estimuladas, novos atores se interessem pela temática e produzam um aporte teórico capaz de ser efetivado na prática ao contribuir para a qualidade de vida do idoso. Dessa forma a Psicologia, como ciência que se preocupa com as questões humanas, estará dando sua contribuição ao subsidiar ações com foco específico para a população idosa. Foi visto ao longo deste trabalho o quanto o idoso que está conectado e bem inserido no meio tecnológico, desenvolve de uma maneira mais plena suas atividades sociais e afetivas. Isso leva a questionar o papel do psicólogo que poderia estar presente em um ambiente planejado exatamente para que as relações entre idosos e os acessos a tecnologias fossem facilitados, ou seja, pensar em políticas públicas para o idoso que não tenha condições econômicas e educacionais de acessar o mundo tecnológico, porém nem por isso pode ser privado de conhecer e entender o quanto esse mundo pode ser enriquecedor, grandioso, e contribuir para um envelhecimento muito mais saudável e prazeroso.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Nelyse de Araújo et al. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-109, Apr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000100011&lng=en&nrm

=iso>. Acesso em: 4 set. 2018.

ALMEIDA, Adelmo Aparecido; PACHECO FILHO, José Roberto; DE SOUZA, Kesley Priscila Tavares. Envelhecer! Pra que? Se posso aprender: inclusão digital promotora da saúde emocional do idoso. *Archives of Health Investigation*, v. 5, 2016. Disponível em: <<http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/1743>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 11 ago. 2017.

- BRUNELLI, Ângela Vieira *et al.* Uma parceria na inclusão digital. *Cataventos- Revista de Extensão da Universidade de Cruz Alta*, v. 1, n. 8, 2016. Disponível em: <<http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/Cataventos/article/view/4074/869>>. Acesso em: 20 set. 2017.
- CARVALHO, Roberta Nogueira Sales de; ISHITANI, Lucila. Fatores motivacionais para desenvolvimento de mobile serious games com foco no público da terceira idade: uma revisão de literatura. *ETD-Educação Temática Digital*, v. 15, n. 1, p. 16- 32, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/1292/1307>>. Acesso em: 15 ago. 2017.
- CASTELLS, Manuel. *A galáxia da Internet: reflexões sobre Internet, negócios e sociedade*. Lisboa: Fundação CalousteGulbenkian, 2004. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000200007>. Acesso em: 10 ago.2017.
- FERREIRA, Ronan; ISHITANI, Lucila. Jogos educacionais digitais para idosos: uma revisão sistemática de literatura. In: *Brazilian Symposium on Computers in Education (Simpósio Brasileiro de Informática na Educação-SBIE)*. p. 404. 2015. Disponível em: <<http://www.br-ie.org/pub/index.php/sbie/article/view/5196/3584>>. Acesso em: 28 set. 2017.
- FERREIRA, Sônia de Almeida; VELOSO, Ana Isabel; MEALHA, Óscar. O Impacto do uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação no Autoconceito e na Qualidade de Vida da Pessoa Idosa. *Brasil Para Todos- Revista Internacional*, v. 1, n. 2, p. 44-51, 2015. Disponível em:<https://ojs.eniac.com.br/index.php/Anais_Sem_Int_Etn_Racial/article/.270>. Acesso em: 20 mar. 2017.
- FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.
- FLECK, Marcelo PA; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 37, n. 6, p. 793-799, dezembro de 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2017.
- GOMES, Mara Elizabeth Calengue. *A inclusão digital na terceira idade: a integração das TIC numa Escola Superior Sênior*. 2014. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5170/Mara_Gomes_Dissertação.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 set. 2017.
- GOULART, Denise *et al.* Inclusão digital na adultez tardia e o reencantamento da aprendizagem. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 18, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/20995/26996>>. Acesso em: 19 ago. 2017.
- GUSMÃO, Cristine; JÚNIOR, Júlio Menezes; PINA, Carmelo. Experiência de Construção de Cartilha Digital para Melhoria da Qualidade de Vida da População Idosa. *ConferênciasLACLO*, v. 6, n. 1, p.5, 2015. Disponível em: <<http://www.br-ie.org/pub/index.php/teste/article/view/5797/4087>>. Acesso em: 20 set. 2017.
- IBGE. (2015). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 21 março, 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>.Acesso em: 30 set. 2017.
- KACHAR, Vitória. A terceira idade e a inclusão digital. *Revista O Mundo da Saúde*, v. 26, n. 3, p. 376-381, 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000200007>. Acesso em: 22 set. 2017.

KACHAR, Vitória. Terceira Idade e Informática: aprender revelando potencialidades. São Paulo: Cortez, 2003. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/5371/3851>>. Acesso em: 21 set. 2017.

MENESES, Kátia Vanessa Pinto de *et al.* TO Clicando-inclusão social e digital de idosos. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 24, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1246/757>>. Acesso em: 20 set. 2017.

MIRANDA, Leticia Miranda de; FARIAS, Sidney Ferreira. As contribuições da internet para o idoso: uma revisão de literatura. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 29, p. 383-394, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a11.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2017.

MOREIRA, H. R.; NASCIMENTO, J. V.; SONOO, C. N.; BOTH, J. Qualidade de vida no trabalho e perfil do estilo de vida individual de professores de Educação Física ao longo da carreira docente. Revista Motriz, Rio Claro, v. 16, n. 4, p. 900-912, 2010.

MOURA, Andréia Cássia de *et al.* Aceitação e uso da tecnologia para escolha de destinos turísticos por pessoas da terceira idade: um estudo usando a UTAUT2. Rev. Bras. Pesq. Tur., São Paulo, v. 11, n. 2, p. 239-269, Aug. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-61252017000200239&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2017.

NÚNCIO, Vera Lúcia Romão. Estudo da utilização das TIC na USALBI e o contributo para a redução do isolamento dos idosos. p.13, 2015. Tese de Doutorado. Disponível em: <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2849/1/Tese%20Mestrado%20Vera%20Núncio_.pdf>. Acesso em: 25 set. 2017.

PÁSCOA, Gina; GIL, Henrique. O sênior e a aprendizagem das TIC: um potencial contributo para a e-inclusão e para o seu bem-estar. In: 10^a Conferência Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação. AISTI Universidade de Aveiro, 2015. p. 85-90. Disponível em: <<http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2870/1/o%20senior%20e%20a%20aprendizagem.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

PESSANHA, Josemara Henrique da Silva. Entre teclas e cliques: desafio para inclusão digital de adultos e idosos. Revista de extensão do IFSC. Ano 01, n. 1, 2014. P. 1-17. Disponível em: <<http://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/caminhoaberto/article/view/1598/Entre%20teclas%20e%20cliques%3A%20desafios%20para%20inclus%C3%A3o%20digital%20de%20adultos%20e%20idosos>>. Acesso em: 20 set. 2017.

RAYMUNDO, Taiuani Marquine; SANTANA, Carla da Silva. Percepção de idosos acerca das novas tecnologias Elderly perception about the new technologies. Inteligencia Artificial, v. 18, n. 55, p. 12-25, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/925/92538718002.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

SANTOS, Adelcio dos Machado; ERHARDT, Danilo; BRAGAGNOLO, Sandra Mara. Inclusão Digital na Terceira Idade. Professare, v. 4, n. 1, p. 151-162, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicosuniarp.com.br/professare/article/view/313/340>>. Acesso em: 22 set. 2017.

SANTOS, Vanessa Berwaldt; MENDES, Fabio Raniere da Silva. Projeto de Apoio à Inclusão Digital e Cidadania. Cataventos-Revista de Extensão da Universidade de Cruz Alta, n. 7, p. 204-221, 2016. Disponível em: <<http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/Cataventos/article/view/2315/696>>. Acesso em: 22 set. 2017.

SHAPIRA, Nur, BARAK, Azi, & GAL, Ing. Promoting older adults' well-being through Internet training and use. Journal Aging and Mental Health, v. 11, n. 5, p. 477-484, 2007. <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000200007>. Acesso em: 22 set. 2017.

- SILVEIRA, Michele Marinho. *et al.* Educação e inclusão digital para idosos. *RENOTE- Revista Novas Tecnologias na Educação*, v. 8, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/renote/article/viewFile/15210/9523>>. Acesso em: 20 set. 2017.
- SOARES, Morgana Nilda dos Santos. Nunca é tarde para aprender: vivências e interações tecnológicas dos idosos no contexto da UAMA/UEPB. 2014. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/8556/1/PDF%20-%20Morgana%20Nilda%20dos%20Santos%20Soares.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2017.
- SOMBRA, Isabelle Cordeiro de Nojosa *et al.* Grupo de convivência de idosos: apoio psicossocial na promoção da saúde. *Rev Rene*. v. 16, n. 4, p. 557-66. jul-ago; 2015. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/2092/pdf>>. Acesso em: 11 set. 2017.
- SOUZA, Gleice Ramos; TREVISAN, Daniela Gorski. Estudo investigativo sobre idosos, jogos e suas motivações. *Cadernos de Informática*, v. 8, n. 3, p. 35-40, 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/cadernosdeinformatica/articulo/view/v8n3p35-40/31657>>. Acesso em: 18 set. 2017.
- VERONA, Silvana Marinaro *et al.* Percepção do idoso em relação à Internet. *Temas em Psicologia*, v. 14, n. 2, p. 189-197, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n2/v14n2a07.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2017.
- VERMELHO, Sonia Cristina; VELHO, Ana Paula Machado. Redes sociais: tecnologia e sociedade na promoção da saúde. *Revista Uniabeu*, v. 8, n. 19, p. 230-254, 2015. Disponível em: <http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1804/pdf_244>. Acesso em: 7 set. 2017.
- VIEIRA; Maristela Compagnoni, SANTAROSA; Lucila Maria Costi. O uso do computador e da Internet e a participação em cursos de informática por idosos: meios digitais, finalidades sociais Maristela Compagnoni Vieira¹, Dra. Lucila Maria Costi Santarosa¹ Programa de Pós-Graduação em Educação – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). XX Simpósio Brasileiro de Informática na Educação (2009). Disponível em: <<http://www.br-ie.org/pub/index.php/sbie/article/view/1145/1048>>. Acesso em: 2 set. 2017
- WANZINACK, Clóvis; BERTOLA, Izabela Pichinin; SIGNORELLI, Marcos Claudio. Inclusão digital de idosos no litoral paranaense: uma proposta interdisciplinar. *Divers@!*, v. 6, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/diver/article/view/33933/21167>>. Acesso em: 8 set. 2017.
- WITTER, C., & BURITI, M. A. (Orgs.). *Envelhecimento e contingências de vida*. Campinas: Alínea, 2011.
- YABU, Sibila Nielsen; UJIIE, Nájela Tavares. Terceira idade, inclusão social e inclusão digital: Uma análise pautada no projeto sempre é tempo de saber. *Revista de Ciências da Educação*, v. 1, n. 28, 2013. Disponível em: <<https://www.revista.unisal.br/ojs/index.php/educacao/article/view/245/242>>. Acesso em: 20 set. 2017.

Perfil do agressor masculino e a atuação nos grupos reflexivos para autores de violência doméstica em Goiânia¹⁸

Profile of the male aggressor and the psychologists in the reflective groups for the authors of domestic violence in Goiânia

RESUMO

Introdução ou Contexto: Os fatores que levam um indivíduo a praticar agressão podem ter fundamentos comuns como aqueles que envolvem uma cadeia de razões biopsicossociais compondo uma associação de motivos que conjugam perfis comuns entre eles. **Objetivo:** identificar o perfil do agressor masculino e a atuação dos Psicólogos nos grupos reflexivos para autores de violência doméstica em Goiânia. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, descritiva e analítica (análise de conteúdo), realizada com duas psicólogas no período de 16 de abril a 16 de maio de 2019. **Resultados:** A psicóloga 01 atuou por 18 meses em Grupos Reflexivos, tendo atuado em 08 grupos diferentes. O papel de promover um ambiente de respeito e acolhimento, considerando a subjetividade com uma proposta de fazerem refletir sobre suas próprias vivências, a procura de respostas diferentes em suas relações conjugais. A segunda entrevistada é psicóloga e atua desde o início da criação do Grupo Reflexivo. **Conclusões:** O perfil do agressor masculino autor de violência doméstica que frequenta os grupos reflexivos são predominantemente formado por homens com características tais como: baixa autoestima, desempregado, problema com álcool e outras drogas, baixa renda, com vulnerabilidade social ou convívio com violência desde a infância. Todas essas características ressaltadas influenciam no contexto de violência doméstica. Contudo, nos grupos, os psicólogos atuam conduzindo os participantes a refletirem sobre suas vidas e principalmente, levando a encontrar respostas distintas do que é propriamente a violência.

Palavras-chave/Descritores: perfil do agressor, violência doméstica, psicólogo, grupo reflexivo.

ABSTRACT

Introduction or Context: The factors that lead an individual to practice aggression may have common foundations such as those involving a chain of biopsychosocial reasons composing an association of motives that combine common profiles between them. **Objective:** to identify the profile of the male aggressor and the role of Psychologists in the reflective groups for authors of domestic violence in Goiânia. **Methods:** Qualitative, descriptive and analytical research (content analysis), conducted with two psychologists from April 16 to May 16, 2019. **Results:** Psychologist 01 worked for 18 months in Reflective Groups, having worked in 08 different groups. The role of promoting an environment of respect and acceptance, considering subjectivity with a proposal to make reflect on their own experiences, the search for different answers in their marital relations. The second interviewee is a psychologist and has been active since the beginning of the Reflective Group. **Conclusions:** The profile of the male perpetrator of domestic violence who goes to the reflective groups is predominantly formed by men with characteristics such as low self-esteem, unemployed, problem with alcohol and other drugs, low income, social vulnerability or coexistence with violence since childhood. All of these salient features influence the context of domestic violence. However, in groups, psychologists act by leading participants to reflect on their lives and especially, leading to find different answers to what violence itself is.

Keywords / Descriptors: aggressor profile, domestic violence, psychologist, reflective group.

¹⁸ Álvaro Ulisses Sousa, Eliane Salles da Silva: discentes do Curso de Psicologia da Universo-Go. Dra. Janete Capel Fernandes.

1 INTRODUÇÃO OU CONTEXTO

A violência doméstica circunda uma gama de eventos que envolvem cônjuges ou casais numa relação íntima, crianças, jovens e idosos. Geralmente as ações tais como, violência física, psíquicas e sexuais e aquelas que compõem inúmeras razões de cunho cultural, social, psicológico, econômico, etc., constituindo a agressão de diversas maneiras e intensidades, em que é classificada como crimes que violam os direitos humanos, sendo praticados em ambientes públicos ou privados. (ALVES, 2005).

Os ciclos dos maus-tratos podem, em vários casos, começar desde a infância do próprio autor da agressão ou em alguns casos, advindos de traumas que ocorrem ao indivíduo em algum período de sua vida, no qual o agressor possa ter vivido em ambientes que expressavam maus tratos, ou até mesmo, ter sofrido violência física, psíquica ou sexual, abandono, represálias, controles excessivos, que produzem a agressão.

Os fatores que levam o indivíduo a praticar agressão podem ter fundamentos comuns como aqueles que envolvem uma cadeia de razões biopsicossociais compondo uma associação de motivos que conjugam perfis comuns entre eles, por exemplo: alcoolismo, desemprego, baixo autoestima, problemas associados a transtornos mentais e até mesmo violência experienciadas na infância desencadeando um perfil comportamental e psicológico coeso a agressão. (VASCONCELOS, HOLANDA e ALBUQUERQUE, 2016).

Por meio de um levantamento do panorama de violência contra mulher apontada pela Secretaria de Políticas para Mulheres – SPM/PR (BRASIL, 2016), através do serviço oferecido através do canal telefônico 180, realizou-se 76.651 atendimentos que se referiram a relatos de violência contra as mulheres. Nos quais 50,16% corresponderam a violência física; 30,33%, a violência psicológica; 7,25%, a violência moral; 2,10%, a violência patrimonial; 4,54%, a violência sexual; 5,17%, a cárcere privado; e 0,46%, a tráfico de pessoas.

Segundo o Mapa da Violência Contra a Mulher (2018), no Brasil, a cada 17 minutos uma mulher sofre agressão física e em cada 30 minutos alguém é agredido psicologicamente ou moralmente.

No mesmo dia, oito casos de violência sexual são descobertos no país, e toda semana 33 mulheres são assassinadas por parceiros antigos ou atuais. O ataque é semanal para 75% das vítimas, situação que se repete por até cinco anos. Essa violência também atinge a parte mais vulnerável da família, pois a maioria dessas mulheres é mãe e os filhos acabam presenciando ou sofrendo as agressões. (MAPA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 2018, p. 06)

Contudo, considerando a gravidade do problema, a produção científica de trabalhos voltados ao perfil comportamental, psicológico e social de agressores que praticam violência doméstica, ainda é muito limitada. Ao considerar o autor da violência como objeto de estudo, exigem maiores conhecimentos acerca da causa, não extinguindo o fato da importância das mulheres vitimizadas pelas agressões, mas, sobretudo, considerando também o autor da violência como um sujeito, senão vítima também do processo, onde é possível conhecer suas motivações e por meio dos perfis estudados, colaborar futuramente com prevenções que possam servir de redução e até mesmo recorrência da violência doméstica.

Os casos de violência doméstica vêm sendo frequentemente discutidos no qual foi possível ter mais conhecimento do cenário atual após fundamentar a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) que deu visibilidade ao assunto e dos agravos dos enfrentamentos da população feminina frente às agressões sofridas.

Entretanto, muito se fala das mulheres vítimas das agressões e poucos estudos científicos levantados acerca dos homens autores das agressões, visto que as pesquisas voltadas a

estes indivíduos contribuem ao fornecimento de novoselementos que possam ajudar em intervenções contra essas práticas de violência.

Atualmente estão sendo feitas implantações de serviços que são atribuídos ao atendimento de homens autores de violência, tendo iniciado em dezembro de 2016 em Goiânia-GO, o Grupo reflexivo para homens no qual uma equipe multiprofissional envolvendo Psicólogos, Assistência Social e Jurídica que trabalham num processo de intervenção e enfrentamento da violência contra mulheres.

1.1 Violência

Atualmente a violência passou a ser considerada uma questão de saúde pública, chamando a atenção de diversas áreas de estudo. Os movimentos da violência são analisados por gênero, ambiente, etnia e entre outros. Para Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006, p. 113), em relação à violência “é considerada mundialmente violação de direitos, embora com expressões variadas em diferentes contextos”.

De acordo com Modena (2016, p. 8) “o conceito de violência implica várias posições teóricas, elementos e variadas maneiras de solução e eliminação. As formas de violência são tão numerosas, que é difícil elencá-las de modo satisfatório”. Sendo assim, torna-se difícil conceituar precisamente o termo violência devido a sua complexidade e diversas maneiras de apresentação. No âmbito da Filosofia, mais precisamente ética, tem se debatido suas manifestações, formas e a natureza da violência. Para Dahlberg e Krug (2006, p. 2)

A violência, provavelmente, sempre fez parte da experiência humana. Seu impacto pode ser mundialmente verificado de várias formas. A cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de autoagressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva.

Percebe-se que os estudos sobre a violência possuem um caráter não conclusivo, pois, a sua origem, manifestação e resultados raramente são os mesmos tanto para o autor, quanto para a vítima da violência. De acordo com Day *et al.* (2003, p. 10) a violência intrafamiliar pode ser definida como:

Toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue.

Ao exemplificar alguns critérios de identificação da violência que podem ocorrer no lar ou ambiente familiar. A violência familiar é definida como aquela que vai além dos limites domiciliar, diferente da violência doméstica que tem relação com o envolvimento dos membros da família, mas não necessariamente os que residem no mesmo lugar. (SAFFIOTI, 2004).

1.2 Violência Doméstica contra mulher

A Lei 11.340/06, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, foi criada a partir do que se preconizava na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, adotada em 1965 e da Convenção Internacional para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher de 1994. Entre a Lei e as Convenções, fica claro o objetivo de evitar, punir e coibir qualquer tipo de violência contra a mulher estabelecendo medidas preventivas e assistenciais para aquelas que sofrem agressões. (BRASIL, 2006).

No artigo 5º da Lei 11.340 é ressaltado o mesmo aspecto: “Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada

no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. (BRASIL, 2006).

Considera no cap. I, art. 50 que “para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. (BRASIL, 2006)

E em ambos há artigos que definem violência abrangendo o estado físico, psíquico e sexual sendo na Lei Maria da Penha categorizada também como ato violento à conduta patrimonial e moral. E diz que os Estados Partes devem assegurar também a assistência para todas as mulheres que forem afetadas pela violência incluindo atendimento policial bem como capacitação para os profissionais para receber de forma adequada as mulheres que sofrem qualquer tipo de violência e promoção de campanhas educativas. (BRASIL, 2006)

Violência doméstica ou intrafamiliar se refere a um padrão específico de comportamento violento, manifestado em qualquer contexto doméstico e que pode ser cometido contra ou por qualquer indivíduo inserido nesse meio, independente de gênero, idade ou grau de parentesco e incluindo também qualquer um que esteja inserido no ambiente familiar. Brasil (2001) afirma que violência intrafamiliar se trata um fenômeno social, capaz de afetar toda a sociedade e caracterizado por uma grande dimensão, atingindo de maneira contínua mulheres, adolescentes, crianças, idosos e portadores de deficiência.

A violência doméstica se manifesta de diversas formas. Além da agressão física, existe a humilhação; chantagem; agressão verbal; ridicularizar, detenção em algum local; privação de alimento e do acesso a dinheiro e saúde. Uma manifestação mais específica é a violência entre parceiros íntimos, onde os atos agressivos, o abuso psicológico e os comportamentos de controle são presentes no contexto de um relacionamento íntimo e causam danos ao companheiro. É colocado por Silva, Coelho e Moretti-Pires (2014, p. 279) que “é perpetrada pelo parceiro ou cônjuge dentro de um relacionamento íntimo ou pelo ex parceiro quando a relação termina”. Os autores enfatizam que a violência cometida contra a mulher tem um efeito direto no aumento do uso de substâncias alcoólicas e outras drogas, nas taxas de suicídio apresentadas e em questões relacionadas a saúde como problemas gastrointestinais e cefaleias, além dos distúrbios psíquicos que podem emergir.

A violência tem em si uma naturalização cuja sociedade trata a agressão como um estigma do homem macho no qual exerce “sua força-potência-dominância contra as mulheres”. (SAFFIOTI, 2004, p. 75). Os casos de agressão e violência doméstica que são mais explícitos são os registrados através da polícia e podem ser constatados com mais facilidade, a questão é que grande parte dos casos não são denunciados e que os casos de violência psicológica tendem a ser mais difíceis de serem diagnosticados.

1.3 Tipos de violência

O Brasil assinou todos os acordos internacionais que certificam os direitos humanos das mulheres incluindo a eliminação de todas as formas de discriminação e violência baseadas no gênero. Foi através da Lei nº 11.340/2006, que houve um grande aumento de denúncias permitindo assim uma maior visibilidade da discussão acerca da violência doméstica. Dessa forma assegurando a efetiva proteção para com a mulher e objetiva que os agressores sejam cometidos de punição, sem se esquecer das medidas de prevenção, como é indicado na Convenção de Belém do Pará. E é só assim, mediante ao cumprimento destas Leis, que os direitos humanos das mulheres estarão sendo assegurados.

A violência doméstica pode manifestar de diversas maneiras e com diferentes graus de austeridade. Essas sequências severas em que ocorre a violência podem levar a crescentes episódios onde o homicídio, em algumas circunstâncias atinge a manifestação mais extrema de agressão. Ao tratar do conceito de violência, Saffioti (2004) a define como uma quebra

da integridade física, psíquica, sexual e moral das vítimas, tal qual essa conceituação é conhecida a tantos anos.

De acordo com o art. 7 da Lei 11.340/2006, os tipos de violência são: física –que envolve violência por meio da força física, no qual o agressor utiliza para provocar alguma lesão corporal na vítima; violência psicológica – tudo que causa dano à autoestima, degradando a identidade da vítima; violência sexual – envolvendo a prática do ato sexual seja em qualquer circunstância, contra a vontade da vítima; violência patrimonial – entendida como todo ato destrutivo, de retenção ou subtração dos bens patrimoniais afetando diretamente o bem-estar familiar e a saúde emocional da vítima; violência moral – qualquer ato que exponha a vítima em situação vexatória. (BRASIL, 2006)

Day *et al.* (2003, p. 10) também afirmam que dentro do espectro da violência intrafamiliar, existem quatro maneiras mais comuns de manifestação: física, psicológica, negligência e sexual.

A violência física ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas. A violência psicológica inclui toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. A negligência é a omissão de responsabilidade de um ou mais membros da família em relação a outro, sobretudo àqueles que precisam de ajuda por questões de idade ou alguma condição física, permanente ou temporária. A violência sexual é toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à pessoa, obriga uma à realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica ou uso de armas ou drogas.

Essa classificação entre as diferentes formas de violência intrafamiliar pode facilitar a identificação da ocorrência dos episódios, assim como no diagnóstico dos casos. Possibilitando que o autor da violência seja identificado e que a vítima possa ser ajudada de maneira mais eficiente.

1.4 Fatores que influenciam a violência doméstica

Day *et al.* (2003) afirmam que além do álcool, outros fatores que estão associados a violência doméstica são variáveis que envolvem decorrentes de pobreza e desemprego; delinquência; transtornos de personalidade ou problemas mentais, conceitos socioculturais interligados a masculinidade e dominação; abuso ou presença de agressão no lar durante a infância, ausência do pai.

Tendo como ênfase as características do agressor em casos de violência doméstica, são levantados alguns fatores que podem vir a contribuir para o ato violento. Além dos fatores emocionais e psicológicos que podem levar o indivíduo a ser autor da violência doméstica, quando este está sob o efeito de alguma substância, o episódio poderá ser ainda mais grave. De acordo com Martins e Nascimento (2017) a situação poderá se agravar nos casos em que está presente o consumo do álcool e de outras drogas pelos agressores.

Com base em alguns estudos, é apontado que em grande parte, as crianças que sofrem violência doméstica têm maiores chances de se envolverem futuramente com o uso de álcool e/ou outras drogas e também de se tornarem adultos violentos (GEBARA & LOURENÇO, 2008).

Sendo assim, a presença do comportamento violento durante a vida adulta, pode estar diretamente ligada a episódios violentos pelo qual o indivíduo passou enquanto criança. Vieira *et al.* (2013) afirmam que alguns fatores sociais possuem uma grande influência na incidência de casos de violência doméstica, sendo alguns, a baixa escolaridade do indivíduo, uma condição financeira inferior, o menor rendimento salarial da mulher e o desemprego. Reforçam também que os usos do álcool e de outras substâncias ilícitas tendem a agravar o problema.

1.5 Intervenções

A questão da violência cometida contra a mulher é um problema de saúde pública que vem sendo mais discutido desde a década de 90, onde foram implantados alguns programas que visam abordar o assunto. Com a criação do Conselho Estadual da Condição Feminina, a do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e da primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) no estado de São Paulo, passa a serem abordados especialmente os delitos cometidos contra mulheres. (SCHRAIBER e OLIVEIRA, 1999).

De acordo com Schraiber e Oliveira (1999) a criação das DDMs foi o primeiro recurso significativo para combater publicamente a violência contra a mulher, enfatizando especialmente a violência conjugal, sendo que essas delegacias possuem um caráter policial. Cabe às delegacias detectar as transgressões à lei que são cometidas e averiguar sua veracidade, assim, criminalizando a violência doméstica.

Saffioti (2004) fala sobre as contribuições que o feminismo trouxe e dos debates acerca das relações sociais e de gênero, no que tange gênero, raça/etnia e classe como eixos estruturantes da sociedade. Enfatiza também sobre a violência doméstica trazendo características específicas desse tipo de agressão, apresentando-a como uma rotinização. "Rigorosamente, a relação violenta se constitui em verdadeira prisão" (SAFFIOTI, 2004, p. 85), cujo há um padrão de vítima, o que difere da violência urbana. A autora fala sobre o despreparo das delegacias e dos profissionais no atendimento a violência contra mulher impedindo um atendimento de boa qualidade e ressalta também a necessidade de psicólogas e assistentes sociais para oferecerem um atendimento social e psicológico às vítimas.

Considerando que uma grande quantidade de mulheres vítimas de agressão mantém o vínculo com o autor da violência, na expectativa de que o parceiro possa vir a ter uma mudança de comportamento e com uma perspectiva nova de relacionamento, a proposta dos grupos reflexivos é de responsabilização. Para Leal (2017, p.16) "os Grupos Reflexivos acontecem com determinados números de oficinas e horas estipuladas e acordadas com o Poder Judiciário".

As oficinas oferecidas para os autores de violência englobam uma série de atividades educativas que estimulam a reflexão. As atividades educativas, de orientação e informação contribuem para a reeducação do indivíduo e para uma não reincidência criminal. "O Grupo Reflexivo teve a finalidade de conscientizar e reinserir os beneficiários no convívio familiar, buscando mudar o estigma violento apresentado na vivência de cada um". (LEAL, 2017, p. 18).

Beiras, Nascimento e Incrocci (2019) fizeram um mapeamento sobre as práticas dos grupos reflexivos em 26 programas realizados em diferentes estados do Brasil, no qual compreendeu que em relação às intervenções aplicadas aos grupos, recomenda-se que sejam discutidos temas que abordem a violência, igualdade de gênero, direitos humanos, desconstrução de patriarcado entre outros assuntos que agregam um caráter reflexivo ou psicoeducativos, afastando da perspectiva terapêutica, a fim de evitar patologizar à violência.

Leal (2017) afirma que os participantes do grupo são obrigados a participar, pois, são encaminhados através de decisão judicial das audiências em custódia que cometeram algum ato de violência previsto pela Lei 11.340/06. A autora complementa dizendo que, os participantes do grupo são monitorados por meio da equipe que conduz os grupos cujo há um preenchimento de formulários que são encaminhados para o Juiz do processo, informando as presenças e faltas dos autores de violência.

Em Goiás, o que se sabe é que estes grupos foram iniciados em 2015, cujo foram realizados até então, cerca de 60 grupos com a participação de 1000 homens beneficiários do

programa. (MORETTI, 2018). A participação dos grupos reflexivos é para homens com processos incursos na Lei Maria da Penha, no qual os participantes junto com uma equipe de Psicólogos e Assistentes Sociais discutem, por meio de dinâmicas, temas que envolve masculinidade, álcool e outras drogas, gênero, patriarcado, machismo, relações conjugais, entre outros.

A violência doméstica atinge várias famílias sendo propagada em diversos meios sociais e maneiras injustificáveis. Trabalhar em combate e conscientização com os autores da violência doméstica propicia a eles uma maneira de mudar comportamento e refletir sobre atos agressivos e busca erradicar a violência contra mulher. Saffioti (2004, p. 68) faz uma ressalva sobre a necessidade de não patologizar a violência e sim debater a respeito, em busca de alternativas que não sejam só cumprimento de penas, mas também da relevância de se ter ações preventivas e educativas que envolvam a sociedade nessa temática tão complexa, referindo que no ato violento, tanto o homem quanto a mulher “precisam de auxílio para promover uma verdadeira transformação da relação violenta”.

Dessa maneira, o objetivo principal dessa pesquisa é de identificar o perfil do agressor masculino e a atuação dos psicólogos nos grupos reflexivos para autores de violência doméstica em Goiânia e como objetivos específicos: descrever os fatores que levam adultos a desenvolverem um comportamento agressivo nas relações domésticas; averiguar os principais tipos de violência cometidos pelos autores de violência doméstica; analisar a atuação do Psicólogo no tratamento da violência doméstica nos grupos reflexivos. Portanto, em função da disponibilidade de referido serviço em participar desta pesquisa o trabalho realizado torna-se viável.

2 MÉTODOS

2.1 Tipo de Pesquisa: Qualitativa

2.2 Método: Pesquisa Qualitativa, descritiva e analítica (análise de conteúdo).

2.3 Universo: Homens autores de violência doméstica e psicólogos.

2.4 População: Total no projeto: 15 homens e 02 psicólogos, 01 assistente social, 04 estagiários em Psicologia.

2.5 Amostra: 02 psicólogos.

2.6 Critérios de Inclusão e Exclusão: para critério de inclusão deve: ser psicólogos, atuar no grupo reflexivo. Para critério de exclusão: indivíduos que não sejam profissional de psicologia e quem não participam ativamente no grupo reflexivo.

2.7 Instrumentos de Coleta de Dados: Roteiro de entrevista semiestruturada,

2.8 Data da coleta de dados: 16 de abril a 16 de maio de 2019.

2.9 Procedimentos da coleta de dados: Por meio de um roteiro de perguntas com tópicos que serão abordados sobre o grupo reflexivo e os autores da violência doméstica.

3 RESULTADOS

A fim de compreender como se dá a atuação do psicólogo nos grupos reflexivos, realizou entrevista com duas psicólogas. A psicóloga 01 atuou por 18 meses em Grupos Reflexivos, tendo participado de 08 grupos diferentes. A segunda entrevistada é psicóloga e atua desde o início da criação do Grupo Reflexivo.

Inicialmente foi indagado sobre qual seria a faixa etária predominante dos homens autores de violência, participantes do Grupo Reflexivo em Goiânia. Foi observado que cada grupo tem uma variação significativa em relação à faixa etária. As entrevistas apontam uma média significativa de 25 até 50 anos.

Outro dado fornecido pelas psicólogas entrevistadas foi em relação a quais os tipos de violência doméstica que ocorrem com maior frequência e quais são considerados mais graves; a primeira respondendo que o tipo de violência que mais acontece e que são relatadas são ameaças e a violência psicológica/emocional, incluindo humilhação,

xingamentos, etc. Os tipos de violência que demandam uma atenção maior, são casos de violência sexual e física, onde a mulher está em uma situação de risco maior. Não são recebidos nos grupos homens que cometem violência sexual. Os casos de violência sexual demandam uma atenção maior em determinados assuntos e o grupo não aborda com a profundidade necessária.

A violência patrimonial, quando chega a ser relatada, é mais comum por parte das mulheres. Comenta-se também que entre as principais razões da violência doméstica contra a mulher estão: a presença constante de violência na sociedade, “atrito” nas relações, intolerância e falta de compreensão por parte dos homens, falta de diálogo, a cultura “machista”, problemas financeiros, desemprego, conflitos envolvendo filhos. A segunda entrevistada complementa afirmando que “todas as violências são consideradas graves. Mas, a violência psicológica tem deixado marcas profundas”. sobre as principais razões, a psicóloga observa que “o ciúme, geralmente a tônica dos desentendimentos e conflitos relacionais”.

Seguindo a investigação a respeito dos fatores que podem levar a violência doméstica foi investigada a relação do consumo de álcool e outras drogas com o aumento na incidência de violência doméstica, sendo colocado pela entrevistada 01 que nos casos onde a mulher faz uso de drogas, se torna mais propensa a ser vítima de violência, entrando em um grupo de risco ainda mais grave. Assim, o homem que faz uso de álcool e outras substâncias, está mais propenso a cometer atos de violência. Na segunda entrevista, a entrevistada concorda, ressaltando a influenciada bebida alcoólica, citando que em alguns grupos, a presença do álcool é observada em até 90% dos casos. Enfatiza-se também que outro dado significativo observado nos grupos, é que “a cultura machista fica evidenciada nas falas masculinas, em que as relações de poder são presentes e o ser homem é constantemente enaltecido.” Concluindo que em muitos dos casos que surgem episódios de violência doméstica, a situação se agravou com a presença de álcool e outras drogas.

Além do abuso de substâncias, outro fator contribuinte para a ocorrência de violência doméstica seria a influência cultural. A psicóloga 01 concorda, afirmando que: “no Brasil, existe uma cultura onde o pensamento machista é predominante, tornando o índice de violência maior. Por mais que não seja nada muito explícito, o pensamento machista está sempre presente no discurso dos homens entrevistados.” A psicóloga 02 diz que não concorda com a generalização, dizendo que em muitos casos, se trata de uma situação relacional.

Outra hipótese considerada como possível influenciadora de um comportamento violento é a respeito da possibilidade de que o convívio com a violência doméstica e/ou outros tipos de abuso na infância por parte do autor da violência poderá influenciar o mesmo cometer violência contra mulher. Em relação a isso, a primeira entrevistada coloca que:

O convívio tem influência. Aquilo que é vivenciado no ambiente familiar, tende a se reproduzir no externo. Se alguém é exposto a uma relação de violência onde presencia brigas de duas pessoas que „supostamente se amam” e internaliza aquilo, passa a servir como modelo de relação, naturalizando” a violência. Assim, o ambiente familiar é determinante nas futuras relações tanto para os homens quanto para as mulheres. (PSICÓLOGA 1, 2019)

A entrevistada 02 complementa dizendo que “temos relatos de inúmeros casos de violência doméstica extrema, sofrida por homens, causadas por seus pais ou padrastos”.

Finalizando a investigação a respeito das hipóteses levantadas sobre os fatores influenciadores, houve o questionamento sobre a relação com o desemprego, a baixa renda ou a falta de dinheiro do geral como sendo contribuintes aos atos de violência. Em resposta, foi colocado que:

No caso onde a mulher se encontra desempregada, não possuindo uma renda ou

independência financeira, ela se torna dependente do parceiro. Se o parceiro tem a crença de que „o provedor financeiro é quem manda“, a mulher se torna mais vulnerável devido a dependência estabelecida, dificultando o acesso dela à política pública no geral. (PSICÓLOGA 01, 2019)

Por outro lado, foi visto que em casos onde o homem está em uma situação de desemprego, a dinâmica do lar passa por mudanças.

Culturalmente, o homem possui uma imagem de “provedor”. Quando isso não é a realidade, o homem tem dificuldades em se relacionar e sua autoimagem se torna abalada. Em muitos casos, onde o homem não tem o costume de ficar no ambiente doméstico e é obrigado a passar mais tempo em casa, os conflitos se tornam acentuados e este tende a ficar mais irritado. Em resumo, o desemprego altera a dinâmica do lar, causando mais conflitos na relação. (PSICÓLOGA 01, 2019)

Em resposta a investigação sobre a relação da violência com a vulnerabilidade social a segunda entrevistada diz que: “podemos afirmar que em muitos casos existem relatos que a vulnerabilidade social gera um conflito familiar significativo, onde o resultado é a contenda, as separações conjugais e a violência doméstica”.

Ao compreender os fatores que contribuem para a violência, investigamos a respeito de qual seria a proposta do Grupo Reflexivo, na visão da psicóloga. A primeira, em síntese coloca da seguinte maneira

O papel do Grupo Reflexivo é “discutir relações de gênero e violência, entendemos que quando se trata de violência doméstica, é preciso abordar assuntos sobre as relações de gênero, família, parentalidade, álcool e drogas e sobre a violência como um ciclo. Assim, a proposta não é apenas informar, é conversar e entender sobre o público, estabelecendo um diálogo com os homens autores de violência sobre gênero e violência. Sobretudo, promovendo a conscientização. Com o trabalho no Grupo Reflexivo, é possível observar o impacto da Lei Maria da Penha na vida das famílias. (PSICÓLOGA 01, 2019)

A psicóloga 02 responde de maneira semelhante, dizendo que o objetivo final do grupo reflexivo é o enfrentamento a violência doméstica contra a mulher.

Compreende melhor a proposta inicial, é possível observar a efetividade do trabalho realizado no Grupo e em resposta, foi colocado pela primeira psicóloga que: “apesar da falta de incentivo em relação ao projeto, os resultados apontam um índice de reincidência do crime extremamente baixo”. Enfatiza também que, ao promover a responsabilização, os autores de violência abandonam a crença de serem vítimas e assumem a responsabilidade por seus atos.

É percebido que muitos homens que participam o grupo passam a enxergar suas responsabilidades na relação e na promoção de uma boa convivência. Sendo assim, apesar de sua eficácia, o grupo reflexivo não é a única opção para combater a violência doméstica. (PSICÓLOGA 01, 2019)

Sobre os resultados do grupo a segunda responde que: “analisando os resultados, é percebido que de acordo com os dados estatísticos relativos à reincidência, o Grupo Reflexivo tem se mostrado efetivo e eficaz”.

Ao investigar a população que tem se beneficiado do trabalho proposto nos grupos reflexivos, a psicóloga responsável responde que: “até a presente data, foram realizados 60 grupos (concluídos) com cerca de 1000 beneficiários, onde ocorreram 03 casos de reincidência”.

Todo o trabalho realizando com os autores de violência doméstica só é possível a partir da atuação do psicólogo nos Grupos Reflexivos. Essa atuação inclui o papel de promover o diálogo. Assim, de acordo com a primeira entrevistada, “o profissional da psicologia contribui com um olhar sem julgamento”, enfatizando a história do autor da violência, sua

visão de mundo e o que está sendo absorvido por parte do sujeito. É promovido um ambiente de respeito, aberto a fala e a escuta. O psicólogo adota uma postura diferente dos demais profissionais ao se dirigir aos homens autores de violência, se interessam pelo caso e o acolhem, assim possibilitando com que eles compartilhem sua experiência.

Na percepção da segunda psicóloga entrevistada o psicólogo tem um papel fundamental nos grupos, este irá atuar em parceria com uma equipe multidisciplinar, conduzindo os momentos de reflexão e se atentando a subjetividade de cada participante “busca assim criar um espaço de reflexão para que os beneficiários possam encontrar o sentido de suas próprias vivências e encontrar uma resposta diferente em suas relações afetivas”.

4 DISCUSSÃO

Segundo a pesquisa realizada, há vários fatores que influenciam os agressores masculinos a desenvolverem um comportamento agressivo nas relações domésticas. As psicólogas entrevistadas ressaltam que uso de substâncias como álcool e outras drogas, a cultura machista, desemprego ou baixa renda, a vulnerabilidade social e o convívio com violência desde a infância são fatores coesosa desenvolvimento de um comportamento violento. Assim como salienta Day *et al.* (2003) quando afirma que álcool e outras drogas, bem como a pobreza e o desemprego, além dos transtornos de personalidade, abuso ou presença de agressão no lar durante a infância e os conceitos socioculturais, são questões que podem levar o sujeito a desenvolver um perfil de agressão.

Ao averiguar os tipos de violência que mais são cometidos pelos autores de violência doméstica, as psicólogas acreditam que a violência psicológica é um dos tipos mais presentes, que inclui a humilhação e os xingamentos deixando profundas marcas nos relacionamentos, sendo os ciúmes um propulsor desse ato. O art. 7 da Lei 11.340/2006 prevê que violência psicológica é tudo aquilo que causará danos à autoestima da mulher, causando degradação a identidade da vítima. Conforme levantamento realizado a Secretaria de Políticas para Mulheres – SPM/PR (BRASIL, 2016) a violência psicológica é a segunda maior forma de agressão sofrida, ficando atrás da violência física.

Para analisar a atuação do Psicólogo para o tratamento dos autores de violência doméstica nos grupos reflexivos, foi indagado como é a atuação desses profissionais nos grupos. As psicólogas concordam que atuação inclui o papel de promover um ambiente de respeito e acolhimento, considerando a subjetividade com uma proposta de fazerem refletir sobre suas próprias vivências, buscando respostas diferentes em suas relações conjugais. Leal (2017) ressalta que, o Grupo Reflexivo tem como objetivo trazer uma conscientização para os beneficiários do programa, reinserindo-os no convívio familiar de modo que eles reflitam e mudem esse estigma de violência.

No reconhecimento desses fatores, o objetivo principal desse estudo foi identificar o perfil do agressor masculino, mostrando a atuação do psicólogo dentro dos grupos reflexivos para autores de violência doméstica. Desse modo, percebe-se que a gênese da violência doméstica está relacionada a situações biopsicossociais tais como: de baixo-autoestima, pobreza, convivência em lares violentos, cultura, além do uso de álcool e outras drogas que é um tonificador das reações de violência. E desse modo, Nunes (2003) enfatiza que é necessária uma intervenção em conjunção ao sistema familiar para promover novas descobertas acerca da organização e funcionamento das famílias, mas que, a violência doméstica é um problema de saúde pública e a luta contra essa realidade implicaria em tomar medidas que promovam igualdade entre os gêneros, além de medidas econômicas e educacionais para desenvolver questões igualitárias.

5 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

Como ponto forte, pode-se ressaltar a discussão proposta por essa pesquisa em relação ao trabalho do psicólogo frente ao grupo reflexivo, abrindo um diálogo sobre a responsabilidade e os impactos da violência doméstica na vida da vítima e do autor.

As limitações estão elencadas ao fato da restrição do acesso à entrevista com os homens autores de violência doméstica e a dificuldade em encontrar referencial teórico que especificam a atuação do psicólogo no grupo por ser um estudo pioneiro.

CONCLUSÃO

O perfil do agressor masculino autor de violência doméstica que frequenta os grupos reflexivos são predominantemente formado por homens com características tais como: baixa autoestima, desemprego, problema com álcool e outras drogas, baixa renda, com vulnerabilidade social ou convívio com violência desde a infância. Todas essas características ressaltadas influenciam no contexto de violência doméstica. Contudo, nos grupos, os psicólogos atuam conduzindo os participantes a refletirem sobre suas vidas e principalmente, levando a percepção de que na relação há outras respostas distintas à violência.

Em função da relevância do tema, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas enfatizando mais a atuação do psicólogo.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. Violência doméstica. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2005. Disponível em: <http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2004010.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2018.

BEIRAS, A; NASCIMENTO, M; INCROCCI, C. Programas de atenção a homens autores de violência contra as mulheres: um panorama das intervenções no Brasil. Saúde soc., São Paulo, v. 28, n. 1, p. 262-274, Mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 set. 2019.

BRASIL. LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 02 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 12 out. 2018

_____. Panorama da violência contra as mulheres no Brasil [recurso eletrônico]: indicadores nacionais e estaduais. — N. 1 (2016) Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher Contra a Violência, 2016. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR.pdf> Acesso em: 12 out. 2018

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000500007&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 12 out. 2018.

DAY, V. P; *et al.* Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre v. 25, nº 1, p. 9-21, 2003.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1>. Acesso em: 12 out. 2018.

GEBARA, C. F. P; LOURENÇO, L. M. Crenças de profissionais da saúde sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Psicologia em Pesquisa*, UFJF, v. 2, n. 1, 27-39, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipeseq/v2n1/v2n1a05.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

LEAL, A. C. Primeiro grupo reflexivo para homens autores de violência doméstica dacentral de alternativas à prisão de Goiânia. Pós-Graduação. Universidade Estadual de Goiás, 2017. Disponível em: <https://acervodigital.ssp.go.gov.br/pmgo/bitstream/123456789/431/7/Primeiro%20Grupo%20Reflexivo%20Para%20Homens%20Autores%20De%20Viol%C3%Aancia%20Dom%C3%Astica%20Da%20Central%20De%20Alternativas%20%C3%A0%20Pris%C3%A3o%20De%20Goi%C3%A2nia%20-%20Antiar%20Cardoso%20Leal.pdf>. Acesso em: 04 de nov. 2018.

MAPA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Câmara dos deputados 55ª legislatura 4ª sessão legislativa, Brasília, 2018. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesados-direitos-da-mulher-cmulher/arquivos-de-audio-e-video/Mapa daViolenciaatualizado200219.pdf>. Acesso em: 22 set. 2019.

MARTINS, Aline Gomes; NASCIMENTO, Adriano Roberto Afonso do. Violênciadoméstica, álcool e outros fatores associados: uma análise bibliométrica. *Arq. bras.psicol.*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 107-121, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672017000100009. Acesso em: 12 out. 2018.

MODENA, M. R. Conceitos e formas de violência. Caxias do Sul, RS: EducS, 2016.

MORETTI, F. Prefeitura promove grupos reflexivos para autores de violênciadoméstica. *Jornal Mais Goiás* [reportagem online], Goiânia, 2018. Disponível em: <https://www.emaisgoias.com.br/prefeitura-promove-grupos-reflexivos-para-autores-de-violencia-domestica/>. Acesso em: 22 set. 2019.

NUNES, A. S. Violência conjugal – o papel do médico de família. *Rev Port Clin Geral*, Lisboa, 2003; V. 19, nº 141, p. 141-147. Disponível em: <http://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/9922/9660>. Acesso em: 02 mai. 2019.

SAFFIOTI, H. I. B. Gênero, patriarcado, violência. 1ª ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SCHRAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 112- 120, Aug. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000400016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2018.

SILVA A.C.L.G; COELHO E.B.S; MORETTI-PIRES R.O. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*, v. 35 n. 4, 278-83, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v35n4/07.pdf. Acesso em: 12 out. 2018

VASCONCELOS, M. S; HOLANDA, V. H; ALBUQUERQUE, T. T. Profile of the aggressor and factors associated with violence against women*. *Cogitare Enferm.*, v. 2, nº 1, p. 01-10, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/41960/27504>. Acesso em 08 dez. 2018.

VIEIRA, L. J. E. S; *et al.* Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, jul.-ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0920.pdf. Acesso em: 12 out. 2018.

Terapia Cognitivo Comportamental como intervenção em crianças com TDAH ¹⁹

Cognitive-Behavioral Therapy as Intervention in Children with ADHD

RESUMO

O presente artigo propõe uma revisão bibliográfica da literatura integrativa sobre a utilização da TCC no tratamento em crianças com TDAH, como identificar a percepção dos profissionais de saúde e educação sobre seu conhecimento e atuação nesse contexto. Tem como objetivo revisar artigos que demonstram a atuação dos psicólogos e efetividade do uso da Teoria Cognitivo-Comportamental como auxílio ao Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, os procedimentos medicamentosos adotados pelos profissionais de saúde e pela família; e recomendar técnicas como forma de intervenção respaldada pela TCC. Os resultados obtidos demonstraram que a escola e a família são fatores determinantes no tratamento em crianças. Constatou que o uso da medicação com a intervenção da TCC é considerado pelos profissionais e autores uma estratégia eficaz, baseada cientificamente na literatura e na atuação clínica. A abordagem psicológica pode muito contribuir com os estudos em TDAH e a TCC (como forma de abordagem e intervenção), possibilitando novas formas de leitura e ampliar cada vez mais o conhecimento sobre o tema.

Palavras chaves: TDAH; TCC; Crianças; Idade Escolar; Medicação; Técnicas;

ABSTRACT

This article proposes a bibliographic review of the integrative literature on the use of CBT in the treatment of children with ADHD, how to identify the perception of health and education professionals about their knowledge and performance in this context. It aims to review articles that demonstrate the role of psychologists and the effectiveness of using the Cognitive-Behavioral Theory as an aid to Attention Deficit Hyperactivity Disorder, the medication procedures adopted by health professionals and the family; and recommend techniques as a form of intervention supported by CBT. The results obtained demonstrated that the school and the family are determining factors in the treatment of children. He found that the use of medication with CBT intervention is considered by professionals and authors to be an effective strategy, based scientifically on the literature and on clinical practice. The psychological approach can greatly contribute to studies on ADHD and CBT (as a form of approach and intervention), enabling new ways of reading and increasing more and more knowledge on the subject.

Key words: ADHD; CBT; Children; School age; Medication; Techniques;

INTRODUÇÃO

Muito tem se falado do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), utilmente houve uma disseminação do termo, despertando a atenção de pais e

¹⁹ Uiles Pereira Martins e Liliane Messias dos R. Gonçalves, discentes do curso de pós-graduação em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Faculdade Delta-Goiânia. Dra. Analucy Aury Vieira de Oliveira, Ms. Mychelle Oliveira Coelho.

professores para os comportamentos de crianças e adolescentes tanto na família quanto no contexto escolar.

Segundo o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (2013), o TDAH se classifica entre os transtornos do neurodesenvolvimento, que são caracterizados por dificuldades no desenvolvimento que se manifestam precocemente e influenciam o funcionamento pessoal, social, acadêmico ou pessoal.

Os diagnósticos de TDAH estão sendo utilizados como justificativa de problemas de aprendizagem e comportamental de crianças, caracterizando o fracasso escolar, o uso da medicalização e situações disfuncionais no contexto familiar. Quais formas de intervenção que o psicólogo poderá desenvolver? Como a Teoria Cognitiva-Comportamental, sendo uma abordagem psicoterápica, possa contribuir nesse contexto?

Nesse contexto se insere a contribuição da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), abordagem que com suas técnicas possibilita oferecer formas de intervenção por meio da atuação do psicólogo, sendo uma área com diversos estudos com respaldo à sua efetividade em relação ao TDAH. A abordagem redireciona a atenção e reestrutura as crenças do portador, como os auxilia a construir novas estratégias funcionais. Assim, a TCC é uma abordagem que permite tratar os mais variados tipos de transtornos por meio de técnicas que servem de apoio ao trabalho terapêutico com pacientes portadores do transtorno de TDAH. Portanto, evidencia a relevância desse tema como também a compreensão da atuação e intervenção do profissional de psicologia nesse contexto.

Este artigo pretende focar nos benefícios da TCC no tratamento de crianças em idade escolar com TDAH, considerando a faixa etária em que a criança está entrando no período escolar, construindo o seu mundo em contato com as relações sociais e interpessoais.

Deste modo, o artigo tem como objetivo geral e específico revisar artigos que demonstram a atuação dos psicólogos e efetividade do uso da Teoria Cognitiva- Comportamental como auxílio ao Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. Apresentar as TCC e os benefícios de sua intervenção no âmbito escolar com crianças que são diagnosticadas com TDAH; verificar aspectos do uso funcional e disfuncional da medicação no tratamento do TDAH; atuação do psicólogo como intervenção às crianças que são portadoras ou rotuladas equivocadamente com TDAH; sobre a eficácia das técnicas para o transtorno e revisar a literatura sobre a TCC, considerando os tratamentos e intervenções mais adequados.

Esta pesquisa bibliográfica no formato de revisão da literatura integrativa, utilizaram de artigos que foram identificados os seguintes eixos temáticos: a eficácia da TCC no tratamento de crianças com TDAH; a participação da escola, professores e família como fator fundamental da eficácia do tratamento com crianças TDAH; Posicionamento acerca da medicação com crianças com TDAH e intervenções com técnicas da TCC.

O presente estudo está dividido em duas partes. Na primeira parte será feita uma resenha crítica de quatro artigos selecionados com temas relacionados ao TDAH em crianças, a visão dos profissionais da saúde e educacional, e a utilização da TCC como forma de intervenção. Na segunda parte serão apresentados os resultados e recomendações de técnicas da TCC, em que se destacaram de acordo com a percepção dos profissionais citados e pesquisados e a demanda discutida.

1 ESTUDO E COMPREENSÃO DA TCC NO TDAH EM CRIANÇAS

Com o intuito de ampliar a compreensão sobre a efetividade do uso da Teoria Cognitiva-Comportamental (TCC) como auxílio ao Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) em crianças, este artigo busca resenhar de forma crítica quatro pesquisas realizadas e publicadas em artigos, periódicos e revistas científicas.

1.1 Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares segundoprofissionais da saúde mental

O artigo escrito pelas autoras Ana Lúcia Peixoto e Maria Margarida Rodriguestem como assunto principal a percepção do diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares segundo os profissionais da área da saúde. A problemáticacentral seria a identificação por quais critérios estes profissionais estavam utilizando com crianças e pais que chegam a seus locais de trabalho com a hipótese diagnóstica pré-conceituada sobre o TDAH.

O artigo trás referências como subsidio as ideias centrais do artigo sobre a importância da escola e dos professores nesse processo em contato com a criança com TDAH, como também trás autores que reafirmam a importância de dadoscoletados com os professores:

Necessidade de contato e coleta de dados com os professores para avaliação de sintomas no contexto escolar; uma vez que os pais tendem a generalizar informações sobre os sintomas que se manifestam no ambiente doméstico para o ambiente escolar (ROHDE e HALPERN, 2004, p. 61-70).

Sobre o tratamento proposto para crianças com TDAH, as autoras apresentaram referências da literatura que revela o uso de intervenção medicamentosa, eventualmente acompanhada de intervenção psicoterapêutica. De acordo com Rhode e Halpern (2004), apesar de reafirmarem a eficácia da medicação, relatam que a modalidade psicoterápica com melhores resultados em crianças com TDAH é a Cognitivo-Comportamental. Consideram que as combinações de tratamentos, sendo elas a psicoterapia e medicação, são apontadas por pais e professores como significativa, apesar de estatisticamente não apresentar a mesma significância.

A pesquisa teve como amostra 30 profissionais da área de saúde, entre eles 10 psicólogos, 10 neurologistas e 10 psiquiatras (PEIXOTO e RODRIGUES, 2008, p.94). Em relação ao número de crianças atendidas com suspeita do diagnóstico de TDAH, o artigo apresentou como resultado: números relatados pelos psicólogos foram de 5 a 10 crianças por mês; atendimentos dos psiquiatras e neurologistas variaram de 5 a 10 crianças por semana até mais de 25 crianças por semana, no caso de 2 neurologistas e 2 psiquiatras. Os critérios e instrumentos mais utilizados, pelos entrevistados, para o diagnóstico foram: anamnese (entrevista com pais e a criança), seguida de questionários (sem denominação específica), laudo da escola e os critérios do DSM-IV. A maioria dos psiquiatras citados na pesquisa baseia o diagnóstico do TDAH na anamnese, enquanto apenas 2 psiquiatras relataram utilização dos critérios do DSM-IV.

Outros resultados encontrados pela pesquisa indicaram que em relação ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, baseava-se, principalmente, nas informações obtidas na consulta com os pais, sem adesão aparente da recomendação dos critérios informados pela literatura especializada. As autoras descreveram com base nos dados da pesquisa que a maioria dos profissionais adotava a medicação como forma principal de tratamento e não possuía equipe multidisciplinar, apesar de reconhecerem a necessidade de combinar a intervenção medicamentosa com outras modalidades, principalmente intervenção psicoterápica.

Uma das conclusões apresentadas foi à ausência de critérios definidos como forma de avaliar corretamente o contexto escolar, sendo este o local descrito como principal espaço

de queixas relacionadas ao TDAH. Logo, a formação do diagnóstico era realizada parcialmente nos dados colhidos na entrevista com os pais.

As autoras deixaram evidentes suas observações e posicionamentos diante a problemática inicial. O primeiro ponto defendido e considerado relevante a ser notado é acerca da discussão em relação à complexidade do diagnóstico do TDAH, sendo importante a recomendação para os profissionais utilizarem em seu julgamento clínico os critérios do DSM-V juntamente com informações obtidas junto aos pais e professores, buscando conhecer o comportamento da criança em diferentes contextos.

O segundo ponto classificado como relevante está relacionado aos resultados encontrados acerca do tratamento farmacológico, em que pontuaram a ausência de evidências que relacionem o uso de medicamentos à redução dos riscos de desenvolvimento de comorbidades e outros sintomas, porém a maioria dos profissionais médicos participantes na pesquisa elegeu o tratamento farmacológico como forma mais eficaz no tratamento deste transtorno.

1.2 Grupoterapia Cognitivo-Comportamental em crianças com TDAH: estudando um modelo clínico

A segunda pesquisa selecionada foi desenvolvida pelos autores(as) Andressa Henke Bellé e Renato Maiato Caminha (2005), e apresenta como tema principal a avaliação da eficácia da grupoterapia Cognitivo-Comportamental em crianças com TDAH. A posição dos autores no artigo é subsidiada pela compreensão de diversos estudos que corroboram a utilização da medicação e das terapias cognitivo-comportamentais, como métodos de tratamento mais investigados.

A ideia da modalidade grupoterápica em TCC surgiu na por meio desses dois eixos avaliados em diversas pesquisas: a utilização da TCC como abordagem mais documentada associada ao tratamento do TDAH e também pelas modalidades terapêuticas em sua maioria serem individualmente.

A amostra utilizada para a pesquisa foi à participação de vinte sujeitos do sexo masculino entre oito e onze anos ($M=9,35$; $d.p=1,39$) portadores de TDAH. A pesquisa foi delineada entre o Grupo Experimental (GE), em que os sujeitos foram avaliados antes e após a psicoterapia com a aplicação de todos os instrumentos, e o Grupo Controle (GC), sendo os instrumentos aplicados em dois momentos com intervalo de aproximadamente quatro meses.

Foram utilizados os instrumentos (quadro 1) com os pais e professores para coleta de dados, o qual buscou incluir tais contextos considerados importantes para o tratamento. O modelo de delineamento experimental utilizado teve como objetivo ilustrar a coerência dos dados obtidos e avaliados ao decorrer de todo processo, os quais utilizaram as seguintes estratégias cognitivas no programa terapêutico: a educação quanto ao problema, a autoinstrução, o registro de pensamentos disfuncionais, a solução de problemas, automonitoramento e auto-avaliação, planejamento e cronogramas. As estratégias comportamentais utilizadas segundo os autores(as) foram: "sistema de pontos, custo de resposta, punições, tarefas para casa, modelação e dramatizações" (BELLÉ; CAMINHA, 2005, p.105).

Notaram-se diferenças significativas ao comparar os grupos GE e GC respectivo aos itens de déficit de atenção, hiperatividade e problemas de aprendizagem. Consoante aos resultados, os sujeitos que compuseram o GE demonstraram alterações positivas após a passagem pela grupoterapia cognitivo-comportamental, em que ocorreu uma redução da intensidade dos sintomas e também em relação às queixas vindas da escola. No GC, a maioria das variáveis analisadas sofreu alterações negativas ou não sofreram

alterações, em que os escores obtidos acerca da intensidade dos sintomas foram elevados ou mantidos. Esta pesquisa manteve eixos em comum em relação à pesquisa anterior nos seguintes quesitos: a utilização e eficácia da TCC em crianças com TDAH e também a participação da escola, professores e família como um fator crucial e determinante dentro do tratamento. Nota-se relevante destacar a descrição das autoras Bellé e Caminha (2005, p. 109) ao perceber que a intensificação da comunicação com os professores pode melhorar os resultados das terapias cognitivo-comportamentais em ambiente escolar. Ao buscar em outras fontes de dados sobre o assunto, encontra-se nos estudos realizados pelos autores Knapp e Rohde (2002) e Knapp (2003), aos quais indicaram pesquisas que relatam uma pequena eficácia da TCC, porém são estudos que não presenciaram a participação das escolas e dos professores dentro do processo terapêutico.

1.3 TDAH: Proposta de tratamento clínico para crianças e adolescentes através da terapia cognitivo-comportamental

O artigo de Bárbara C. Monteiro, terapeuta cognitivo-comportamental, neuropsicóloga, psicóloga psineuroclínica cognitiva do Rio de Janeiro, publicado na Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, aborda sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e o quanto a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode ajudar no manejo dos sintomas desse transtorno.

O TDAH caracteriza-se como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade. De acordo com o DSM-5 (2013), os portadores desse transtorno possuem déficits nas funções executivas referentes às habilidades de controle inibitório, memória operacional, flexibilidade cognitiva, tomada de decisões

e fluência verbal. Esses sintomas, que impactam o cotidiano do sujeito, devem estar presentes antes dos sete anos de idade e apresentar claras evidências de interferência no funcionamento social, escolar e familiar.

Os portadores de TDAH tendem a manter um padrão disfuncional nas situações diárias. Devido a falhas crônicas anteriores, o indivíduo desenvolve crenças negativas sobre si mesmo, gerando pensamentos automáticos disfuncionais, e esses pensamentos podem levar a evitações e distrações. Nesse contexto, a TCC se mostra benéfica e necessária no manejo nos sintomas desse transtorno, uma vez que, auxilia o portador de TDAH a redirecionar sua atenção, a reestruturar suas crenças, modificar o modo como se sente, se comporta e a desenvolver habilidades sociais.

No tratamento de crianças e adolescentes o primeiro passo é, de acordo com Bárbara C. Monteiro (2014), promover a implicação e a motivação da criança ou adolescente no tratamento, uma vez que, o interesse na terapia é imprescindível para o seu sucesso.

Utilizam-se estratégias de organização de atividades diárias, de conscientização do próprio comportamento, de autocontrole, de autoinstrução, de resolução de problemas, de reestruturação cognitiva e prevenção de recaída (MONTEIRO, 2014, p. 104).

Autores sugerem algumas atividades a serem realizadas que ajudam a criança na organização do seu dia a dia, em que podem ser desenvolvidas, em conjunto com os pais, como por exemplo, um quadro manipulável de atividades diárias (MONTEIRO, 2014, p.104), que contenha ímãs e desenhos e que os espaços de tempo livre sejam mais chamativos, dessa forma a criança terá estímulos que a façam prestar atenção no quadro de horários e segui-lo.

O trabalho em questão aprofundou em alguns dos muitos exemplos de ações que podem ser trabalhadas na TCC como tratamento para o TDAH. É importante, também, "oportunizar para a criança, técnicas cujas aplicações sejam trabalhadas por meio da

brincadeira e do desenho, de modo que a criança aprenda por meio da ação e possa aplicá-la em seu cotidiano” (BUNGE, GOMAR, MANDIL, 2012, p.133). Outro ponto a ser discutido que carece no texto, é a importância de citar o treinamento de pais e professores como uma ferramenta auxiliar de intervenção junto às crianças com TDAH. Este tipo de treinamento “enfoca a psicoeducação dos pais para que sejam esclarecidos sobre o transtorno e sejam auxiliados a criar tarefas estruturadas que possam ser aplicadas no cotidiano da criança” (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2007, p.13).

1.4 As múltiplas Faces do TDAH e suas implicações frente ao diagnóstico prematuro de crianças em idade escolar

O artigo de Ana Paula Fernandes Ely, psicóloga pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, trata sobre as manifestações do TDAH e as consequências dessas características em crianças em idade escolar. Essas consequências afetam tanto o desenvolvimento quanto a aprendizagem no ambiente familiar e no processo pedagógico. A dificuldade vivenciada pelas crianças que possuem TDAH e que estão em idade escolar é real e devem ser legitimada, porém, muitas vezes, há equívocos de diagnósticos de TDAH sendo realizados e reforçados por professores, pais e profissionais especializados.

A autora descreveu que o TDAH apresenta fortes características inadequadas no nível de aprendizagem esperado, para determinada idade, o que pode vir a ocasionar alguns distúrbios motores, de percepção, comportamentais e perceptivos. Logo, quando as crianças não seguem o protótipo de aluno “modelo”, são enquadradas pelo senso comum, em que ocorre a probabilidade consequencial de receberem diagnóstico incorreto de TDAH, excluindo a presença de dificuldades pessoais, familiares, aspectos de uma personalidade mais expressiva ou outros desafios.

Nesse viés, segundo a Ana Paula F. Ely (2014), o artigo traz alguns aspectos sobre o diagnóstico do TDAH, sendo eles: a importância do manual de DSM-V; a história de vida do paciente e avaliação mental; a necessidade de ter um acompanhamento clínico e psicológico constante, além da participação conjunta da família e da escola referente à disposição de informações comportamentais da criança com TDAH.

Destaca-se outro ponto importante do artigo que, de acordo com a ABDA (Associação Brasileira do Déficit de Atenção), não há como diagnosticar a presença do transtorno por meio de exames laboratoriais ou radiológicos, o que reforça a análise da autora referente aos parâmetros necessários para o diagnóstico.

O conhecimento sobre a doença, seus sintomas e efeitos se torna um grande aliado no tratamento da mesma, já que muitas situações desagradáveis, com diferentes níveis de complexidade e comprometimento, podem ser evitadas quando as pessoas que cercam a criança que possui TDAH escolhem as melhores formas de agir. Na escola isso se torna muito pertinente, pois o comportamento da criança com TDAH pode acabar atrapalhando o andamento das atividades escolares.

Quando se tem conhecimento mais profundo sobre o transtorno e sobre as atividades complementares que sejam possíveis de desenvolver, estas podem ajudar a criança em seu processo de aprendizagem, pois a atuação pedagógica consideraria a realidade de que o ensino da mesma pode se tornar mais adequado e eficiente, bem como as relações entre os sujeitos, professores e colegas da criança, permitindo um processo mais eficaz e agradável (ELY, 2014, p. 20).

O presente artigo aprofundou em muitas questões consideradas importantes relacionadas ao TDAH, tais como: diagnóstico, tratamento, condutas adequadas e os papéis importantes dos envolvidos nesse cenário. De acordo com Desidério e Miyazaki (2007,

p.170), a escola tem por função a orientação que visa facilitar o convívio de crianças com TDAH com colegas e evitar o desinteresse pela escola e pelos estudos. Por vezes, os professores estão sobrecarregados com o atendimento de turmas tão grandes e, com isso pode ser difícil dar atenção especial para um aluno então, o caminho mais fácil acaba sendo mandá-lo para a direção.

Para Ely (2014, p. 22), “[...] grande parte do problema da falta de conhecimento sobre a doença e a adoção de métodos de ensino que viabilizem a aprendizagem destes alunos parece depender diretamente do professor/educador” (p. 22).

Diante destas questões, sabemos que no cenário escolar, o professor ocupa um papel fundamental que pode ser definidor na vida escolar do sujeito. É o professor que tem a possibilidade de ir conhecendo a criança aos poucos e lançar sobre a mesma um olhar individual no meio de tantas outras.

O que diferencia este profissional dos demais é que somente ele pode observar a criança na realidade em que a mesma está inserida e no trato que ela possui com seus colegas, com sua rotina e com as tarefas que lhes são destinadas (Ely, 2014, p.23).

O trabalho contou com informações importantes e pertinentes sobre a coesão entre escola e família no tratamento e no apoio para essas crianças, desde a manifestação do transtorno até o decorrer de seu tratamento. No entanto, após a leitura do estudo e sobre o tema abordado, ficam evidentes que ainda se fazem necessários muitos estudos sobre este tema. No mais, o texto foi bem escrito, com o tema e os objetivos bastante claros durante a leitura.

2 METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa e bibliográfica no formato de revisão da literatura integrativa em que “consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos” (RODGERS E KNAFL, 2000, p.231).

O propósito é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. De acordo com Whitmore e Knafl (2005), o termo “integrativa” tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método, ponto esse que evidencia o potencial para se construir a ciência.

Na identificação de fontes bibliográficas foram utilizados os mecanismos por busca manual e base de dados eletrônicos como SciELO (Scientific Eletronic Library Online), PEPsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e Google Acadêmico; e os seguintes descritores: TDAH; TCC; Criança; Família; Medicação; Tratamento e técnicas. Assim foi realizada a leitura integral de cada produção em prol da revisão integrativa.

3 RESULTADOS

A presente revisão de literatura é composta por 4 (quatro) estudos, sendo todos de publicações nacionais. Será apresentado no quadro a seguir.

3.1 Síntese descritiva dos estudos incluídos

Quadro 01: Síntese descritiva dos estudos incluídos que abordam o TDAH em crianças e a utilização da TCC no tratamento.

Autores/Ano	Objetivo	Tamanho da amostra e idade média	Problemática / Diagnóstico	Frequência da intervenção	Instrumentação	Resultado	Conclusão
ELY, Ana Paula F. (2014);	Avaliar a prevalência de TDAH na sua relação escolar de instituições de ensino da rede municipal de município de Porto Xavier/Rio Grande do Sul. Contribuir com a discussão acerca do TDAH e suas formas de manifestação, bem como os relacionamentos das crianças e portadores desta síndrome com seus familiares e comunidade escolar.	Participaram 6 escolas públicas; 219 alunos do primeiro ao quinto ano do ensino fundamental;	Número de alunos diagnosticados e/ou com suspeita de TDAH nas escolas utilizadas para a pesquisa. Visualizar qual a posição que a comunidade escolar toma frente a este problema.		Coleta de dados Consistirá em um questionário para os professores, direção e coordenação pedagógica das escolas.	Verificou a prevalência de 0,45 % da população total do estudo com diagnóstico de TDAH, e 9,13 % com suspeita de TDAH.	Evidencia-se a importância de proporcionar para professores e familiares, um maior conhecimento sobre esta patologia que vem ganhando grandes proporções a cada passo.
PEIXOTO, Ana Lúcia B; RODRIGUES, Maria M.P. (2008); Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental;	Este estudo teve como objetivo levantar os critérios de diagnóstico e de tratamento de crianças escolares com TDAH utilizados por profissionais da área de saúde mental que atuavam em consultórios privados na região da Grande Vitória /ES	Participaram 10 psicólogos e 10 psiquiatras e 10 neurologistas.			Entrevistas semiestruturadas, norteadas por um roteiro de entrevista;	Diagnóstico de TDAH baseava-se, principalmente, nas informações obtidas na consulta com os pais, sem adesão aparente aos critérios recomendados pela literatura especializada.	Mesmo na ausência de evidências que relacionem o uso de medicamentos à redução dos riscos de desenvolvimento de comorbidades e à melhora no desempenho acadêmico, os profissionais médicos participantes elegeram o tratamento farmacológico como forma mais eficaz no tratamento deste transtorno por um longo período de tempo.

Autores/Ano	Objetivo	Tamanho da amostra e idade média	Probleática/Diagnóstico	Frequência da intervenção	Instrumentação	Resultado	Conclusão
<p>BELLÉ, Andréa H.; CAMINHA, Renato M. (2005). Grupos Cognitivo Comportamental em Crianças com TDAH: Estudo de um Modelo Clínico;</p>	<p>Pesquisar sobre a eficácia da grupiterapia cognitivo comportamental em crianças com TDAH.</p>	<p>Participaram da pesquisa 20 (vinte) sujeitos do sexo masculino no entre oito e onze anos (M=9,35; d.p=1,39) portadores de TDAH tipo combinado.</p>	<p>Eficácia da grupiterapia cognitivo-comportamental em crianças com TDAH.</p>	<p>Os sujeitos foram avaliados antes e após a psicoterapia e (ou) antes e após o tempo experime ntal (no caso do grupo controle).</p>	<p>Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade de versão para professores (Benzcik, 2000); MTA (SNAP)- IV Aplicada com os pais e Protocolo para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade para pais.</p>	<p>Os resultados apontam para uma redução significativa dos sintomas do TDAH na escola e em casa. Observaram-se alterações positivas na percepção dos pais em relação aos filhos, nas estratégias de manejo comportamental utilizadas por estes e redução das queixas vindas da escola.</p>	<p>Grupiterapia cognitivo-comportamental demonstrou eficácia não somente na redução da maioria dos sintomas relacionados ao TDAH, mas também em Alterações positivas nas estratégias de manejo comportamental utilizada pelos pais.</p>
<p>MONTEIRO, Bárbara C. (2014); TDAH: Proposta de Tratamento Clínico para Crianças e Adolescentes Através da Terapia Cognitivo Comportamental</p>	<p>Este artigo visa, baseando-se na literatura existente, apresentar uma proposta de tratamento o clínico do TDAH a partir de referencial teórico da TCC.</p>		<p>Tratamento farmacológico do TDAH, o quanto ele é eficaz e o quanto ele pode prejudicar o indivíduo; e o quanto a TCC pode ajudar o indivíduo a manejar os sintomas desse transtorno.</p>			<p>Em crianças portadoras de TDAH, observou-se um aumento do comportamento atencional e do rendimento escolar, diminuição da atividade motora excessiva e melhora das interações sociais, diminuindo a rejeição dessas crianças. Já em relação aos pais e educadores, foi observada melhora da percepção dos adultos em relação ao comportamento geral da criança.</p>	<p>A TCC vem apresentando uma eficácia comprovada no TDAH. Existem vários estudos que comprovam que quando o paciente faz uso do tratamento combinado, ou seja, o tratamento terapêutico somado ao tratamento farmacológico, ele alcança maiores mudanças, e faz com que estas sejam mais consolidadas.</p>

Foram identificados nas pesquisas selecionadas eixos temáticos em comum em relação aos temas relacionados à: participação da escola e professores no tratamento do TDAH; aspectos que envolvem a medicação como forma de intervenção e a eficácia que a TCC apresenta no tratamento do TDAH em crianças.

Todos os estudos tratam aspectos que relaciona a participação da escola e dos professores como influência no tratamento das crianças como alunos(as) portadoras de TDAH. De acordo com Soraya Sena e Luciana Souza (2008, p.252), “o indivíduo com TDAH é portador de necessidades educativas e pedagógicas especiais, embora não seja portador de necessidades especiais (em geral)”. Os artigos acima trazem recomendações para pais e professores em que, dentro de suas atividades com as crianças e alunos é necessário considerar as dificuldades do portador em relação à organização mental, necessidade de planejamento e correção dos comportamentos adequados, aos qual influência no seu desempenho e tempo hábil de tarefas e deveres.

Outro ponto observado em respeito à escola e os profissionais educadores é a grande generalização sobre o TDAH, como a justificativa do fracasso escolar atribuído ao transtorno o que leva a rotulação dessas crianças como alunos- problemas dentro do contexto escolar. Outras formas de generalização são dos sintomas do TDAH, “em que muitas vezes se confunde a agitação própria da infância com um quadro de hiperatividade” (TOPAZEWSKI, 1999, p. 89).

De acordo com Barros (2002, p.42), a família também tem valor inestimável no tratamento, devem modificar seus hábitos, montar estratégias domésticas, como na hora das tarefas de casa. Discutir sobre a família foi outro eixo temático encontrado durante a análise dos artigos.

Tanto a família quanto a escola são referenciais que embasam o bom desempenho escolar, portanto, quanto melhor for o relacionamento entre estas duas instituições mais positivo será esse desempenho. Todavia, a participação da família na educação formal dos filhos precisa ser constante e consciente, pois a vida familiar e a vida escolar se complementam (PEREIRA; RÉBULI, 2018, p. 22).

O apoio dos pais se torna crucial no tratamento do TDAH com crianças, pois faz parte de um contexto funcional possibilitando o desenvolvimento do portador. O treinamento parental é uma intervenção eficaz para o tratamento dos sintomas do TDAH, embora seja dependente da adesão dos pais ao treinamento e da continuidade da sua implementação (TREACY *et al.*, 2005, p. 225). Ou seja, tem como objetivo capacitar os pais na utilização de técnicas propostas pelo psicoterapeuta em função de aumentar sua competência parental e melhorar a relação entre pais e filhos.

Outro eixo encontrado em comum é sobre aspectos da medicação como forma de tratamento. Foram encontrados nos artigos que diversos profissionais apenas reconhecem a medicalização como forma única de tratamento. Esses mesmos profissionais, sendo médicos psiquiatras e neurologistas citados na amostra da pesquisa, em relação a construção do diagnóstico, se baseavam-se principalmente na coleta de dados obtidos com os pais na anamnese ou entrevista inicial, sem adesão aparente da recomendação dos critérios informados pela literatura especializada.

De acordo com Polaczyk e Rohde (2014) o tratamento é multidisciplinar, ou seja, inclui múltiplas abordagens focadas em aspectos específicos do transtorno e do quadro clínico. Considera-se fundamental seguir um plano de tratamento específico para cada indivíduo e considerando a perspectiva longitudinal do transtorno.

São indicadas em grande parte dos casos as intervenções multidisciplinares (medicamento e psicoterapia e/ou treinamento de pais), “especialmente quando a resposta

medicamentosa é insuficiente ou os efeitos colaterais são insuportáveis” (PINHEIRO *et al.*, 2005, p. 960).

A eficácia e utilização da TCC no tratamento com crianças com TDAH setorna o último eixo relevante e fundamental observado em comum com os artigos analisados. De acordo com Benczik (2000), a fim de minimizar os prejuízos causados pelo TDAH, muitas formas de intervenção estão sendo estudadas aolongo dos últimos anos, sendo que, medicação e terapias cognitivo-comportamentais têm sido os métodos de tratamento mais investigados.

Segundo Copetti (2010), a terapia cognitivo-comportamental em grupo tem sido utilizada com crianças hiperativas. Essa modalidade – fugindo do padrão individual – demonstrou eficácia não somente na redução da maioria dos sintomas relacionados ao TDAH, mas apresentou alterações positivas nas estratégias demanejo comportamental utilizadas pelos pais, como as percepções que os pais possuem acerca dos filhos, e no contexto escolar a redução de queixas vindas da escola.

Quanto à redução dos sintomas relacionados aos problemas de aprendizagem e comportamentos sociais, “a maioria dos autores concorda que, na presença de comorbidades, as estratégias cognitivo-comportamentais costumam apresentar eficácia” (KNAPP E ROHD, 2002).

3.2 Técnicas recomendadas

A literatura é unânime em afirmar que o caminho é a intervenção multidisciplinar, de acordo com as obras de Topazewski (1999), Benczik, (2002) e Barros (2002). Logo, a participação da escola, profissionais da educação e família, novamente se demonstra como fator determinante a participação destes contextos tratamento.

De acordo com Simone Pletz Ribeiro (2014, p.132),

A família acaba tendo papel fundamental no reforçamento das técnicas aprendidas pela criança, para que ela possa aplicá-las em diversos contextos e efetivar mudanças em seus comportamentos (RIBEIRO, 2014, p.132).

Com base na leitura e análise dos artigos recomendamos três técnicas que se destacaram com a utilização da TCC como forma de tratamento funcional às crianças portadoras de TDHA: técnica de psicoeducação, autoinstrução e técnicas lúdicas.

A psicoeducação (CHIAVERINI, 2011, p. 236) é uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente sobre determinado processo ou contexto que está vivenciando. Segundo Knapp (2004), consiste em ensinar o modelo cognitivo para o paciente, como também ajudá-lo a identificar suas crenças e pensamentos automáticos, tanto para buscar identificar o que pensa a respeito de determinado assunto, quanto para esclarecer e legitimar sobre o que ele sente e sabe diante desses comportamentos e pensamentos.

Psicoeducar e preparar os pais e professores para seguirem como monitores/mediadores a incentivar as crianças no processo de mudança comportamental é necessário para promover o desenvolvimento cognitivo constante e consistente do paciente.

É fundamental ao processo que ela compreenda o porquê de apresentar dificuldades de atenção, impulsividade e outros problemas que a levam a fracassar frente às expectativas do ambiente. É importante ainda que ela aprenda noções básicas do TDAH para que possa identificar suas dificuldades diárias, além de compreender o conceito de diferenças individuais e do ritmo próprio que cada ser humano apresenta, entendendo que muitas crianças passam por essa mesma situação. Mas por outro lado, é preciso reforçar a criança que ela não deve usar o transtorno para justificar todos os seus comportamentos (Benczik,

2010, p. 54).

Consoante em que o princípio básico da TCC se baseia em que a cognição tem influencia sobre o controle de nossas ações e comportamentos, concerne que o indivíduo deve ter consciência que a maneira como age e se comporta pode afetar seu pensamento e suas emoções.

A técnica de autoinstrução citada pelos autores Lyszkowski e Rohde (2008), pode ajudar a modelar o comportamento, uma vez que o terapeuta serve de modelo para que o paciente possa treinar comportamentos assertivos em situações complexas. Esta técnica deve ser repetida diversas vezes e em várias situações para que o paciente possa internalizar os comportamentos adequados.

As técnicas lúdicas podem ser empregadas, pois mantém a compreensão que “o brinquedo é uma forma de entrar no mundo infantil e identificar suas cognições, emoções e comportamentos de acordo com o seu problema, além de permitir a expressão de sentimentos de tristeza, alegria e preocupações” (ZAFFARI, CHAVES, PICCOLOTO, 2011, p. 286). Essas técnicas são estratégias utilizadas como forma de adesão ao tratamento, por motivar a criança à ida à terapia, tornando um espaço mais confortável a recebê-la.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Terapia Cognitivo-Comportamental tem obtido reconhecimento como forma de terapia ao tratamento do TDAH em crianças. Por meio das pesquisas realizadas deste artigo, possibilitou conhecer a necessidade e relevância em discutir a prevalência de estudos, que valorizam o uso de medicamentos em detrimento da psicoterapia.

Diante da literatura revisada e artigos estudados, foram nítidos à observação que o contexto escolar, gestores e profissionais da educação, são fatores determinativos e exclusivos para a cooperação do processo e tratamento em crianças com TDAH. Porém, foram observados que a maioria dessas instituições não apresentaram preparos teóricos e instrumental, serviços referente à criação de planejamentos como forma de inclusão dessas crianças, ou o conhecimento de como conduzir uma hipótese diagnóstica de TDAH e muito menos aos portadores de TDAH.

É no início da fase escolar que a criança inicia sua participação e construção das relações sociais. Os pais e educadores são importantes aliados para a melhoria e qualidade de vida do paciente, e também dentro do atendimento psicoterapêutico. A possibilidade de ter um apoio, que reforce cognitivamente e comportamentalmente de forma funcional, os aspectos associados às funções executivas, às habilidades sociais e sintomas do TDAH, são fatores muito importantes dentro do tratamento em uma perspectiva multidimensional e multidisciplinar.

Consoante à complexidade do diagnóstico do TDAH citada e discutida pelos autores mencionados neste artigo, em que se recomenda aos profissionais especializados utilizarem em seu parecer clínico, a adesão íntegra estabelecida pela literatura especializada, a utilização dos critérios do DSM-V juntamente com informações obtidas junto aos pais e professores. A recomendação tem por objetivo conhecer e compreender o comportamento da criança em diferentes contextos, como o seu desenvolvimento e desempenho escolar, as relações sociais, familiares, autonomia e sua rotina diária.

Entre os avanços das pesquisas relacionadas ao TDAH, às formas de tratamentos e intervenções multidisciplinares, buscar o diálogo com a sociedade sobre o assunto se faz necessário. A abordagem psicológica e a TCC pode muito contribuir com os estudos em TDAH, ao possibilitar novas formas de leitura e ampliada cada vez mais o conhecimento sobre o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- BARROS, J.M.G. **Jogo infantil e hiperatividade**. Rio de Janeiro: Sprit, 2002.
- BELLE, Andressa Henke; CAMINHA, Renato Maiato. **Grupoterapia cognitivo-comportamental em crianças com TDAH: estudando um modelo clínico**. Rev. bras.ter. cogn. [online]. 2005, vol.1, n.2, pp. 103-114. ISSN 1808-5687. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-5687200500020011. Acessado em: 22/10/2020.
- BENCZIK, E. B. P. (2000). **Manual da escala de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: versão para professores**. São Paulo: Casa do Psicólogo. P. 110.
- BUNGE, E.; GOMAR, M.; MANDIL, J. **Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes: Aportes Técnicos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. P. 133.
- CHIAVERINI, Dulce Helena (organizadora) [et.al.] **Guia prático de matriciamento em saúde mental** [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.
- COPETTI, J. **Dificuldades de aprendizado. Manual para pais e professores**. Curitiba: Juruá, 2010.
- DESIDÉRIO, Rosimeire C.S. e MIYAZAKI, Maria Cristina de. **Os Transtornos de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família**. Psicol. Esc. Educ. 2007, vol.11, n.1, pp.165-176. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572007000100018>. Acessado em: 04/10/2020.
- ELY, Ana Paula F. 2014; **As Múltiplas Faces do TDAH e suas Implicações Frente ao Diagnóstico Prematuro de Crianças em Idade Escolar**. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande Do Sul – UNIJUÍ (RS). Pag, 1-31. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/2660/TCC%20ANA%20PAULA%20ELY%20FINALIZADO%20CORRETO.pdf?sequence=1&isAll> owed=y. Acessado em: 04/10/2020.
- KNAPP, P. & ROHDE, L. A. (2002). **Terapia Cognitivo-Comportamental no transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: manual do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed.
- KNAPP, P. (2003). **Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed.
- KNAPP, P. (2004). **Princípios fundamentais da terapia cognitiva**. Em Knapp, P. (org). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp 19-41). Porto Alegre: Artmed.
- KNAPP, P.; LYSZKOWSKI, L.; JOHANNPETER, J.; CARIM, D. & ROHDE, L. (2003). **Terapia cognitivo-comportamental no TDAH**. In L. Rohde & P. Mattos (Orgs.), *Princípios e práticas em TDAH* (pp. 183-197). Porto Alegre: Artmed.
- KNAPP, P.; ROHDE, L.A.; LYSZKOWSKI, L.; JOHANNPETER, J. **Terapia Cognitivo-Comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre: ARTMED, 2008.
- MALLOY-DINIZ L, FUENTES D, BORGES LEITE W, CORREA H, BECHARA A. **Impulsive behavior in adults with attention deficit/hyperactivity disorder: characterization of attentional, motor and cognitive impulsiveness**. J Int Neuropsychol Soc. 2007; p.13.

MONTEIRO, Bárbara C. **Proposta de Tratamento Clínico para Crianças e Adolescentes Através da Terapia Cognitivo-Comportamental**. Revista Saúde e Desenvolvimento Humano. 2014. UnilaSalle Editora.

PEIXOTO, Ana Lúcia Balbino e RODRIGUES, Maria Margarida Pereira. **Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental**. Aletheia [online]. 2008, n.28, pp. 91-103. ISSN 1413-0394. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200008, Acessado em: 22/10/2020.

PEREIRA, Jhessica B.; RÉBULI, Talita Ribeiro. **Escola Educação e Família: Entrelaçando o Processo de Ensino e Aprendizagem**. Faculdade Doctum de Pedagogia da Serra. 2018. P. 1-31. Disponível em: <https://cutt.ly/DhvxFI9>. Acessado em: 28/09/2020.

PINHEIRO, M.; CAMARGOS JR., W. & HAASE, V. (2005). **Treinamento de pais**. In: A. Hounie e W. Camargos Jr. (Orgs.), Manual Clínico do TDAH (pp. 942-966). BeloHorizonte: Editora Info.

POLANCZYK, G; ROHDE, L.A. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. In: HALPERN, R. (Ed.). Manual de pediatria do desenvolvimento e comportamento. Barueri: Manole; 2014.

RIBEIRO, Simone Pletz. **TCC e as funções executivas em crianças com TDAH**. Rev. bras.ter. cogn. [online]. 2016, vol.12, n.2, pp. 126-134. ISSN 1808-5687. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872016000200009 Acessado em: 01/10/2020.

RODGERS, BL, KNAFL, KA. Broome ME. **Integrative literature reviews for the development of concepts**. In: Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p.231-50.

ROHDE, L.A., & HALPERN, R.(2004). **Transtorno de Déficit de tenção/Hiperatividade atualização**. Jornal de Pediatria, 80, 61-70.

SENA, Soraya da Silva; SOUZA, Luciana Karine. **Desafios teóricos e metodológicos na pesquisa psicológica sobre TDAH Temas em Psicologia**, vol.16,núm. 2, diciembre, 2008, pp. 243-259 Sociedade Brasileira de Psicologia Ribeirão Preto, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751432008.pdf>. Acessado em: 17/09/2020.

TOPAZEWSKI, A. **Hiperatividade: como lidar?** São Paulo: Casa do Psicólogo,1999. P. 89.

TREACY, L.; TRIPP, G.; BARID, A. **Parent stress management training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)**. Behavior Therapy. v.36, n.3, p. 223-33, summer, 2005.

WHITEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. **The integrative review: updated methodology**. **Journal of Advanced Nursing**, 2005, v.52, n.5, p. 546-553, Blackwell Publishing Ltd. Disponível em: . Acesso em: 08 jun.2014.

ZAFFARI, N. T.; CHAVES, L. B., PICCOLOTO, L. B.. **Técnicas de terapia**

Cognitivo-Comportamental para crianças e adolescentes. In R, WAINNER, R.; PICCOLOTO, L. B.. Novas temáticas em terapia cognitiva. Porto Alegre: Sinopsys,2011, p. 281-297.

O amor patológico sob o olhar da Psicologia

Revisão Sistemática de Literatura²⁰

Pathological love under the look of Psychology: Systematic Review of Literature

RESUMO

Introdução ou contexto: As relações amorosas são parte constituinte do ser humano, sendo peça fundamental do seu desenvolvimento; porém, quando essas relações são experienciadas de maneira disfuncional podem acarretar enormes prejuízos a todos os envolvidos. Diante disso a psicologia tem se preocupado em entender as formas patológicas de amar, para então contribuir para o equilíbrio nas relações de amor. Objetivos: analisar o amor patológico sob o olhar da Psicologia; identificar características principais do Amor Patológico; analisar se as relações de apego na infância é uma adequada via para o entendimento e explicação da forma patológica de amar; identificar se a terapia é um dos tratamentos mais indicados para controlar os sintomas do amor patológico e verificar se indivíduos com baixa autoestima são mais propensos a desenvolver o amor patológico. Metodologia: revisão sistemática, cujo protocolo foi registrado no site de Registro Prospectivo Internacional de Revisões Sistemáticas – PROSPERO e foi Estruturada de acordo com as diretrizes da lista de Verificação Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analyses – PRISMA (2009). Resultados: foram utilizados 4 estudos, sendo quantitativos (estudo de caso, transversal e caso controle) e qualitativos, com adultos de ambos os sexos expostos a amor patológico. Conclusão: O amor patológico sob o olhar da Psicologia pode estar relacionado com os vínculos estabelecidos na infância, com a baixa autoestima e podem ser tratados com psicoterapia de qualquer abordagem. Registro de revisão sistemática: PROSPERO.

Descritores: Amor patológico, psicologia, dependência afetiva.

SUMMARY

Introduction or context: Love relationships are a constituent part of the human being, being a fundamental part of their development; However, when these relationships are experienced in a dysfunctional way, they can do enormous damage to everyone involved. In view of this, psychology has been concerned with understanding the pathological forms of love, and thus contributing to balance in love relationships. Objectives: to analyze pathological love from the perspective of Psychology; identify main characteristics of Pathological Love; analyze if attachment relationships in childhood is an adequate way to understand and explain the pathological way of loving; To identify whether therapy is one of the most appropriate treatments to control the symptoms of pathological love and to verify whether individuals with low self-esteem are more likely to develop pathological love. Methodology: Systematic review, the protocol of which was registered on the Prospective International Register of Systematic Reviews - PROSPERO website and was structured according to the guidelines of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Checklist - PRISMA (2009). Results: four studies were used: quantitative (case study, cross-sectional and control case) and qualitative studies with adults of both sexes exposed to pathological love. Conclusion: Pathological love from the perspective of psychology may be related to the bonds established in childhood, low self-esteem and can be treated with psychotherapy of any approach.

Systematic review record: PROSPERO.

Descriptors: Pathological love, psychology, affective dependence.

²⁰ Graceli Monteiro Rodrigues de Queiroz, Jaqueline Mendes Leal: discentes do Curso de Psicologia da Universo-Go. Dra. Janete Capel Hernandes.

1 INTRODUÇÃO OU CONTEXTO

1.1 Conceito de Amor

O amor é uma emoção, que deve possibilitar sensação de tranquilidade e estabilidade emocional, permitindo o acesso a uma relação feliz e saudável entre duas pessoas. Em relações consideradas saudáveis, ao existir alguma ameaça surge o ciúme como mecanismo de defesa para se proteger a relação, algo natural. (RIZO, 2008).

Aprende-se a buscar o amor e entende-se que ele é universal. O amor implica dar e receber, é necessário investimento para que se desenvolva de maneira adequada. A responsabilidade, o respeito, o cuidado e o conhecimento se apresentam como essenciais nesse processo. Uma parceria feliz envolve troca. (BOWBLY, 2002).

Fica evidente que toda pessoa em qualquer idade se desenvolve melhor quando está segura de ser amada, caso precise, saber que existe alguém para ajudá-la traz conforto, ter uma figura de ligação é de extrema importância. (BOWBLY, 2002).

1.2 Histórico do conceito

O Amor na idade média era entendido apenas no campo espiritual, devido ao poder que a igreja católica exercia naquela época, os gregos entendiam como a descida de Deus aos homens, este amor é chamado de amor Ágape (QUADROS, 2011). O amor ágape tem como característica a perfeição, completude, altruísmo, é algo incondicional. De acordo com Almeida (2005), em I João 4:8 “aquele que não ama não conhece a Deus, pois, Deus é amor”. Segundo a cultura judaica cristã o homem só chegaria à salvação graças a fé e o amor a si e ao próximo.

Até o século XII o amor pelo outro era inimaginável, surgiu, por meio de poetas e nobres a ideia do amor cortês, origem do amor romântico que todos esperam encontrar. No iluminismo, século XVIII, essa concepção de amor romântico sofrido era vista como uma insensatez. No século XVIII o período romântico é marcado pela sensibilidade, a partir de então surgiu a possibilidade de que amor e casamento andassem juntos. Com o aparecimento de recursos como telefone e automóveis, no século XX, os encontros não precisavam ser apenas em igrejas sob a vigilância dos pais; os jovens poderiam ter um pouco mais de liberdade, marcar encontros e ter passeios a sós. (LINS, 2017).

Quando se pensa na palavra romance, no geral associa-se às histórias de amor vivenciadas no cinema e novelas. Esse modelo de crenças é construído ao longo da história da humanidade, que se torna um guia e referencial de como se percebe, vivencia-se e comporta-se frente ao que é considerado amor. A associação entre dor e amor é tanta que se passa a medir a força do amor pela intensidade com que se sofre. Após o período da II Guerra Mundial, os jovens americanos, cansados da monotonia, fazem sua própria revolução cultural. A geração sexo, drogas e *rock and roll* dos anos 60 reafirmou essa liberdade por meio da popularização da pílula anticoncepcional. De 1960 a 1980 houve mais celebração ao sexo do que em qualquer outro período da história, mudando assim o conceito das relações. Na contemporaneidade, com as conquistas da suposta igualdade entre os sexos, é possível escolher o parceiro e a configuração da relação. (LINS, 2017)

Mesmo diante desse histórico, em que, ora o amor é exaltado, ora reprimido ou visto como loucura, ainda é apresentado como sinônimo de felicidade, a pessoa que não está vivendo um relacionamento é vista como incompleta e fracassada, pois, não tem com quem dividir suas conquistas e dificuldades. O que ocorre a partir disso é a busca desenfreada por um(a) companheiro(a), e a escolha pode ser precipitada. A conquista de um relacionamento amoroso é enxergada como o único caminho possível para a completude; de fato pode ser um dos caminhos, porém, não único ou o mais importante. O indivíduo tem muitas outras possibilidades de realização. (COLMAN, 2017).

Há ainda a crença de que o amor está ligado ao sofrimento, quem ama sofre, pois, o que vem fácil vai fácil; essas crenças alimentam o amor romântico, a luta ferrenha em busca do final feliz, onde tudo terá valido a pena, não importando o preço que foi pago. (COLMAN, 2017).

1.3 Principais teorias

Lee (*apud* VALÉRIO, 2014) utiliza as cores para falar sobre as relações. O autor considera que, assim como os olhos têm receptores para três cores, também temos três estilos de amor primários (*Eros, Ludus e Estorge*) e três estilos secundários: *Mania (Ludus + Eros)*, *Pragma (Ludus + Estorge)* e *Ágape (Eros + Estorge)*.

O amor *Eros* é marcado pela forte atração física, é o momento mais forte da paixão, pode ser linear na relação, aparecer em alguns períodos da vida a dois, ou até mesmo não existir. *Ludos*, segundo o dicionário significa jogo, remete à amizade, companheirismo na relação, algo prazeroso. Amor *Storge* é o mais saudável dos afetos, é um amor mais altruísta e bondoso, acontece especialmente com a família e entre seus membros, normalmente afeição de Pais aos filhos. (STENBERG, 1986).

Da combinação dos três tipos de amor citados acima, derivam os estilos secundários de amor. *Ludos* mais *storge* produz *pragma*, o amor lógico ou que valoriza as coisas que tem em comum, observa e analisa com cuidado antes de escolher o parceiro, olha muito a compatibilidade. *Eros* mais *storge* produz *ágape*, é um tipo de amor sem egoísmo, bondoso, caridoso, cheio de misericórdia. Seria o ideal do amor cristão, inclui o cuidado incondicional ao outro. *Eros* com *ludus* produz mania, o amor possessivo, obsessivo e dependente, em que o parceiro se sente forçado a atrair a atenção do parceiro de forma contínua, ciumenta e possessiva (MARTINS-SILVA, TRINDADE, SILVA JUNIOR, 2013).

Os estudos de Lee, mostraram que o amor *eros* e *ágape* são comuns em relacionamentos gratificantes e saudáveis, enquanto que a alta pontuação para *mania*, assim como *ludus* apresentam na maioria das vezes insatisfação na relação (VALÉRIO, 2014).

Sternberg (1986) apresenta a teoria triangular do amor no contexto das relações interpessoais, seus componentes são a intimidade, paixão e compromisso. A intimidade engloba os sentimentos de apego, proximidade e vínculo; a paixão engloba a atração sexual e o compromisso, é a decisão de ficar com uma pessoa.

1.4 Amor patológico

O dependente de amor, só se satisfaz na relação romântica; pode ser que essa relação nem exista de fato, mas apenas a fantasia já é suficiente para um comportamento obsessivo. Esse tipo de comportamento terá consequências negativas na vida do indivíduo, podendo produzir angústia, desespero, a si próprio e aos que estão à sua volta; família, parceiro e pessoas com quem mantém algum tipo de relação mais próxima. (LINO, 2009; FABENI *et al.*; 2016)

A dependência amorosa na idade adulta pode estar ligada às experiências afetivas prematuras, na maioria das vezes relacionada aos vínculos parentais quando criança. A intensidade do amor dependente se desenvolve geralmente na proporção da percepção das necessidades não satisfeitas na infância. (GUEDES e ASSUNÇÃO, 2006).

1.5 Tipos de amor patológico

O parceiro dependente sente necessidade de estar junto ao companheiro a todo o momento, como essa proximidade nem sempre é possível, sente-se triste, frustrado e solitário, iniciando então uma verdadeira perseguição em busca de atenção; o que pode ocasionar um afastamento da parte do outro, já que este se sente impossibilitado de suprir o parceiro na sua totalidade. Essa falta de responsividade causa no dependente profunda

raiva, pois, como presta cuidados excessivos ao parceiro, sente-se no direito de cobrá-lo no que se refere ao amor. Quem sofre de dependência afetiva carrega consigo aspectos como: necessidade de controlar, ajudar e apoiar seus companheiros de forma excessiva e até impertinente, perda de controle das atitudes e emoções, ciúmes exagerados, enorme sofrimento e imensurável tristeza. (PEIXOTO e HEILBORN, 2016; BUTION e WECHSLER, 2016).

Deixam de ser quem são, perdem a própria identidade por focarem apenas no outro. Amar demais significa ficar obcecado pelo parceiro e chamar isso de amor, mesmo que o outro influencie negativamente sua saúde e bem-estar. Mesmo estando insatisfeitos buscam incessantemente transformar seus relacionamentos amorosos no que fantasiam ser o ideal. (LIMA, 2015).

Além da compulsão e da obsessão, a rejeição e o abandono de quem ama demais chega a ser física, além de psíquica, comparando-se à relação do dependente químico, que se mantém em uma relação destrutiva para suprir uma falta. Quando se está amando é quando se sente mais indefeso contra o sofrimento, e nada se compara ao desespero de se perder o objeto amado. (FREUD, 1930; PEIXOTO e HEILBORN, 2016).

Diante dos efeitos apresentados, há possibilidade de pessoas dependentes afetivos desenvolverem outros transtornos, como TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) 300.3 (F42), Transtorno de Ansiedade 309.21 (F93.0), Transtornos Relacionados ao Sono 307.42 (F51.01), assim como Transtornos Depressivos 296.21 (F32), entre outros. (DSM-V, 2014).

O amor patológico não se restringe ao âmbito heterossexual, relações homoafetivas podem apresentar as mesmas características; porém, os casais homossexuais tendem a negar a existência de problemas no relacionamento. Entre a comunidade homossexual percebe-se um pacto de silêncio, por medo de preconceito e discriminação, além do receio de enfraquecer a luta por direitos iguais, dificultando a procura por ajuda. (AVENA, 2010).

Em casos de violência doméstica em casais homoafetivos, a lei Maria da Penha trabalha com o princípio da igualdade, ou seja, o conceito de família foi ampliado, não importando se a família é formada por heterossexuais ou homossexuais, o que está em questão é a entidade familiar. Apesar de não se apresentar como fato comum, é importante ressaltar que a violência também ocorre da mulher contra o homem, estando este também amparado pela lei. (BRASIL, 2006).

1.6 Fatores que podem desencadear o amor patológico

Amar é vincular-se ao ser amado. No entanto, o vínculo que une um homem e uma mulher é extremamente complexo. (SANTOS, 2017)

O termo vínculo, na teoria psicanalítica é utilizado para relações intersubjetivas, que possuem reciprocidade, servindo para a relação entre mãe e bebê, assim como para todas as relações que o indivíduo precisa para viver. (VAZ e MÁRCIA, 2014).

O bebê nasce com certo número de sistemas comportamentais, alguns sistemas pré dispostos a serem ativados e outros a serem finalizados por outros estímulos, que podem fortalecer ou enfraquecer, durante os primeiros anos de vida, a criança constrói os modelos funcionais de seus pais, e esses modelos se tornam estruturas cognitivas influentes; que, por serem habituais, generalizados e bastante inconscientes persistem em um modelo de certa forma cristalizado, e quando adulto interage com as pessoas baseado nesse modelo adquirido na infância. (BOWLBY, 2002)

As necessidades de algumas crianças nem sempre são atendidas, e algumas invertem os papéis, na busca por aceitação e reconhecimento passam a assumir o cuidado com os pais. Muitas dessas crianças mostram-se autoconfiantes e controlam os seus sentimentos,

empenhando-se por desenvolver competências e qualidades que as dará a elas a ilusão de independência. “Se o tratamento inicial de uma criança lhe ensina que é má, incapaz, sem valor e indigna de amor, ela encontrará meios de desenvolver sua vida para confirmar essa opinião” (FORWARD 1989 *apud* BOSCARDIN & KRISTENSEN, 2011).

Na obra “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, fala-se sobre a repetição nas relações, momento em que o indivíduo tende a reviver a felicidade do desejo edípiano como um reencontro com o objeto proibido. Quando as relações de apego na infância não aconteceram de forma saudável, pode-se então, surgir patologias acerca do amor na idade adulta. (FREUD, 1905).

O complexo de Édipo, ou a sua resolução é peça fundamental e fundante para a estruturação da personalidade. De acordo com sua elaboração o indivíduo poderá amar de maneira equilibrada ou de maneira patológica. Um dos conceitos do complexo de Édipo é o verbete de Laplanche e Pontalis (1992, p. 77) que o caracteriza como um:

Conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais. Sob a sua forma dita positiva, o complexo apresenta-se como na história de Édipo-Rei: desejo da morte do rival que é a personagem do mesmo sexo e desejo sexual pela personagem do sexo oposto. Sob a sua forma negativa, apresenta-se de modo inverso: amor pelo progenitor do mesmo sexo e ódio ciumento ao progenitor do sexo oposto. Na realidade, essas duas formas encontram-se em graus diversos na chamada forma completa do complexo de Édipo. Segundo Freud, o apogeu do complexo de Édipo é vivido entre os três e os cinco anos, durante a fase fálica; o seu declínio marca a entrada no período de latência. É revivido na puberdade e é superado com maior ou menor êxito num tipo especial de escolha de objeto. O complexo de Édipo desempenha papel fundamental na estruturação da personalidade e na orientação do desejo humano. Para os psicanalistas, ele é o principal eixo de referência da psicopatologia.

A associação entre o saber psicanalítico e a história de Édipo é antiga, e auxilia no entendimento das instabilidades do psiquismo humano. (SOUZA, 2006).

Melanie Klein (1984) apresenta o conceito de seio bom e seio mau, que seria o seio ausente ou o seio internalizado pelo bebê. A partir do desmame a criança pode introjetar o seio da mãe como bom, ou seja, quando possui o objeto; ou mau quando não tem as suas necessidades básicas atendidas. Através dessa identificação com o seio, a criança poderá desenvolver relações saudáveis ou patológicas com os objetos que usará para substituir esse seio durante a formação da personalidade.

Winnicott (*apud* LEJARRAGA, 2012) aponta como um dos pontos principais da sua teoria a mãe suficientemente boa, e a mãe insuficientemente boa. A mãe suficientemente boa é o bastante para que o bebê possa conviver com ela sem prejuízo para sua saúde psíquica, e capaz de atender às suas necessidades de forma natural, permitindo seu desenvolvimento saudável. A mãe insuficientemente boa fala de uma mãe, em termos gerais, que não consegue se identificar com as necessidades do filho, podendo ser negligente, de modo que o filho não pode confiar nela; podendo ser comportamentos de uma mãe real ou por uma situação em que os cuidados a essa criança são distribuídos a diversas pessoas. A criança tem a experiência da complexidade dos cuidados que lhe são prestados, e não da simplicidade que seria desejável. (NASIO, 1995; DUARTE, 2012).

Essas teorias, mesmo sendo diferentes, todas concluem que, para que haja um desenvolvimento adequado, é necessário que as crianças se sintam seguras e protegidas, o que influenciará no desempenho satisfatório das atividades e das relações futuras. O ser humano necessita que algumas de suas necessidades básicas sejam supridas. Pode-se destacar: vínculos seguros com outros indivíduos; autonomia; competência e sentido de

liberdade; liberdade de se expressar; necessidades e emoções válidas como: lazer, espontaneidade; limites e autocontrole (YOUNG, 2003).

Se estas necessidades não são atendidas pode desencadear um perfil de comportamento obsessivo, o indivíduo precisa gerenciar a própria vida sem dependência, não se pode viver apenas em função do outro, amar demais tem como resposta quase certa o sofrimento. A autoestima nestas pessoas está tão baixa que não se enxergam como merecedoras do amor, mas ainda assim, amam, sem reciprocidade. (BOSCARDIN e KRISTENSEN, 2011).

Freud (1905), em “Três ensaios sobre a sexualidade” afirma que as fixações infantis da libido e a tendência à regressão para pontos de fixação da organização pré-genital, como a oral e anal, junto ao complexo de Édipo podem determinar o tipo de personalidade na vida adulta.

Indivíduos com Transtorno de Personalidade *Borderline* 301.83 (DSM-V, 2014), podem ser mais susceptíveis a desenvolver amor patológico, pois, têm como característica principal padrão difuso de instabilidade nas relações interpessoais, da autoimagem, dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos. Os mesmostentam de tudo para evitar abandono real ou imaginado. A percepção de uma separação ou rejeição iminente ou a perda de estrutura externa podem levar a transformações significativas na forma do indivíduo se enxergar, no afeto, na cognição e no comportamento. Os *borderlines* exigem constantemente a atenção do parceiro e necessitam desse amor para preencher a sensação crônica de vazio e legitimar a sua própria existência. (SILVA, 2018, p. 116).

As relações amorosas dos *borderlines* são marcadas por conflitos e autodestruição, possuem um ego infantil e temperamental que não aceita separação, ausência e o vazio, e lidam com essa situação com desespero, angústia e muita impulsividade, diante da forma complicada de se relacionar os *borderlines* sempre terão várias histórias de amor para contar, nunca monótonas ou duradouras. (SILVA, 2018)

O Transtorno de Personalidade Dependente 301.6 (DSM-V, 2014), também pode ser um fator facilitador para o desenvolvimento de amor patológico, pelo fato do indivíduo sentir intensa necessidade de cuidar e de ser cuidado, o que leva a comportamento de submissão e apego em diversos contextos, indo a extremos para obter carinho e apoio dos outros, além de sentir-se desamparado quando sozinho, devido a temores exagerados de ser incapaz de se cuidar sozinho.

1.7 Autoestima

Os elementos básicos de uma relação saudável são amar a si, a capacidade de amar os outros e amar a vida, ou seja, possuir uma boa autoestima. Quando isso não ocorre, a dependência pode aparecer; ou seja, quando o indivíduo tem baixa autoestima, dificuldade de amar os outros ou de amar a vida, ele está mais vulnerável a se tornar um dependente amoroso. (LINO, 2009)

A autoestima, é um conjunto de sentimentos e de pensamentos que o indivíduo tem acerca do seu próprio valor, autoimagem, autoconceito e autopercepção, competência e adequação, que perduram durante o desenvolvimento, tornando-se cada vez mais complexo, refletindo-se numa atitude positiva ou negativa em relação a si mesma. A autoestima baixa geram no indivíduo sensação de fracasso, impotência, medo de enfrentar desafios e dificuldades em lidar com o novo, além de completa desvalorização de si, ocasionando baixa autoconfiança e prejudicando os relacionamentos interpessoais. Esses indivíduos geralmente se escondem atrás de uma falsa autoestima elevada, utilizada como mecanismo de defesa, um falso eu. (GUINDON, 2010 *apud* VALÉRIO, 2014).

A autoestima é um fator determinante na escolha amorosa, podendo influenciar por qual perfil de parceiro se interessa ou não. Quanto maior estiver a autoestima, o padrão de escolha será mais elevado, ou seja, a pessoa será mais seletiva, menos propensa às relações patológicas. (SILVA e MARINHO, 1998).

1.8 Intervenções psicológicas

Percebe-se que esse tipo de comportamento é construído ao longo da vida, por meio das experiências vivenciadas na relação com os outros, diante da percepção do sofrimento, o indivíduo pode, através de tratamento ter uma melhor condição de viver e se relacionar, enxergando sua realidade, se vendo como realmente é, e ressignificando o amor. Os tratamentos podem ser terapêuticos, sendo individual ou em grupo. No tratamento individual, independente da abordagem é indicado um acolhimento e uma anamnese detalhada do paciente, exame psíquico e em casos mais graves, o encaminhamento para que a medicação seja inserida no tratamento. (MIRANDA e FAVERET, 2011).

Um exemplo de tratamento em grupo é o MADA (Mulheres que Amam Demais), o grupo tem reuniões que propõe ações baseadas com as do programa dos 12 passos, utilizados pelo AA (Alcoólicos Anônimos). Nessas reuniões são compartilhadas experiências; as mulheres se sentem acolhidas e ganham força para que a mudança aconteça, através da fala tem condições de pensar sobre seus padrões comportamentais e sobre as possibilidades de mudar, entendendo, que para que isso aconteça é necessário que abra mão do controle sobre o outro, entendendo que se é livre para tomar decisões e assumir as escolhas. (ALMEIDA, 2005; PROCOPIO, 2007).

O Objetivo geral é analisar o amor patológico sob o olhar da Psicologia e os objetivos específicos são identificar características principais do Amor Patológico, Analisar se as relações de apego na infância é uma adequada via para o entendimento e explicação da forma patológica de amar. Verificar se indivíduos com baixa autoestima são mais propensos a desenvolver o amor patológico. Identificar se a terapia é o tratamento mais indicado para controlar os sintomas do amor patológico.

2 MÉTODOS

Revisão sistemática, cujo protocolo está registrado no site de Registro Prospectivo Internacional de Revisões Sistemáticas – PROSPERO.

Estruturada de acordo com as diretrizes da lista de *Verificação Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analyses* – PRISMA (2009) [conforme anexo 1].

2.1 Critérios de elegibilidade

Estudos selecionados de acordo com os critérios:

2.1.1 Participantes (*Population*): Adultos de ambos os sexos

2.1.2 Intervenção ou Exposição (*Intervention or Exposure*): expostos a amor patológico

2.1.3 Comparação ou grupo controle (*Comparison or control group*): com ou sem grupo Controle

2.1.4 Resultados (*Outcomes*): características de amor patológico e como é visto pela psicologia.

2.1.5 Desenho do estudo (*Study design*): Quantitativo (coorte, transversal, caso controle e qualitativos)

2.2 Estratégia de busca

As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC), *Pubmed Central* (PMC), repositórios da Universidade de Brasília (UNB), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), e ao finalizar as pesquisas em cada

base, as referências duplicadas serão excluídas.

Para garantir a saturação da literatura, foram analisadas listas de referências de estudos incluídos ou revisões relevantes identificadas por meio de pesquisa manual. Não houve busca em literatura cinzenta em função da heterogeneidade e dificuldade de identificação, extração, síntese e gerenciamento deste tipo de literatura.

Utilizou-se na estratégia de busca as seguintes palavras-chave e descritores:
Amor patológico, psicologia, dependência afetiva;

A busca foi realizada de acordo com as orientações de cada base de dados, biblioteca ou portal de periódicos conforme está na estratégia de busca que consta na Tabela 1.

Tabela 1 – Estratégia de busca

Base de Dados	Descritores – Inglês, Português, espanhol	Resultados
PUB MED	<i>pathological love, psychology, affective dependence</i> ; Amor patológico, psicología, dependência afetiva; El amor patológico, la psicología, dependencia afectiva	7
BVS	<i>pathological love, psychology, affective dependence</i> ; Amor patológico, psicología, dependência afetiva; El amor patológico, la psicología, dependencia afectiva	1
Portal CAPES	<i>pathological love, psychology, affective dependence</i> ; Amor patológico, psicología, dependência afetiva; El amor patológico, la psicología, dependencia afectiva	263
SciELO	<i>pathological love, psychology, affective dependence</i> ; Amor patológico, psicología, dependência afetiva; El amor patológico, la psicología, dependencia afectiva	0
Cochrane Library	<i>pathological love, psychology, affective dependence</i> ; Amor patológico, psicología, dependência afetiva; El amor patológico, la psicología, dependencia afectiva	0
TOTAL		271

Scientific Electronic Library Online (SciELO); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES

2.3 Seleção e extração dos dados

Dois pesquisadoras vão realizar a busca e selecionarem os estudos de forma independente, com a utilização de um *software* específico de gerenciamento de referências (*EndNote Web*).

A seleção ocorrerá em quatro fases e após cada uma delas, as pesquisadoras verificarão inclusões e exclusões, buscando consenso entre os resultados; se for necessária haverá a atuação de um revisor para resolver divergências.

Na fase 1 (Identificação), será realizada a busca dos estudos e será verificado por meio do *software EndNote*, quais são os duplicados e serão removidos; na fase 2 (Triagem), será feita a leitura dos títulos e dos resumos dos artigos e serão aplicados os critérios de exclusão; na fase 3 (Elegibilidade), será feita a busca manual e leitura dos artigos completos, com a seleção dos que atenderem a todos os critérios de elegibilidade (Participantes, Intervenção, Comparação, Resultados, Desenho do estudo); na fase 4 (Inclusão), será construída uma tabela com identificação, objetivos, método, resultados e conclusões com posterior síntese qualitativa dos estudos.

Nenhum dos autores da revisão será cego aos títulos das revistas ou nomes dos autores ou das instituições financiadoras ou apoiadoras das pesquisas. Será desenvolvido um

Diagrama de fluxo (modelo PRISMA) que contém as fases de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão com quantidades e uma declaração explicativa dos motivos de exclusão dos artigos, conforme Figura. 1 que estará na seção dos resultados.

2.4 Risco de viés (*Risk of Bias - RoB*)

A análise de risco de viés, foi feita em 2019-02, com os instrumentos de avaliação do Instituto Joana Briggs de acordo com o tipo de estudo, conforme o anexo 2.

2.5 Síntese das evidências

A leitura dos artigos completos possibilitou verificar que os estudos são heterogêneos e que não era possível realizar meta-análise.

Foi elaborada uma síntese descritiva na Tabela 2 com informações contendo o objetivo, o método, os resultados e as conclusões dos estudos selecionados, com posterior análise qualitativa dos mesmos e análise.

3 RESULTADOS

3.1 Seleção dos estudos

Identificou-se inicialmente 271 registros nas bases de dados.

Houve a exclusão de 142 duplicados, ficando 129 para a próxima fase.

Na fase de leitura dos títulos foram excluídos 107 na leitura dos resumos por não atenderem aos critérios de inclusão, ficando 22 registros.

Foram encontrados dois registros na busca manual, totalizando para leitura do texto completo.

Com a leitura dos estudos completos, foram excluídos 20 registros por não atenderem os critérios estabelecidos, como atualidade (artigos publicados nos últimos 10 anos), originalidade e possuir pesquisa.

Foram selecionados 4 estudos para síntese qualitativa dos dados, conforme Fig. 1.

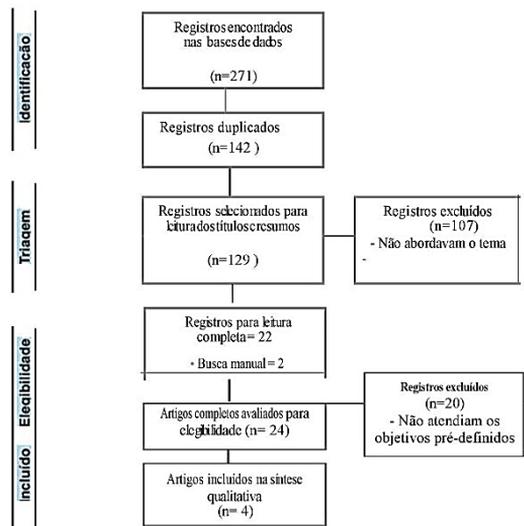


Fig. 1 • Diagrama de fluxo (PRISMA)

3.2 Síntese descritiva dos estudos incluídos

Tabela 2 Síntese descritiva dos estudos incluídos

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Tamanho da amostra / Idade Média	Método		Resultados	Conclusão
			Problemática ou Diagnóstico/ Tipo de intervenção	Frequência da intervenção		
CARVALHO , F. R. 2014 Estudo Qualitativo Brasil	Entender como se dá a construção social da identidade MADA, e as normas reguladoras sobre os gêneros, sexualidade e amor a partir do grupo MADA.	3 mulheres MADA	Amor patológico/ não se aplica	Não se aplica	Roteiro de entrevista	O MADA é utilizado como recurso terapêutico , de inserção social e apoio. Conclui-se que a construção da identidade MADA sofre grande influência da concepção de amor hebraica e da filosofia grega

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método			Instrumentos	Resultados	Conclusão
		Tamanho da amostra / Idade Média	Problemática ou Diagnóstico/ Tipo de intervenção	Frequência da intervenção			
SANTOS, E. S. R. 2017. Estudo de caso, longitudinal Portugal.	Explorar a forma patológica de amar	Um participante, de 34 anos, masculino.	Borderline. / Acompanhamento psicológico, em consulta individual. Psicoterapia Individual de base psicodinâmica.	De 23 de outubro de 2015 a 28 de julho de 2016. 2 vezes por semana total de 57 sessões de 50 min cada.	Instrumentos - Entrevista não-Diretiva Intervenção psicológica em consulta individual O método projetivo de Rorschach. O Thematic Apperception test (T.A.T.) Procedimentos de investigação Primeiro contacto A entrevista e o estabelecimento de uma aliança terapêutica Aplicações de Instrumentos de Avaliação psicológica	O participante teve uma melhora significativa, regressou ao trabalho, destaca que se sente melhor, tem uma rotina diária novamente, está mais ligado, está se relacionando melhor. Afirma estar diferente, não estar mais explosivo como anteriormente.	Houve uma aproximação ao conceito de vínculo tanzaliano, de Zimerman, que está fundamentada na relação de dar e tirar entre pais e a criança, e por meio dessas falhas vinciadas e internalizadas, mesmo que a nível inconsciente, pode ser a marca principal na escolha do objeto amoroso na adultez. No que respeita à prática clínica do psicólogo e deverá atender as falhas que o paciente tem ao nível de Self.

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método			Instrumentos	Resultados	Conclusão
		Tamanho da amostra /Idade Média	Problemática ou Diagnóstico/Tipo de intervenção	Frequência da intervenção			
SOPHIA, E. C. 2008. Caso Controle Brasil	Compreender os Aspectos clínicos e de personalidade associados ao amor patológico	89 sujeitos, sendo dois grupos. Amor patológico 50, Aprofundou-se no estudo de 3 participantes, duas mulheres um de 42, outra de 33, e um homem de 41 anos.	Aspectos clínicos e de personali- dade associados ao amor patológico.	Não se aplica	Escalas de auto-preenchimento. Dados Sócio- demográficos. Inventário de Depressão de Back. Inventário de Ansiedade Traço Estado. Escala de Impulsividade de Barratt, versão 11. Inventário de Temperamento e caráter. Escala de avaliação de relacionamento. Escala de atitudes de amor-relacionamento adaptada. Escala de Atitudes de amor. Tipos de Apego do adulto. Mini entrevista Neuropsiquiátrica internacional. Análise estatística	Indivíduos com AP e saudáveis são semelhantes na maior parte das variáveis sócio-demográficas, a maioria é do sexo feminino. Indivíduos com AP e saudáveis diferem em relação a idade, eram mais velhos mais educados e maior proporção de altos executivos os com AP.	O AP pode se manifestar isolado ou ligado a quadros psiquiátricos, e alto grau de impulsividade. Está associado ao estilo de amor Mania e Ágape. O Tipo de apego Ansioso- Ambivalente também é característica desse indivíduo, atingindo ambos os sexos, pois os dois persistem em relacionamentos amorosos insatisfatórios.

Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	Método				Resultados	Conclusão
		Tamanho da amostra / Idade Média	Problemática ou Diagnóstico/ Tipo de Intervenção	Frequência da intervenção	Instrumentos		
VALÉRIO, J.A. S.2014. Dissertação de Mestrado Quantitativo transversal Portugal	Perceber se o nível de auto-estima do indivíduo interfere na escolha do objeto amoroso, tendo em conta a existência de três tipos de relacionamento amoroso: submisso-idealizador, eufórico-idealizante e evitante-desnarcisante, visando uma ligação ao outro demodo a preencher as falhas ou fragilidades sentidas ao nível do Self.	180 participantes. 144 (80%) sexo masculino. 36 (20%) sexo feminino. Destes participantes 100 (55,6%) estavam em uma relação amorosa e 80 pessoas (44,4%) não estavam em uma relação amorosa. Idade média: 20,12. Idade mais frequente: 19 anos.	Relação entre auto estima e os 3 tipos de relacionamento amoroso		Aplicação de três métodos de aferição, sendo estes: Rosenberg Self- Esteem Scale (RSES); escala de necessidades de objetos do self (SONI); inventário de tipos de relacionamento amoroso (TTRA)	Confirmam estudos anteriores, a auto-estima de um indivíduo pode influenciar a escolha amorosa	Todos os indivíduos tem sede de amor, no entanto, a descrença existe por vezes em relação ao amor ou desconhecimento deste a estraga-la ou nunca a conquistar. Aplicação de três métodos de aferição, sendo estes: Rosenberg Self- Esteem Scale (RSES); escala de necessidades de objetos do self (SONI); inventário de tipos de relacionamento amoroso (TTRA)

No Artigo 1 (CARVALHO, 2014) da tabela 2, a ambivalência é a marca do amor no século XXI, oscilando entre a felicidade e o sofrimento. A identidade mada é considerada loucura, pois estas mulheres “escolhem” sofrer, ao permanecer em relacionamentos que causam prejuízos. A submissão da mulher mada muitas vezes é vista como escolha e não como resultado da relação de poder entre homens e mulheres.

Mesmo não sendo o objetivo do trabalho, Se discute até que ponto o MADA (mulheres que amam demais) é benéfico, e até que ponto marginaliza, rotula ainda mais a mulher.

Neste artigo, faz-se uma relação entre a tradição hebraica que tem como marca principal a submissão, e as mulheres mada, nos dias de hoje. O amor ocidental também recebeu influência da filosofia grega, na qual o amor é visto como algo elevado, belo, e que busca sempre uma completude de si.

O artigo 2 (SANTOS, 2017) descreve um caso que o paciente tem uma patologia a nível vincular, consequência do tipo de apego desenvolvido na infância, uma relação profundamente desajustada com os pais, demonstra uma grande angustia de separação. Os pais ao reproduzirem um ambiente hostil, enclausuram-no a uma estrutura psíquica narcísica. Nesse sentido iniciou uso de substâncias para suprir o vazio que sentia. Assim, a ex companheira é uma projeção da própria imagem, sendo impossível vê-la como objeto de desejo, já que está é colocado no lugar de objeto anti angústia. Por demonstrar uma idealização (e desvalorização) primitiva por meio dos seus anseios profundos por um prestador de cuidados, configura-se assim um vínculo tantalizante. Quando a relação instala-se num círculo de dependência ocorre uma dominação e submissão concomitante entre o casal. No vínculo tantalizante, o objeto de amor não é nada mais que um espelho, onde procura-se uma imagem do que já se perdeu.

O paciente recebeu diagnóstico de personalidade Borderline. Neste artigo o vínculo tantalizante se apresenta como uma das vias de compreensão do desenvolvimento humano, em que existe relação amorosa entre duas pessoas.

No artigo 3 (SOPHIA, 2008) o AP ainda não é reconhecido como transtorno psiquiátrico, e sim tratado como uma condição. O presente estudo traz três casos clínicos para melhor compreensão de como funciona o AP nos indivíduos em sofrimento, porém, foca na comparação de dois grupos, sendo um de pessoas saudáveis quanto a forma de amar, outro com AP, seguindo critérios pré-estabelecidos. Preocupa-se também em caracterizar o amor patológico.

Com intuito de evitar interferência da pesquisadora a coleta de dados foi feita em sua maior parte com instrumentos de auto-preenchimento.

No artigo 4 (VALÉRIO, 2014) o autor descreve três tipos de personalidade em pessoas com AP. São elas: submisso idealizador, eufórico idealizante e evitante-desnarcisante.

Os três tipos são marcados por falhas na qualidade das primeiras relações, e está intimamente ligado na escolha e na relação do objeto amoroso na vida adulta. Segundo a pesquisa feita com 180 adultos emergente, confirma-se que a escolha do objeto amoroso revela uma captura narcísica, e a autoestima funciona como crivo do tipo de pessoa e relação que atrai ou não o indivíduo.

2.5 Avaliação do risco de viés

A avaliação do risco de viés foi feita com a utilização de instrumentos do Instituto Joana Briggs, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Instrumento de avaliação de risco de viés (Joana Briggs)

Estudo/ Questões	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	%S
CARVALHO, F.R. 2014 Estudo qualitativo, Brasil	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	90
SANTOS, E. S. R. 2017. Estudo de caso, longitudinal, Portugal	S	S	S	S	S	S	N	S			87,5
SOPHIA, E. C. 2008. Caso Controle Brasil	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	100
VALÉRIO, J.A. S. 2014. Dissertação de Mestrado Quantitativo transversal Portugal	S	S	N	N	S	S	S	S			100

Legenda: S=Sim; N=Não; NC= Não está claro; NA= Não se aplica

Os artigos da Tabela 2 apresentam baixo índice de risco de viés pois possuem mais opções voltadas para o SIM do que para o NÃO, o que significa que podem ser considerados de boa ou alta qualidade, o que reforça as conclusões dessa revisão sistemática.

4 DISCUSSÃO

A dependência amorosa na idade adulta pode estar ligada a experiência afetiva prematura, na maioria das vezes relacionada aos vínculos parentais quando criança (GUEDES e ASSUNÇÃO, 2006). No mesmo sentido teórico, Valério (2014) da tabela 2, afirma que a qualidade da vinculação da criança, é fundamental para o bom desenvolvimento das relações íntimas na vida adulta.

O bebê nasce com certo número de sistemas comportamentais, alguns sistemas pré-dispostos a serem ativados e outros a serem finalizados por outros estímulos. Esses modelos se tornam estruturas cognitivas influentes; que, por serem habituais generalizados e bastante inconscientes persistem em um modelo de certa forma cristalizado, e quando adulto interage com as pessoas baseado nesse modelo adquirido na infância. (BOWLBY, 2002).

O vínculo patológico tantalizante de acordo com Zimerman (2010 *apud* SANTOS, 2017) da tabela 2, está fundamentado na relação de dar e tirar entre pais e a criança, e por meio dessas falhas vivenciadas e internalizadas mesmo que a nível inconsciente, pode ser a marca principal da escolha do objeto amoroso na adultez.

Compreende-se que todos os autores citados na tabela 2 e no referencial teórico concordam que os vínculos na infância são de grande influência na forma de se relacionar amorosamente na vida adulta.

O ser humano é um ser de contato, quanto não está bem consigo mesmo, com os outros e com o mundo a dependência pode aparecer, decorrente da baixa autoestima; ou seja, o indivíduo com baixa autoestima, está mais vulnerável a se tornar um dependente amoroso. (LINO, 2009).

Da mesma maneira Silva e Marinho (1998) reiteram que a autoestima é um fator determinante na escolha amorosa, podendo influenciar por qual perfil de parceiro se interessa ou não. Quanto maior a autoestima, o padrão de escolha será mais elevado, ou seja, a pessoa será mais seletiva, menos propensa a relações patológicas.

No mesmo sentido dos autores citados acima, Sophia (2010), da tabela 2, afirma que a falta de confiança é uma das características do AP que pode ser decorrente da baixa

autoestima. Santos (2017), da tabela 2, igualmente está de acordo pois afirma que quando a autoestima está reduzida os relacionamentos poderão se fragmentar, devido ao receio de falhar.

O indivíduo pode, por meio de tratamento psicológico ter uma melhor condição de viver e se relacionar, enxergando sua realidade, se vendo como realmente é, e ressignificando o amor. Os tratamentos podem ser terapêuticos, sendo individual ou em grupo. No tratamento individual, independente da abordagem é indicado um acolhimento e uma *anamnese* detalhada do paciente, exame psíquico e em casos mais graves, o encaminhamento para que a medicação seja inserida no tratamento. (MIRANDA e FAVERET, 2011).

O MADA mostra-se como recurso terapêutico de grupo, usando técnicas parecidas como a dos alcoólicos anônimos, onde é possível compartilhar histórias, sentir-se acolhida, pertencente, o que fortalece a mulher

a sair da situação de sofrimento. Segundo Carvalho (2014), da tabela 2, o grupo tem se mostrado eficiente, pois ao ouvir as mulheres mada, percebe uma boa evolução, melhora dos sintomas, e até mesmo abandonam essa condição patológica de amor.

O estudo de caso apresentado por Santos (2017), da tabela 2, também comprova a eficácia da intervenção psicológica, nesse caso, terapia individual. Com o acompanhamento, foi possível traçar um diagnóstico e o paciente teve uma melhora significativa.

Embora não faça parte dos objetivos deste estudo, Santos (2017) alega que o amor patológico pode ser desenvolvido igualmente tanto por homens como por mulheres. Segundo Sophia (2008) e Carvalho (2014) a população feminina é mais propensa a apresentar o amor patológico, por considerarem o relacionamento amoroso uma prioridade, acreditando que um parceiro trará significado às suas vidas.

5 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

Os pontos fortes desta pesquisa é o fato de ser uma revisão sistemática, possuir estudos internacionais e ter sido feita em várias bases de dados. Limitações; foram encontrados poucos estudos abordando o tema.

CONCLUSÃO

O amor patológico sob o olhar da Psicologia pode estar relacionado aos vínculos estabelecidos na infância, com a baixa auto estima e podem ser tratados com psicoterapia de qualquer abordagem, assim como a prática de psicoeducação, com o intuito de prevenir, através do autoconhecimento e fortalecimento da autoestima, favorecendo a construção de vínculos saudáveis.

Em função da relevância do tema, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas, enfocando a forma de vivenciar o amor patológico por homens e não somente por mulheres.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. O. **O enigma das mulheres que amam demais**. Trabalho de conclusão de curso. UniCEUB, Brasília, 2005. Disponível em: www.repositoriouniceub.com.br acessado em 22 de outubro de 2018.
- AMADO, N. **Diz-me a verdade sobre o amor**. Alfragide: Academia do Livro, 2010.
- ALMEIDA, J. F. Bíblia Sagrada. I João 4:8: Deus é amor. Rio de Janeiro: Ed. Vida, p. 1564, 1995.
- AVENA, D. T. A violência doméstica nas relações lésbicas: realidades e mitos. São Paulo: Revista Aurora, ed. 7, 2010.
- BOSCARDIN, M. K; KRISTENSEN, C. H. Esquemas iniciais desadaptativos em mulheres com amor patológico. Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo, vol. 3, n.1, p. 517-526, 2011. Disponível em www.seer.imed.edu.br acessado em 25 de outubro de 2018.
- BOWLBY, J. **Apego, a natureza do vínculo**. V. 1. Tradução de Álvaro Cabral. 3. Ed, São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- BRASIL. **Lei Maria da Penha. Lei n. 11.340/2006**. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, 2006.
- BUTION, D. C; WECHSLER, A. M. **Dependência emocional: uma revisão sistemática da literatura**. Estudos em Psicologia. Londrina, Vol. 7, n. 1, 2016. Disponível em www.pepsic.bvsalud.org acessado em 25 de outubro de 2018.
- CARVALHO, R. C. **De princesas a sapos escaldados: um estudo sobre as mulheres que amam demais anônimas**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- COLMÁN. L. E-Book Amor Romântico. **A verdade que nunca te contaram sobre o amor**. Goiânia, 2017. Disponível em www.tranquiloamor.com.br acessado em 20 de outubro de 2018.
- DALGALARRONDO. P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed: p. 27 e 31, 2008.
- DSM V. **Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre. Artmed. 5º Edição, 2014.
- DUARTE, R. I. S. **Do amor e do desamor: variedade de experiências de ruptura e reparação e, regulação das necessidades na aliança amorosa decasais**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, 2012. Disponível em www.repositorio.ul.pt acessado em 28 de outubro de 2018.
- FABENI, L; SOUZA, L. T; LEMOS, L; OLIVEIRA, M. C. L. R. **O discurso do “amor ” e da “dependência afetiva” no atendimento às mulheres em situação de violência**. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. 2016. Disponível em www.pepsic.bvsalud.org acessado em 28 de outubro de 2018.
- FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). **O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos**, pg. 74 a 171. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Disponível em www.cefas.com.br/download acessado em 28 de outubro de 2018.
- _____. **Três ensaios sobre a sexualidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1905. Disponível em www.cefas.com.br/download acessado em 28 de outubro de 2018.

GUEDES, D. ASSUNÇÃO, L. **Relações amorosas na contemporaneidade e indícios do colapso do amor romântico (solidão cibernética?)**. Revista Mal- Estar Subj. V. 6 n.2 Fortaleza, 2006. Disponível em www.pepsic.bvsalud.org.br acessado em 28 de outubro de 2018.

KLEIN, M. **Inveja e Gratidão**. 2. ed. São Paulo: Imago, 1984.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. Martins Fontes, São Paulo, 1992.

LEJARRAGA, A. L. **O amor em Winnicott**. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

LIMA, M. C. S. **Mulheres que amam demais: dependência ou compulsão?** Revista Psicologia.pt. Centro Universitário Jorge Amado. Salvador, 2015. Disponível em www.psicologia.pt acessado em 26 de outubro de 2018.

LINO, T. L. A patologia do amor: **Da paixão à psicopatologia. Trabalho de curso. Faculdade de Medicina de Lisboa**, Lisboa, 2009. Disponível em www.psicologia.pt/artigos/textos acessado em 28 de outubro de 2018.

LINS, R. N. **O livro do amor volume 2**. Do Iluminismo à atualidade. 4 ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2017.

MARTINS-SILVA, P. O; TRINDADE, Z. A; SILVA JUNIOR, A. **Teorias sobre o amor no campo da psicologia social**. Revista Psicologia, ciência e profissão, Brasília, vol. 33, n.1. 2013. Disponível em www.scielo.br acessado em 28 de outubro de 2018.

MIRANDA, O. B; FAVERET, B. M. S. **Compulsão à repetição e adição**. Psicanálise & Barroco em Revista, v. 9, n. 2, p. 147-160. 2011. www.pepsic.bvsalud.org.br acessado em 01 de novembro de 2018.

NASIO, J. D. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto e Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

PEIXOTO, M. M; HEILBORN, M. L. **Mulheres que amam demais: conjugalidades e narrativas de experiência de sofrimento**. Estudos Feministas, Florianópolis, 2016. Disponível em www.scielo.br acessado em 01 de novembro de 2018.

PRISMA. **Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses: The PRISMA Statement**. 2009. Disponível em <http://prisma-statement.org/prisma-statement/Checklist.aspx>. Acessado em 12 de agosto de 2019.

PROCÓPIO, A. S. **Quando amar é sofrer: um estudo dos discursos sobre gênero e afetividade das mulheres que amam demais anônimas**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade federal de Goiás, Goiânia, 2007. Disponível em www.pos-sociologia.cienciassociais.ufg.br acessado em 01 de novembro de 2018.

QUADROS, E. M. **Eros, Fília e Ágape: o amor do mundo grego à concepção cristã**. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, 2011. Disponível em www.periodicos.uem.br acessado em 01 de novembro de 2018.

RIZO, W. Amar ou depender? Como superar a dependência afetiva e fazer do amor uma experiência plena e saudável. L&PM. Porto Alegre, 2008.

RODRIGUES, S. CHALRUB, A. **Amor com dependência, um olhar sobre a teoria do apego**. UFBA. Salvador, 2010. Disponível em www.psicologia.pt acessado em 28 de novembro de 2018.

SANTOS, E. S. R. **Espelho meu, espelho teu...Olho-te e vejo-me, olhas-mee vês-te. Um modelo de relação de amor patológico**: Vínculo tantalizante. Considerações psicodinâmicas de um estudo de caso. Dissertação de mestrado. Universidade de Coimbra, 2017. Disponível em www.psicologia.pt acessado em 01 de novembro de 2018.

SILVA, A. B. B. **Mentes que amam demais**. 2.ed. São Paulo: Principium, 2018

SILVA, A. I; MARINHO, G. I. Auto-estima e relações afetivas. Revista Ciências da Saúde, v.1 n.2, 1998. Disponível em: www.publicacoesacademicas.uniceub.br acessado em 28 de outubro de 2018

SOPHIA, E. C. **Amor patológico: aspectos clínicos e de personalidade**. (Dissertação de mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, 2008. Disponível em www.teses.usp.br acessado em 28 de outubro de 2018.

SOUZA, M. R. **A psicanálise e o complexo de Édipo: (Novas) observações a partir de Hamlet**. Revista de Psicologia da USP, São Paulo, vol.17, n.2, 2006. Disponível em www.scielo.br acessado em 28 de outubro de 2018.

STERNBERG, R. J. A triangular theory of love. **Psychological Review**, V. 93, N. 2, 119-135. 1986. Disponível em www.pzacad.pitzer.edu. Acessado em 12 de novembro de 2018.

VALÉRIO, J. A. S. **“Quero-te para gostar de mim”**: um estudo sobre os relacionamentos amorosos e a auto-estima. (Dissertação de mestrado). Universidade de Évora. Évora, 2014. Disponível em www.dspace.uevora.pt acessado em 28 de outubro de 2018.

VAZ, M; MÁRCIA, R. Vínculo é amor? **Revista Latino-americana de Psicologia Corporal**, Recife, vol. 2, p. 21-50, 2014. Disponível em www.psicorporal.emnuvens.com.br acessado em 01 de novembro de 2018.

YOUNG, J. E. **Terapia cognitiva para transtornos da personalidade, uma abordagem focada em esquemas**. Rio de Janeiro: Artmed, 2003.

Livros da mesma Editora

