ELSEVIER

SÉRIE PROVAS E CONCURSOS

Psicologia

para Concursos e Graduação

TEORIA E QUESTÕES

Leticia Azzolin Becker

(organizadora)

CAMPUS
CONCURSOS

ELSEVIER

SÉRIE PROVAS E CONCURSOS

Psicologia

para Concursos e Graduação

TEORIA E QUESTÕES

Leticia Azzolin Becker

(organizadora)

CAMPUS
CONCURSOS

Cadastre-se em www.elsevier.com.br para conhecer nosso catálogo completo, ter acesso a serviços exclusivos no site e receber informações sobre os lançamentos e as promoções.

SÉRIE PROVAS E CONCURSOS

Psicologia

para Concursos e Graduação

TEORIA E QUESTÕES

Leticia Azzolin Becker

(organizadora)

ELSEVIER

CAMPUS CONCURSOS

© 2011, Elsevier Editora Ltda.

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/02/1998.
Nenhuma parte deste livro, sem autorização prévia por escrito da editora, poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros.

Copidesque: Adriana Araújo Kramer
Revisão Gráfica: Wilton Fernandes Palha Neto
Editoração Eletrônica: SBNigri Artes e Textos Ltda.

Coordenador da Série: Sylvio Motta

Elsevier Editora Ltda.
Conhecimento sem Fronteiras
Rua Sete de Setembro, 111 – 16º andar
20050-006 – Centro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Rua Quintana, 753 – 8º andar
04569-011 – Brooklin – São Paulo – SP – Brasil

Serviço de Atendimento ao Cliente
0800-0265340
sac@elsevier.com.br

ISBN 978-85-352-4506-6 (recurso eletrônico)



Nota: Muito zelo e técnica foram empregados na edição desta obra. No entanto, podem ocorrer erros de digitação, impressão ou dúvida conceitual. Em qualquer das hipóteses, solicitamos a comunicação ao nosso Serviço de Atendimento ao Cliente, para que possamos esclarecer ou encaminhar a questão.

Nem a editora nem o autor assumem qualquer responsabilidade por eventuais danos ou perdas a pessoas ou bens, originados do uso desta publicação.

CIP-Brasil. Catalogação-na-fonte.
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

P969

Psicologia para concursos e graduação [recurso eletrônico]: teoria e questões / Letícia Becker (org.). – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
recurso digital (Provas e concursos)

Formato: PDF
Requisitos do sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: Wold Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-85-352-4506-6 (recurso eletrônico)

1. Psicologia. 2. Psicologia – Problemas, questões, exercícios. 3. Serviço público – Brasil – Concursos. 4. Livros eletrônicos. I. Becker, Letícia. II. Série.

11-1178. CDD: 150
CDU: 159.9

Agradecimento

Agradeço a todos que direta ou indiretamente participaram da construção desta obra.

Página deixada intencionalmente em branco

Os Autores

Adriano Furtado Holanda

Psicólogo. Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília (UnB). Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC/Campinas). Docente na Universidade Federal do Paraná. Editor da Revista da Abordagem Gestáltica (RAG).

André Vasconcelos Silva

Psicólogo. Doutor em Ciências do Comportamento – UnB. Professor Adjunto I da Universidade Federal de Goiás – Campus Catalão. Pesquisador associado ao LAMI.

Ângela Dolores Baiocchi

Psicóloga Clínica. Especialista em Terapia Sistêmica com Famílias e Casais. Especialista em Psicodrama. Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO). Docente do curso de especialização em terapia Familiar CAEP-PUC/GO em Goiânia. Supervisora do Grupo de Estudos e Apoio à Adoção de Goiás – GEAAGO. Coordenadora do NUGEF – Núcleo Goiano de Estudos sobre Famílias.

Celana Cardoso Andrade

Psicóloga Clínica. Especialista em Gestalt-terapia pelo Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-terapia de Goiânia (ITGT). Mestre em Psicologia Clínica pela PUC/GO. Docente na Universidade Federal de Goiás (UFG) e no ITGT. Editora associada da Revista da Abordagem Gestáltica (RAG).

Célia Maria Ferreira da Silva Teixeira

Doutora em Psicologia. Terapeuta Familiar Sistêmica. Psicodramatista. Psicóloga fundadora do projeto *Inter-vir – suporte em perdas*. Coordenadora do PATS (Programa de Estudos e Prevenção ao Suicídio e Atendimento a Pacientes com Tentativa de Suicídio) – FM/HC/UFG.

Diva Maria Moraes Albuquerque Maciel

Pedagoga. Doutora em Educação – USP. Mestre em Psicologia – UnB. Professora da Universidade de Brasília UnB/IP.

Elaine Cristina Schmitt

Psicóloga. Doutoranda em Educação pela Universidade Federal do Paraná – UFPR. Mestre em Administração pela UFPR. Docente na área de Psicologia Organizacional e do Trabalho da UFPR.

Fabiana Vieira Gauy

Psicóloga Clínica com treinamento em Terapia Cognitiva – Instituto de Beck/EUA. Mestre em Psicologia – UnB. Doutoranda em Psicologia – USP.

Gleiber Couto

Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC/MG. Mestre e Doutor em Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco – USF. Atualmente é professor adjunto no Campus de Catalão da Universidade Federal de Goiás – UFG/CAC, onde coordena o Laboratório de Avaliação, Medidas e Instrumentação em Psicologia – LAMI. Possui experiência em psicologia clínica, especialmente no diagnóstico e tratamento (Terapia Comportamental-Cognitiva) de pacientes portadores de transtorno psiquiátrico.

Iara Picchioni Thielen

Psicóloga. Doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Docente dos Programas de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná – UFPR – nas áreas de Psicologia Organizacional e Psicologia do Trânsito.

Iolete Ribeiro da Silva

Psicóloga. Doutora e Mestre em Psicologia – UnB. Professora da Universidade Federal do Amazonas – UFAM.

João Henrique Rossler

Psicólogo. Doutor em Educação Escolar pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP. Docente dos Programas de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná – UFPR – na área de Psicologia do Trabalho.

Jussara Inez Vieira Miranda

Psicóloga clínica. Especialista em Terapia Comportamental pela SBAC. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica pela PUC/GO. Analista em formação pela IPA. Psicóloga voluntária no Saudavel*mente* – UFG.

Leticia Azzolin Becker

Psicóloga. Especialista em Terapia Comportamental pela PUC/GO. Psicóloga do Estado de Goiás, com formação em Excelência da Gestão Pública.

Luc Vandenberghe

Psicoterapeuta. Mestre em Psicologia Clínica – Rijksuniversiteit Gent / Bélgica. Doutor em Psicologia – Université de Liège/Bélgica. Docente do curso de graduação e pós-graduação da PUC/GO.

Lúcia Helena Meluzzi Xavier

Médica. Psicanalista com formação pela IPA (International Psychoanalytical Association). Membro titular da Sociedade de Psicanálise de Brasília e do Instituto de Psicanálise Virgínia Leone Bicudo de Brasília. Membro titular do Grupo de Estudos de Psicanálise de Goiânia – CEPG – da Associação Brasileira de Psicanálise. Vice-presidente do CEPG e professora titular do curso de Formação de Psicanalistas do CEPG.

Maria Amélia Dias Pereira

Psiquiatra. Mestre em Ciências da Saúde pela UFRJ. Professora Assistente do Departamento de Saúde Mental e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – UFG. Preceptora na Residência de Psiquiatria – HC/UFG. Psiquiatra do Saudavel*mente* (Programa de Saúde Mental) – UFG. Psiquiatra do PATS (Programa de Estudos e Prevenção ao Suicídio e Atendimento a Pacientes com Tentativa de Suicídio) – Hospital das Clínicas de Goiânia. Analista em formação pela IPA.

Maria Aparecida Silva Dias Vieira

Psicóloga Clínica e Organizacional. Mestre em Psicologia pela PUC/GO. Especialista em Psicodiagnóstico Rorschach e outras Técnicas Projetivas pela PUC/GO. Especialista em Terapia de Casais e Famílias pelo CAEP. Formação em Gestalt-terapia pelo Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-terapia de Goiânia-ITGT. Docente da UNIP-Goiânia/GO.

Maria Carmen Villela Rosa Tacca

Pedagoga. Doutora em Psicologia e Mestre em Educação – UnB. Professora da Universidade de Brasília- UnB/FE.

Maria Fernanda M. Barreto

Psicóloga; Mestre em Psicologia Escolar/Educacional e Doutora em Psicologia como Profissão e Ciência pela PUC/Campinas; Docente do curso de Psicologia da mesma Universidade.

Mercedes Villa Cupolillo

Psicóloga. Doutora em Psicologia do Desenvolvimento (Universidade Dundee-Escócia). Professora da Faculdade Paraíso e da UEZO-RJ. Professora do mestrado em Ciências da Educação das Faculdades Lusófonas-RJ.

Nilton Júlio de Faria

Psicólogo. Mestre em Filosofia pela PUC/Campinas. Doutor em Psicologia Social pela PUC/São Paulo. Docente do curso de Psicologia da PUC/Campinas.

Sanyo Drummond Pires

Psicólogo. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutorando em Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco (USF). Bolsista CAPES vinculado ao LabAPE.

Sebastião Benício da Costa Neto

Psicólogo Hospitalar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG); Especialista em Psicologia Hospitalar; Mestre em Psicologia do Desenvolvimento Humano no Contexto Sóciocultural (UnB); Doutor em Psicologia (UnB); Pós-Doutor em Psicologia (UFRGS). Professor Adjunto II dos Programas de Graduação e Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO). Docente de cursos de especialização em Psicologia da Saúde Hospitalar nos Estados de Goiás, São Paulo e Pará. Membro da Associación Latino-americana de Psicologia de la Salud, International Psico-Oncology Society e Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia. Editor da *Revista de Psicologia e Políticas Públicas* do Conselho Regional de Psicologia 09 (Goiás e Tocantins) no período 2008-2010. Autor de livro, capítulos de livros e artigos, no Brasil e exterior. Desenvolve a linha de Pesquisa "Qualidade de vida relacionada a saúde".

Vannúzia Leal Andrade Peres

Psicóloga. Doutora em Psicologia, com ênfase na área de Desenvolvimento Humano (Universidade de Brasília – UnB). Professora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO).

Verônica A. M. Cezar-Ferreira

Advogada, bacharelada pela Universidade de São Paulo. Psicóloga. Mestre e doutoranda em Psicologia Clínica pela PUC/SP. Formação psicanalítica e sistêmica. Membro dos pioneiros da Terapia Familiar e da Mediação, no Brasil. Psicoterapeuta individual, de casal e de família, perita, mediadora e consultora de família. Professora de Pós-Graduação. Escritora, poeta e conferencista.

Página deixada intencionalmente em branco

Apresentação

A presente coletânea foi composta com o objetivo de se constituir uma fonte de consulta e pesquisa para professores, alunos e profissionais da área de Psicologia e de áreas afins. Utiliza uma linguagem clara e concisa, e seu público-alvo são leitores de nível de graduação e candidatos que se preparam para prestar concursos relacionados direta ou indiretamente à área da Psicologia.

O tema que se constitui como o fio condutor é a Psicologia e suas diversas abordagens e possibilidades interventivas, de forma a estruturar a obra.

A Psicologia como ciência ainda é nova, porém como disciplina que se debruça para compreender a subjetividade do ser humano, tem suas raízes na filosofia. Conforme Schultz e Schultz (1981),[1] o interesse pela Psicologia remonta aos primeiros espíritos questionadores. Aristóteles e outros filósofos gregos já estudavam muitos aspectos relativos à subjetividade, que hoje se relacionam mais diretamente à Psicologia como ciência, dentre eles a memória, a aprendizagem, a motivação, a percepção, a atividade onírica e o comportamento dos seres vivos. Apesar de todo avanço e desenvolvimento da Psicologia, Filosofia e as ciências sociais de um modo geral, algumas interrogações relacionadas à natureza humana ainda não encontraram explicações suficientes para contemplá-las, o que indica a complexidade dos temas relacionados à subjetividade humana, bem como seu caráter multi e interdisciplinar. O que diferencia a Psicologia moderna da Filosofia antiga é principalmente o método de construção de conhecimento, ou método científico. Foi a partir de sua utilização que a Psicologia se constituiu não mais apenas como um componente da Filosofia, mas como ciência. A partir daí a Psicologia mudou a forma de construir o conhecimento de seu objeto de estudo.

[1] SCHULTZ, D.; SCHULTZ,S. *História da Psicologia Moderna*. São Paulo: Cultrix, 1981.

A palavra psicologia é composta por dois radicais gregos: *psique* (alma) e *logos* (palavra, estudo de). A primeira conotação então era que a Psicologia era um componente da Filosofia que se ocupava do estudo ou investigação da alma, ligada principalmente às questões da metafísica. A partir das discussões filosóficas de René Descartes, um filósofo, e sua proposta de se utilizar um método diferenciado para a ciência, a Psicologia ganhou seu segundo sentido: passou a ser o estudo da mente.

A partir do século XIX, os psicólogos definiram o objeto de estudo da Psicologia e estabeleceram seus fundamentos, confirmando assim sua independência em relação à Filosofia. Em dezembro de 1879, em Leipzig, na Alemanha, Wilhelm Wundt implantou o primeiro laboratório de Psicologia do mundo. Em 1881, fundou a revista *Philosophische Studien*, considerada a primeira revista de Psicologia dedicada primordialmente a relatos experimentais. Em 1887, Stanley Hall fundou o *American Journal of Psychology*, a primeira revista psicológica publicada nos Estados Unidos da América. E, em 1888, a Universidade da Pensilvânia nomeou James Cattell professor de Psicologia, sendo este o registro da primeira docência em Psicologia do mundo. Esses fatos contribuíram para que a Psicologia fosse reconhecida nos círculos acadêmicos como uma disciplina independente da Filosofia, e como ciência, pois passou a utilizar para a construção do conhecimento o método científico. Em 1892, foi fundada a Associação Psicológica Americana APA, a primeira organização científica e profissional de psicólogos. Em 1908, o psicólogo britânico definiu a Psicologia como "a ciência do comportamento", se constituindo dessa forma a terceira conotação.

A Psicologia como parte constituinte da sociedade e da cultura mais ampla também está exposta a influências externas que moldam a sua natureza e a sua direção de maneiras significativas. Não se pode pensar em desenvolvimento da Psicologia enquanto ciência sem se considerarem os aspectos políticos, econômicos e sociais da sociedade em que ela se insere.

As duas guerras mundiais aceleraram o desenvolvimento da Psicologia aplicada e estenderam sua influência a setores organizacionais, testes, educação. A Segunda Guerra Mundial também modificou a face e o destino na Europa, principalmente na Alemanha e na Áustria. Na Alemanha nasceu a Psicologia experimental, e na Áustria nasceu a psicanálise. A guerra fez com que vários psicólogos que privilegiavam os aspectos individuais começassem a rever suas posições teóricas, pois o fator da cultura e da sociedade não poderia mais ser relegado a segundo plano.

A partir da segunda metade do século XX, após a Segunda Guerra Mundial, a Psicologia assistiu ao nascimento de vários movimentos sociais para inclusão social de mulheres, portadores de necessidades especiais, gestão ambiental, responsabilidade social, e a declaração dos direitos humanos. A partir daí, a Psicologia ganhou sua quarta conotação, como ciência que se dedica à interação social.

A Psicologia se expandiu não apenas em termos de seus clínicos, pesquisadores, acadêmicos e do aumento de publicações especializadas, mas também em termos do seu impacto na vida cotidiana. Seja qual for a idade, ocupação ou os interesses, a vida das pessoas passou a ser influenciada de alguma maneira pelo trabalho de psicólogos, de acordo com Schultz e Schultz (1981).

Atualmente, no Brasil, a Psicologia pode ser didaticamente subdividida considerando os critérios utilizados pela Capes e CNPq:[2]

QUADRO 1- SUBÁREAS DA PSICOLOGIA, CONFORME CNPq, 2009

Psicologia

- **Fundamentos e Medidas da Psicologia**
- **Psicologia Cognitiva**
- **Psicologia Comparativa**
- **Psicologia do Desenvolvimento Humano**
- **Psicologia do Ensino e da Aprendizagem**
- **Psicologia do Trabalho e Organizacional**
- **Psicologia Experimental**
- **Psicologia Fisiológica**
- **Psicologia Social**
- **Tratamento e Prevenção Psicológica**

O convite da organizadora para estruturar a presente obra considerou tanto a subdivisão dessas subáreas quanto os programas dos principais concursos que têm provas específicas para a área de Psicologia. Por esses motivos é que algumas das áreas possuem uma maior abrangência e outras não foram contempladas na presente obra.

---

[2] Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Profissionais do Ensino Superior; CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Ela foi elaborada conjuntamente por 27 autores que escreveram seus capítulos, totalizando 14, tendo todos o fio condutor da Psicologia e suas diferentes abordagens e possibilidades de intervenção.

A subárea denominada **Fundamentos e Medidas da Psicologia** está contemplada nos Capítulos 2, 4 e 9. A subárea denominada **Psicologia do desenvolvimento humano** está contemplada nos Capítulos 1, 2 e 8. A subárea, denominada **Psicologia do ensino e da aprendizagem** está contemplada no Capítulo 13. A **Psicologia do trabalho e organizacional** está contemplada no Capítulo 14. A subárea *Psicologia social* está contemplada indiretamente nos Capítulos 3 e 6, apesar deste permear todas as subáreas, por se tratar de tema relacionado ao exercício profissional. A subárea denominada **Tratamento e prevenção psicológica** está contemplada nos Capítulos 3, 7, 9, 10 e 12. O Capítulo 5, embora corresponda à Psiquiatria, subsidia, indiretamente, esta última subárea da Psicologia.

As subáreas denominadas Psicologia experimental, Psicologia fisiológica, Psicologia comparativa e Psicologia cognitiva não foram contempladas na presente coletânea. O Capítulo 11 aborda um tema que perpassa várias subáreas por se tratar de uma área ainda em desenvolvimento, sem subdivisão no CNPq/Capes.

O leitor tanto pode escolher um capítulo e estudá-lo isoladamente, quanto pode também ler todo o livro. O importante é que não se trata de uma leitura que deve ser feita necessariamente de forma sequencial.

Os autores convidados a compor a coletânea são *experts* em sua área, o que os fez aliar tanto o seu conhecimento teórico e metodológico sobre o assunto abordado quanto sua experiência e vivência prática, o que, no caso da Psicologia constitui um fator divisor de águas. Tudo isso contribuiu para que a qualidade e a abrangência da obra sejam inquestionáveis.

Desejo que a leitura seja proveitosa.

Profª. Dra. Kátia Barbosa Macêdo[3]

---

[3] Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Mestre em Educação pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Master em Psicologia Aplicada a las Organizaciones pela EAE de Barcelona – Espanha. Especialista em Dinâmica de Grupos pela Universidad de Comillas – Espanha. Especialista em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO). Graduada em Psicologia pela PUC/GO. Professora Titular da PUC/GO. Consultora organizacional. Autora de vários livros e artigos publicados em periódicos. Visite sua homepage: www.ucg.br/site_docente/adm/katia_macedo.

Prefácio

O número de concursos na área da Psicologia aumenta consideravelmente a cada ano, mostrando como a área vem se tornando cada vez mais valorizada pelo mercado de trabalho.

Este livro foi idealizado a partir da constatação da escassez de obras sobre o tema Psicologia para concursos. Ele foi estruturado de forma a servir como base para um estudo pontual e de qualidade sobre os principais assuntos exigidos nos concursos. Sendo assim, não tem a pretensão de esgotar a profundidade do conteúdo sobre os temas abordados.

Os autores que participam desta obra têm vasto estudo teórico e experiência prática no tema abordado. São professores da graduação e/ou pós-graduação em uma ou mais universidades no Brasil.

A escolha dos capítulos desta obra, assim como de seus conteúdos, baseou-se em um estudo sistematizado de editais e provas de concursos de todo Brasil para área de Psicologia.

Os capítulos foram escritos em linguagem clara e objetiva, com o intuito de atingir estudantes da área, interessados em aprender a amplitude do conhecimento que tem sido produzido pela Psicologia, independente do seu nível de aprendizado sobre a questão.

De forma geral, eles foram estruturados primeiramente com um breve histórico sobre o tema, para situar o leitor no processo evolutivo das diversas áreas da Psicologia. Posteriormente são descritas as principais teorias sobre o assunto e, logo depois, as principais formas de atuação do psicólogo na área em foco, destacando, quando possível, as técnicas mais utilizadas. Após esta explanação, que visa ser

isenta de defesa de posicionamento teórico-prático, apresentam-se algumas atualizações e reflexões sobre o tema. Em seguida, são apresentadas as referências bibliográficas do capítulo, que podem ser utilizadas como referenciais para buscas mais aprofundadas sobre o tema. No sentido de o leitor poder melhor compreender e se apropriar do conteúdo oferecido, cada capítulo dispõe de questões objetivas de concursos e seu gabarito oficial.[1]

Bons Estudos!

Leticia Azzolin Becker

[1] As questões de provas de concurso utilizadas neste livro, incluindo seus gabaritos e dados de autoria, foram todos coletados no site **www.pciconcursos.com.br**, com exceção de uma questão referente a Prova de Título de Especialista, no site do Conselho Federal de Psicologia – CFP: www.pol.org.br.

Sumário

Capítulo 1 Desenvolvimento humano 1

1.1. Principais Teorias 1

1.1.1. Donald Woods Winnicott (1896 – 1971) 2

1.1.2. Jean Piaget (1896 – 1980) 4

1.1.3. Liév Semiónovich Vigotski (1896 – 1934) 6

1.2. Atualizações sobre desenvolvimento humano 8

1.2.1. O afeto (emoções) 9

1.2.2. A cognição 9

1.2.3. O desenvolvimento da personalidade 11

1.3. Referências Bibliográficas 12

1.4. Questões 13

Capítulo 2 Teorias da personalidade 21

2.1. Breve histórico 22

2.2. Principais teorias 23

2.2.1. Teoria psicanalítica da personalidade 23

2.2.2. Teoria humanista 28

2.2.3. Teorias da aprendizagem social 30

2.2.4. Teoria cognitiva da personalidade 36

2.3. Atualizações sobre teorias da personalidade 38

2.4. Referências Bibliográficas 39

2.5. Questões 40

Capítulo 3 Família, teoria sistêmica e psicodrama 47

3.1. Breve histórico sobre Família 49

3.2. Principais teorias 52

3.2.1. Ciclo de vida da família 53
3.2.2. Teoria sistêmica e a terapia familiar 56
3.2.3. Principais escolas de terapia familiar 58
3.3. Prática clínica e as principais técnicas de intervenção em terapia familiar ... 61
3.4. Atualizações e reflexões sobre terapias familiares 64
3.5. Referências Bibliográficas 65
3.6. Questões 66

Capítulo 4 Psicodiagnóstico 71
4.1. Breve histórico 71
4.2. Caracterização do processo psicodiagnóstico 72
4.3. Objetivos do psicodiagnóstico 74
4.4. Etapas do processo psicodiagnóstico 74
4.5. Testes Psicológicos 78
4.5.1. Considerações quanto ao uso de Testes Psicológicos 78
4.5.1.1. Para Seleção de Testes 78
4.5.1.2. Cuidados a serem tomados 78
4.5.1.3. Aspectos importantes a considerar 78
4.5.2. Testes Psicológicos aprovados pelo CFP, atualmente mais utilizados em avaliações psicológicas 79
4.5.3. Aprovação e Aplicação de Testes 83
4.6. Atualizações e Reflexões sobre Psicodiagnóstico 83
4.7. Referências Bibliográficas 85
4.8. Questões 86

Capítulo 5 Psicopatologia e transtornos psiquiátricos 95
5.1. Psicopatologia 96
5.1.1. Plano Intelectivo 97
5.1.1.1. Consciência Neurofisiológica 97
5.1.1.2. Atenção 98
5.1.1.3. Orientação 99
5.1.1.4. Sensopercepção 99
5.1.1.5. Memória 101
5.1.1.6. Inteligência 102
5.1.1.7. Pensamento 102
5.1.1.8. Linguagem 104
5.1.2. Plano Afetivo 105
5.1.2.1. Consciência do Eu 105

5.1.2.2. Afetividade 105
5.1.3. Plano Volitivo 106
5.1.3.1. Vontade 106
5.1.3.2. Psicomotricidade 107
5.2. Transtornos Psiquiátricos 108
5.2.1. Transtornos Mentais Orgânicos 109
5.2.1.1. Demência na doença de Alzheimer 110
5.2.1.2. *Delirium* não induzido por álcool e outras substâncias psicoativas 110
5.2.2. Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas 111
5.2.2.1. Alcoolismo 111
5.2.3. Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes 113
5.2.3.1. Esquizofrenia 113
5.2.3.2. Outros transtornos 115
5.2.4. Transtornos do Humor 115
5.2.4.1. Episódio Depressivo 116
5.2.4.2. Episódio Maníaco 118
5.2.4.3. Transtorno Afetivo Bipolar 118
5.2.4.4. Transtornos Persistentes do Humor (afetivos) 119
5.2.5. Transtornos Neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes 120
5.2.5.1. Transtornos Fóbico-Ansiosos 120
5.2.5.2. Outros transtornos ansiosos 122
5.2.5.3. Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) 123
5.2.5.4. Reação a Estresse Grave e Transtornos de Ajustamento 123
5.2.5.5. Transtornos Dissociativos (ou Conversivos) 124
5.2.5.6. Transtornos Somatoformes 126
5.2.6. Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos 127
5.2.6.1. Transtornos alimentares 127
5.2.6.2. Disfunção Sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica 129
5.2.7. Transtornos de personalidade e de comportamentos em adultos 130
5.2.7.1. Transtornos específicos de personalidade 131
5.2.7.2. Transtornos de identidade sexual 138

5.2.7.3. Transtornos de preferência sexual (Parafilias) 138
5.2.8. Retardo Mental 140
5.2.9. Transtorno do Desenvolvimento Psicológico 141
5.2.10. Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência 142
5.2.10.1. Transtornos Hipercinéticos 142
5.2.11. Atualizações e Reflexões sobre Psicopatologia e Transtornos Psiquiátricos 143
5.3. Referências Bibliográficas 144
5.4. Questões 145

Capítulo 6 Ética profissional 159
6.1. Breve histórico 159
6.2. Ética profissional do psicólogo e Direitos Humanos 161
6.3. As crianças e os adolescentes 165
6.4. O sigilo e a proteção da pessoa e da sociedade 166
6.5. A ciência e a profissão do psicólogo 167
6.6. Atualizações sobre Ética Profissional 168
6.7. Referências Bibliográficas 169
6.8. Questões 169

Capítulo 7 Terapias cognitivas e comportamentais 175
7.1. Breve histórico 175
7.2. Principais Teorias 180
7.2.1. Teoria de Aprendizagem 180
7.2.2. Modelo cognitivo 182
7.2.2.1. Modelo cognitivo racionalista 182
7.2.2.2. Construtivismo e Construcionismo 185
7.3. Principais técnicas na prática clínica 187
7.3.1. Relaxamento 187
7.3.2. Exposição 187
7.3.3. Reestruturação cognitiva 189
7.3.4. Ensaio comportamental (Role-Play) 191
7.3.5. Treino de habilidades sociais (THS) 191
7.3.6. Biofeedback 192
7.4. Atualizações e reflexões sobre terapias cognitivas e comportamentais 192
7.5. Referências Bibliográficas 194
7.6. Questões 196

CAPÍTULO 8 PSICANÁLISE 203
8.1. Breve histórico 203
8.2. Principais teorias 205
8.2.1. Inconsciente 205
8.2.2. Recalcamento 208
8.2.3. Sexualidade infantil 208
8.2.4. Psicopatologia em psicanálise 209
8.2.4.1. Estrutura neurótica 210
8.2.4.2. Psicose 211
8.2.4.3. Psicossomatoses 212
8.2.4.4. Perversões 212
8.2.5. Segunda tópica 212
8.2.6. Narcisismo 213
8.2.7. Frustração, ansiedade e mecanismos de defesa 214
8.2.7.1. Repressão ou recalcamento 215
8.2.7.2. Regressão 216
8.2.7.3. Projeção 216
8.2.7.4. Formação reativa 216
8.2.7.5. Deslocamento 216
8.2.7.6. Deflexão 217
8.2.7.7. Negação 217
8.2.7.8. Clivagem do Ego 217
8.2.7.9. Sublimação 217
8.2.7.10. Introjeção 217
8.2.7.11. Racionalização 218
8.2.8. Transferência 218
8.2.9. Relações de objeto 219
8.2.10. A função materna 220
8.2.11. A função paterna 221
8.3. Prática clínica 222
8.4. Atualizações em Psicanálise 224
8.4.1. Escola Freudiana 224
8.4.2. Escola Kleiniana 224
8.4.3. Psicologia do Ego 225
8.4.4. Psicologia do Self 226
8.4.5. Escola francesa 226
8.4.6. Donald Winnicott 227
8.4.7. Wilfred Bion 227

8.5. Referências Bibliográficas 228
8.6. Questões 229

Capítulo 9 Psicologia da gestalt, teoria de campo e gestalt-terapia 237
9.1. Breve histórico 237
9.2. Principais teorias 239
9.2.1. Psicologia da Gestalt 239
9.2.2. Kurt Lewin e a Teoria de Campo 242
9.2.3. Gestalt-Terapia 245
9.3. Prática clínica da Gestalt-Terapia 248
9.4. Atualizações sobre Psicologia da Gestalt, Teoria de Campo e Gestalt-Terapia 250
9.5. Referências Bibliográficas 251
9.6. Questões 251

Capítulo 10 Situações de risco 257
10.1. Violência 258
10.1.1. Principais tipos de violência 258
10.1.2. Violência contra a criança e o adolescente 258
10.1.3. Violência contra o idoso 260
10.2. Delinquência 260
10.3. Luto 261
10.4. Risco de suicídio 263
10.5. Atualizações sobre situações de risco 265
10.6. Referências Bibliográficas 267
10.7. Questões 268

Capítulo 11 Psicologia jurídica 271
11.1. Breve histórico 271
11.2. Principais teorias 272
11.2.1. Psicologia e Direito 273
11.2.2. As principais abordagens teóricas que fundamentam a visão da Psicologia Jurídica 274
11.3. Aspectos legais e psicojurídicos relevantes 275
11.3.1. Direito Público e Direito Privado 276
11.3.2. Direito Civil 276
11.3.3. Separação conjugal por divórcio direto 277
11.3.4. Processo de Guarda 277

11.3.5. Legitimidade dos filhos 280
11.4. Prática da Psicologia Jurídica e os cuidados dos psicólogos judiciários 281
11.4.1. Perícia psicológica 282
11.4.2. Mediação 283
11.4.3. Orientação e acompanhamento psicossocial 285
11.5. Atualizações em Psicologia Jurídica 285
11.6. Referências Bibliográficas 286
11.7. Questões 288

Capítulo 12 Psicologia hospitalar 291
12.1. Breve histórico 291
12.2. Principais teorias e práticas da Psicologia Hospitalar 294
12.3. Atualizações e reflexões sobre Psicologia Hospitalar 299
12.4. Referências Bibliográficas 300
12.5. Questões 300

Capítulo 13 Psicologia escolar e educacional 307
13.1. Breve histórico 307
13.2. Principais teorias 313
13.3. Práticas da psicologia escolar e educacional 320
13.4. Atualizações sobre psicologia escolar e educacional 322
13.5. Referências Bibliográficas 322
13.6. Questões 324

Capítulo 14 Psicologia organizacional e do trabalho 329
14.1. Breve histórico 329
14.2. O contexto do trabalho hoje 331
14.3. O comportamento humano nas organizações 335
14.3.1. Motivação e satisfação no trabalho 336
14.3.1.1. Definição de motivação 336
14.3.1.2. Principais teorias da motivação 337
14.3.2. Liderança, autoridade e poder 342
14.3.2.1. Teorias sobre liderança 343
14.3.2.2. Liderança e suas relações com autoridade e poder 346
14.3.3. Comunicação organizacional 347
14.3.3.1. O processo de comunicação 348
14.3.3.2. Comunicação no contexto das organizações 348

14.3.4. Grupos e equipes 349
14.3.4.1. Diferenças entre grupos e equipes 350
14.3.4.2. Tipos de equipe no contexto organizacional 351
14.3.5. Clima e cultura organizacional 352
14.3.5.1. Compreendendo a cultura organizacional 352
14.3.5.2. Clima organizacional e suas relações com a cultura 354
14.4. Gestão de pessoas 356
14.4.1. A pesquisa nas organizações 357
14.4.2. Análise de cargos 358
14.4.2.1. Definição de cargos 358
14.4.2.2. Os cargos e sua relação com os demais processos de gestão de pessoas 359
14.4.3. Recrutamento e seleção 360
14.4.3.1. Recrutamento 361
14.4.3.2. Seleção 361
14.4.4. Treinamento e desenvolvimento de pessoas 363
14.4.4.1. Treinamento 363
14.4.4.2. Desenvolvimento de pessoas 365
14.4.5. Avaliação de desempenho 366
14.4.5.1. O que avaliar 366
14.4.5.2. Quem deve avaliar 367
14.4.5.3. Que técnicas adotar 367
14.5. Saúde e trabalho 368
14.5.1. Saúde mental, qualidade de vida e trabalho 368
14.5.1.1. Evolução do conceito de qualidade de vida no trabalho (QVT) 371
14.5.1.2. Conceituação 372
14.5.2. Segurança e saúde do trabalhador 373
14.5.2.1. Segurança no trabalho 373
14.5.2.2. Saúde no trabalho 376
14.5.2.3. Programa de saúde e segurança no trabalho 376
14.6. Atualizações e reflexões sobre Psicologia Organizacional e do Trabalho 378
14.7. Referências Bibliográficas 378
14.8. Questões 382

Capítulo 1

Desenvolvimento humano

Vannúzia Leal Andrade Peres
Mercedes Villa Cupolillo

O processo de desenvolvimento é uma produção do sujeito ao longo de sua história singular (ontogênese), implicado com a história da sociedade (filogênese), não cessando nunca. Na psicologia vem sendo estudado e discutido por diversos autores em diferentes momentos históricos, o que envolve uma multiplicidade de métodos, teorias e aplicações. A necessidade de alcançar uma teoria geral da personalidade é, atualmente, o grande desafio para os estudiosos, o que, segundo González Rey (1995), será possível apenas pela integração entre o cognitivo e o afetivo, o intrapsíquico e o intersubjetivo, o social e o biológico, o individual e o social, tradicionalmente dicotomizados.

Dentre as diferentes posições teóricas sobre o desenvolvimento humano, apresentaremos, de forma sucinta, as que têm sido mais representativas ao longo da história da psicologia.

1.1. PRINCIPAIS TEORIAS

Falar sobre os processos psicológicos na infância, suas raízes epistemológicas, implica em falar de Donald Woods Winnicott, Jean Piaget e Lév Semionovich Vigotski. Os três teóricos contribuíram de forma decisiva para a construção do conhecimento sobre o desenvolvimento humano, ainda que apresentando abordagens divergentes em muitos aspectos. Se pretendêssemos classificar os referidos autores quanto às suas tendências e contribuições, certamente o primeiro seria reconhecido como psicanalista; Piaget, como cognitivista. Finalmente, Vigotski é classificado como histórico-cultural. Como poderemos notar ao longo deste capítulo, suas contribuições variaram conforme a cultura, a sociedade e o momento em que viveram. Dessa forma geraram, ideias e questionamentos divergentes

sobre a natureza e o funcionamento da psiquê humana. Winnicott se preocupou mais especificamente com o desenvolvimento emocional do ser humano. E enquanto Piaget investigava a episteme, ou seja, a origem do conhecimento no indivíduo, Vigotski preocupou-se com a compreensão integral do homem, uma vez que pretendia construir uma ciência psicológica que abarcasse o homem em todas as suas dimensões: social, histórica, cognitiva e afetiva, o que não existia como proposta na psicologia até então.

1.1.1. Donald Woods Winnicott (1896 – 1971)

Médico pediatra com formação psicanalítica, Winnicott é considerado um dos mais renomados estudiosos da psiquê infantil. Foi um dos primeiros a trazer elementos para uma compreensão da subjetividade do bebê. Por exemplo, a ideia de um "mundo subjetivo" ou de um estado intermediário do desenvolvimento emocional do bebê, em que este se relaciona com um objeto subjetivo. Como explica: "quando a criança "está começando a se separar da mãe, e antes que a mãe possa ser percebida de modo objetivo, ela é aquilo que se poderia denominar um objeto subjetivo" (Winnicott, 1999, p. 126).

Winnicott ressalta a importância de um "ambiente satisfatório" para o desenvolvimento da criança, como aquele que facilita as várias tendências individuais herdadas. Na sua opinião, deve haver um ambiente facilitador da experiência de onipotência da criança, mesmo quando ela ainda vive em um mundo subjetivo em que é criadora de todas as coisas. Nesse momento, por ser absolutamente dependente, necessita de cuidados satisfatórios, até que "consiga fazer uma avaliação objetiva da realidade, de ser capaz de distinguir entre o eu e o não eu, entre o real compartilhado e os fenômenos da realidade psíquica pessoal, e tenha algo do ambiente interno" (Winnicott, 1999, p. 5).

Winnicott (1999) prioriza, pois, as relações iniciais do bebê com a mãe e/ou pessoa(s) mais próxima(s) com a(s) qual(is) estabelece vínculo durante os cuidados recebidos, como fonte do desenvolvimento psíquico. Enfatiza a importância da qualidade humana dos cuidados dados ao bebê, especialmente a qualidade dos cuidados dados pela mãe. Propõe a expressão "mãe satisfatória" para descrever a condição da mãe que se adapta às necessidades do bebê, se identifica com ele. Na sua visão, a partir das relações iniciais são geradas as emoções e os sentimentos de prazer e desprazer; nos primeiros momentos da vida de um bebê,

podem ser geradas experiências muito significativas para o desenvolvimento do caráter e da personalidade do indivíduo.

Em uma de suas obras, *A família e o desenvolvimento Individual*, (Winnicott, 1993), o autor enfaticamente discute a ideia de que o desenvolvimento emocional tem uma base sólida no primeiro ano de vida, servindo de plataforma para a construção da saúde mental do indivíduo humano.

Vejamos algumas de suas proposições para que isso aconteça:

1) A aquisição da independência da criança como mudança que ocorre durante o primeiro ano de vida, a partir da relação de dupla dependência entre o bebê e a mãe. Como não há consciência no início da relação, existe uma dependência absoluta, física e emocional, entre ambos. A mãe precisa ser capaz de se adaptar às mudanças de necessidades da criança para que a dupla progressão ocorra;
2) O reconhecimento do bebê como indivíduo, ainda em tenra idade. Com um ano, diz ele, "a maioria das crianças já adquiriu de fato o *status* de indivíduo". Em outras palavras, "a personalidade tornou-se integrada" (Winnicott, 1975). A integração é um processo vinculado às experiências emocionais, como raiva e excitação. Portanto, haveria o que ele denominou de *self* (o eu ou ego);
3) A distinção entre mente e psiquê-soma. Explica que a psiquê está ligada ao soma e ao desenvolvimento corporal e que a mente está relacionada ao desenvolvimento do cérebro. Portanto, durante o processo de educação, a mãe é sempre dependente dos processos intelectuais da criança para que ambas possam adaptar-se e constituir vida própria. Ainda que respeite e aceite a tradição Freudiana sobre o corpo como fonte de gozo erótico, ao corpo atribui a capacidade de representação das funções do eu, das funções autorreguladoras e experiências de interação com o mundo externo (Costa, 2004);
4) A fantasia, como "processo imaginativo das funções físicas". No brincar, essas funções se potencializam, sendo a brincadeira responsável por instituir situações organizadoras em termos de espaço e tempo, colocando em pauta as questões de corpo, do psiquismo com todas as suas angústias e a necessidade de projetar seu destino (Winnicott, 1975, Safra, 2006). Ao fazer uso de símbolos, a criança projeta-se além da experiência sensorial, produzindo assim a presença indireta do Outro e de si própria;

5) A agressividade e a criatividade como categorias fundamentais para o desenvolvimento da vida emocional.

Sintetizando, na sua teoria Winnicott apresenta a ideia da tendência inata do desenvolvimento emocional. Todavia, esclarece que ela não acontece na ausência de condições adequadas, e esta seria a grande dificuldade: gerar condições relacionais que favoreçam o bom desenvolvimento emocional desde o nascimento.

1.1.2. Jean Piaget (1896 – 1980)

Biólogo Suíço, Piaget desenvolveu a Epistemologia Genética, cujo objetivo é distinguir as "raízes das diversas variedades de conhecimento a partir de suas formas mais elementares e acompanhar seu desenvolvimento nos níveis ulteriores até, inclusive, o pensamento científico" (Piaget, 2002, p. 2).

Para ele, a construção do conhecimento resulta da interação entre sujeito e objeto em virtude de ações e é indefinida, o que implica a necessidade de conhecer todas as suas fases e seus mecanismos. O desenvolvimento é uma construção contínua de conhecimento, com funções constantes e comuns a todas as idades, e com estruturas variáveis, progressivas, que marcam as oposições de um nível de conduta para outro. A conduta tipicamente humana organiza-se em esquemas de ação ou representação adquiridos, elaborados pelo indivíduo a partir de uma experiência individual. Os esquemas de ação podem coordenar-se e formar estruturas de conhecimento.

As estruturas são as formas de organização da atividade mental, do ponto de vista do aspecto motor ou intelectual e do aspecto afetivo, incluindo as dimensões individual e social. Nas estruturas, tudo é construído gradativamente, de acordo com os interesses da criança a cada momento da aquisição do conjunto de suas noções e de suas disposições afetivas. Nesse sentido, a criança deve estar empenhada, desde o início, na construção do conhecimento a partir de sua ação, que corresponde a uma necessidade. A ação é impulsionada por um motivo que se traduz na forma de uma necessidade que, por sua vez, é a manifestação de um desequilíbrio mediante o qual a conduta precisa ser reajustada. A ação consiste no movimento contínuo e perpétuo de reajustamento e de equilibração (processo de organização das estruturas cognitivas em um sistema que permita a adaptação do indivíduo à realidade) perante a assimilação do objeto. A cada variação exterior, a ação e o pensamento se acomodam, se reajustam. A ação se finda quando houver a satisfação das necessidades, ou seja, logo que o equilíbrio entre o fato novo e a organização mental anterior à mudança se restabeleça (Piaget, 1964).

Os mecanismos de assimilação, acomodação e adaptação, como explica Piaget (1973), ocorrem a cada grande período do desenvolvimento. Os períodos são três e, cada um deles subdividido em estágios que comportam ao mesmo tempo um nível de preparação e outro de acabamento. Piaget então descreve, detalhadamente, os períodos e seus estágios que apresentaremos aqui de forma sintética.

O primeiro grande período é o sensório-motor (aproximadamente os dois primeiros anos, ou seja, do nascimento ao aparecimento da linguagem). Representa a conquista de todo o universo prático da criança. É subdividido em seis estágios: 1) o de exercícios reflexos; 2) dos primeiros hábitos; 3) da coordenação da visão, da preensão e início das reações circulares secundárias; 4) da coordenação dos esquemas secundários; 5) da diferenciação dos esquemas de ação por reação circular "terciária" e 6) do começo da interiorização dos esquemas e solução de alguns problemas, com parada da ação e compreensão brusca (Piaget, 1973, p. 53-55).

Dizendo de outra forma, o período sensório-motor é aquele dos primeiros hábitos motores e das primeiras percepções organizadas, da inteligência sensomotora ou prática, das regulações afetivas elementares e das primeiras fixações exteriores da afetividade. É o período da organização dos movimentos e dos deslocamentos, prefigurando o pensamento representativo ulterior.

O segundo período, o de preparação e organização das operações concretas de classes, relações e número, se estende de dois a 11-12 anos e é subdividido em dois subperíodos: 1) o de preparação funcional das operações, de estrutura pré-operatória e 2) o subperíodo de estruturação propriamente operatória.

O primeiro subperíodo é subdividido em três estágios: 1.1) por volta de dois e quatro anos, quando aparece a função simbólica e inicia a interiorização dos esquemas de ação em representação. A função simbólica aparece sob suas diferentes formas: linguagem, jogo simbólico, imitação diferenciada; 1.2) de quatro a cinco anos e meio, quando aparecem as primeiras organizações representativas; e 1.3) de cinco anos e meio a sete-oito anos, o estágio das regulações representativas articuladas.

O segundo subperíodo é o das operações concretas, que se estende de sete-oito anos a 11-12 anos, caracterizado por estruturas em vias de acabamento. Esse período, por sua vez, é subdividido em dois estágios: 2.1) das operações simples e 2.2) de acabamento de certos sistemas de conjunto no domínio do espaço e do tempo, em particular.

Finalmente, chegamos ao terceiro e último grande período, o das operações formais, que é subdividido em dois estágios. O primeiro estágio desde 11, 12

anos, com uma etapa de equilíbração para 13-14 anos (segundo estágio). Nesse período surgem as operações combinatórias, a capacidade de se representar e as estruturas de equilíbrio mecânico. Já a adolescência é o estágio das operações intelectuais abstratas (Piaget, 1964, 1973).

Concluindo, os três grandes períodos, com seus estágios específicos, constituem processos de equilibração sucessivos, em que a estrutura é integrada a um novo sistema em formação, significando que o desenvolvimento intelectual se caracteriza por uma reversibilidade crescente ou desvios e retornos. A cada momento do desenvolvimento a adaptação dá lugar a uma forma específica de organização do conhecimento. A adaptação é um mecanismo responsável pela proteção das mudanças sofridas pelas estruturas quando em contato com o ambiente (Piaget, 1973).

Piaget assinala que o essencial das construções de cada estágio permanece no decorrer dos estágios ulteriores, como subestruturas sobre as quais se edificam as novas características. Nos estágios do desenvolvimento mental da criança são analisados processos fundamentais tais como as construções de categorias de objeto, do espaço, da causalidade e do tempo (nos dois primeiros anos, categorias de ação), e, paralelamente, a evolução da afetividade em função daqueles. Depois, a socialização da ação, de dois a sete anos, e o pensamento, sua gênese. Em função das modificações da ação a inteligência é transformada, passando de senso-motora ou prática para pensamento propriamente dito, que se prolonga sob a influência da linguagem e da socialização.

De um modo geral, para Piaget a maturação e a experiência são fatores fundamentais para o desenvolvimento humano que precede a aprendizagem. Assim, centra-se na análise do nível de desenvolvimento operatório do sujeito ou das operações e esquemas lógicos utilizados por ele na realização de uma tarefa.

1.1.3. Liév Semiónovich Vigotski (1896 – 1934)

Vivendo e se desenvolvendo durante a revolução russa, Vigotski, proveniente de família aristocrata do final do século XIX, tinha diferentes pretensões com a Psicologia. Teve uma formação diversificada, cursando e se interessando por conhecimentos nas ciências humanas e naturais. Estudou Direito, Psicologia, Artes, Letras e Medicina. Em *O significado histórico da crise na Psicologia*, Vigotski (1996) discute vários fatores que atuavam como limitadores na construção de uma ciência psicológica a partir de uma visão integral (global ou holística do homem).

Uma de suas maiores preocupações era a construção de uma nova Psicologia. Vigotski viveu em plena revolução Russa e pretendia utilizar o marxismo como método para a construção da nova ciência. Foi um teórico que preocupou-se com a gênese das funções tipicamente humanas (funções psicológicas superiores) a partir de dimensões histórico-culturais (Vigotski, 1995).

Vigotski compreendia o desenvolvimento humano como um processo resultante de transformações genéticas alicerçadas pelo contexto sociocultural, a partir de uma plataforma biológica. Para ele, a apreensão do desenvolvimento só pode ocorrer na compreensão da unidade complexa entre os processos biológico e cultural, na sequência da história individual.

Ao abordar de forma crítica a ideia que se fazia, até então, do desenvolvimento psíquico, Vigotski foi inovador e pôde discutir problemas teóricos fundamentais. Sua visão ampla lhe permitiu elaborar importantes categorias para a explicação do processo de desenvolvimento. Dentre elas a categoria *internalização*, relativa à intersubjetividade. Assim, lançou a ideia de que tudo aquilo que é interno, do plano intrasubjetivo, foi primeiramente externo, intersubjetivo, colocando o papel ativo do aspecto social no desenvolvimento psicológico. Também elaborou a ideia de **zona de desenvolvimento proximal**, definida como sendo a diferença entre o desenvolvimento real e o potencial, ou seja, aquele que implica na resolução de problemas com a colaboração de outras pessoas.

Uma de suas maiores contribuições foi seu estudo das relações interfuncionais entre pensamento e linguagem, com o qual introduziu na Psicologia tanto a ideia de interdependência das funções psicológicas e de suas variações ao longo do desenvolvimento humano quanto o método de análise em unidades. Para ele, a unidade de análise do pensamento verbal é o significado da palavra. Como concluiu: "é no significado da palavra que o pensamento e a fala se unem em pensamento verbal" (Vigotski, 2003, p. 5).

Para Vigotski (2003), seu esquema de desenvolvimento da fala – social, egocêntrica e interior –, difere do esquema behaviorista – oral, sussurro, fala interior – e também da sequência de Piaget que parte do pensamento autístico não verbal para a fala socializada e o pensamento lógico, por meio do pensamento e da fala egocêntricos. No seu esquema, diferentemente, o desenvolvimento do pensamento parte do social para o individual. A fala interior do adulto "representa o pensar para si próprio". Propõe, assim, um estudo genético-causal das relações entre o desenvolvimento da capacidade de pensar da criança e seu desenvolvimento social. Conclui que o pensamento é gerado pela motivação, por desejos

e necessidades, interesses e emoções do sujeito. Sobre isso afirmou: "Por trás de cada pensamento há uma tendência afetivo-volitiva, que traz em si a resposta ao último "por que" de nossa análise do pensamento" (2003, p. 187).

Ao chegar a essa conclusão, Vigotski abriu um espaço para o estudo da categoria sentido, a que permite, como ele mesmo sugeriu, "uma compreensão plena e verdadeira do pensamento de outrem", o que somente se torna possível quando entendemos sua base afetivo-volitiva. Quer dizer, os motivos que estão por trás das falas.

Enfim, foi com seu método de análise em unidades que Vigotski pôde demonstrar a existência de um sistema dinâmico de significados, em que o afetivo e o intelectual se unem. Explicando: "cada ideia contém uma atitude afetiva transmutada com relação ao fragmento de realidade ao qual se refere" (Vigotski, 2003, p. 9).

Mediante toda a sua capacidade crítica e descobertas, poderíamos dizer que indicou o caminho para a compreensão da natureza do desenvolvimento humano. Completando, pode-se dizer que, a partir de Vigotski e de sua perspectiva histórico-cultural, entender o desenvolvimento é eliminar as dicotomias: objetivo X subjetivo, cognitivo X afetivo e individual X social, tarefa que tem sido realizada por estudiosos contemporâneos, com visões atuais do desenvolvimento humano, como veremos a seguir.

1.2. ATUALIZAÇÕES SOBRE DESENVOLVIMENTO HUMANO

Quando ouvimos falar em desenvolvimento humano o que imediatamente nos salta aos olhos é o crescimento e as transformações físicas e fisiológicas da criança ao longo dos primeiros anos de vida. No entanto, o desenvolvimento, que vem sendo abordado pelos teóricos da atualidade, constitui um conceito muito mais amplo e complexo; abrange dimensões intelectuais, sociais e emocionais de um indivíduo. Além disso, o desenvolvimento é um processo contínuo em nossas vidas, com início no momento da concepção e estendendo-se até a morte.

A psicologia do desenvolvimento é uma área da ciência psicológica que se preocupa com os processos envolvidos nas mudanças que ocorrem durante toda a vida do indivíduo. Como na psicologia encontramos várias formas de compreender, descrever e classificar esses processos de mudança, o desenvolvimento humano tem sido pesquisado a partir de perspectivas diversas, algumas delas convergentes quanto ao seu modelo epistemológico, outras, divergentes (González Rey, 1997).

Há perspectivas de autores do desenvolvimento cujas contribuições teóricas têm sido consideradas importantes para a prática e a pesquisa nas áreas de saúde e educação. Neste capítulo nos preocupamos em relacionar algumas contribuições, cujas tendências vêm sendo desenvolvidas e aplicadas em vários centros brasileiros de ensino e pesquisa. Este é o caso das contribuições de Vigotski, especialmente quanto aos temas: afeto, cognição e desenvolvimento da personalidade.

1.2.1. O afeto (emoções)

Até bem pouco tempo, as emoções eram relegadas a categorias inferiores do ser humano; a educação, neste contexto, era considerada o processo através do qual havia o controle cada vez maior desses tipos de manifestações – afetivas –, até que elas pudessem ser extintas, como cita o próprio Vigotski em seu estudo sobre a teoria das emoções (datado de 1934).

Para Vigotski, as emoções não eram entendidas como reações a estímulos sensoriais, mas como sendo construídas a partir das relações sociais e tendo origem nas primeiras relações que se estabelecem entre o bebê e a mãe (e/ou pessoas de contato).

1.2.2. A cognição

O pensamento, por sua vez, era visto como tendo origem nas formas inferiores ou naturais, ligadas a atividades práticas. A sua visão era de que o pensamento, ao sofrer a ação da linguagem ou da "fala", instrumento simbólico-cultural, tomava novos rumos, edificando as funções psicológicas superiores no ser humano; transformando-se em pensamento complexo ao longo da vida.

Ainda para Vigotski, a linguagem, processo paralelo ao pensamento, originava dos gestos voltados para o outro ou para o mundo (criança em contato com objetos, na brincadeira). As primeiras formas de pensamento na criança são difusas, globais e sofrem diferenciações durante o processo educacional, na relação com o outro social, através de vivências. É ao longo da vida da criança que, através de uma série de transformações, a palavra adquire uma relação interna e passa a exercer uma ação sobre o pensamento e vice-versa, ampliando a consciência. A fala surge, portanto, como um instrumento psicológico organizador.

Vigotski (1995) elaborou a ideia de que os elementos cognitivos se organizam na psiquê humana produzindo sentidos na relação com as emoções. A categoria "sentido", uma de suas últimas contribuições, foi por ele discutida na relação da

linguagem com o pensamento e com as emoções de cada sujeito. Para Vigotski, a palavra vem impregnada de significados culturais, mas a ela serão atribuídos e gerados sentidos diversos relativos à história e às vivências dos sujeitos envolvidos na comunicação.

Para González Rey (2005), as emoções se integram em uma cadeia de produção ao longo da vida, integrando-se aos aspectos simbólicos e delimitando, assim, o sentido subjetivo, categoria que explica a unidade desses dois processos em um mesmo sistema, sem que nenhum deles se reduza ao outro ou perca sua autonomia. Para esse autor (González Rey, 2003), a emoção é uma condição permanente na definição do sujeito. A linguagem e o pensamento se expressam a partir do estado emocional de quem fala e pensa. Assim, diferentemente do que propõe o construcionismo social, Rey acredita que a natureza social das emoções não está associada às práticas linguísticas que caracterizam as relações.

Na comunicação, uma das principais funções da linguagem, todos esses elementos estão presentes de forma integrada; mais especificamente, configurados em uma lógica própria do sujeito. É através desse processo que o ser humano, na inter-relação com o outro, produz significados e sentidos que vão atuar na construção do pensamento e na constituição de sua subjetividade.

A Educação se dá pelo processo de comunicação. Os processos de comunicação, portanto, podem ser entendidos como parte integrante da atividade humana, e são responsáveis por promover um dos papéis fundamentais da espécie: tornar-se humano (González Rey, *apud* Cupolillo e Costa, 2005).

Para Tacca (2004), o desenvolvimento humano está implicado na variação de dois processos, na unidade dinâmica cognição-afeto. Assim como o pensamento não corresponde ao real, embora sua atividade não se encontre separada dele, as ações surgem e são movidas por processos dinâmicos, por necessidades e impulsos afetivos. O pensamento sempre está motivado ou é resultado de um impulso afetivo. A condição dinâmica é inerente ao pensamento – funciona como condição para que ele ocorra.

No cotidiano das atividades educativas, a ação do outro exerce papel fundamental no desenvolvimento e na produção de sentidos, através do aprendizado. Assim, o desenvolvimento do pensamento e das emoções se dá na relação com outros, em contextos diversos, como na sala de aula, na família e em demais espaços culturais.

A compreensão dos sentidos e significados atribuídos e gerados em espaços educativos é importante para o processo ensino-aprendizado a partir da perspec-

tiva do sujeito que aprende, que movimenta e desestabiliza o sujeito que ensina, instigando-o ao aprendizado e a novas formas de lidar com o mundo. Porém, os significados só se tornarão instrumentos do pensamento à medida que perpassarem um caminho que integre os sentidos ou as singularidades de cada sujeito aprendiz (Tacca, 2005).

Em síntese, através do processo educacional e das vivências do sujeito em contextos diversos, tal como a família, há a produção permanente de significados e sentidos que vão se tornando cada vez mais distantes de sua origem no processo de desenvolvimento.

1.2.3. O desenvolvimento da personalidade

De acordo com González Rey (2005), a personalidade como sistema não é desenvolvida em todas as esferas da vida do sujeito, nem tampouco o sujeito personaliza seu comportamento em todas as esferas sociais de que participa. O sujeito se desenvolve através de motivações autênticas, ao redor das quais se organizam suas "configurações subjetivas", suas "formações psicológicas complexas". A personalidade, portanto, não representa um somatório de elementos organizados de forma estática, expressos linearmente em condutas específicas.

A categoria "configuração" pressupõe a ideia de que elementos similares podem expressar sentidos psicológicos distintos em configurações diferentes. Para González Rey (2005), a personalidade é uma organização sistêmica, viva e relativamente estável das diferentes funções psicológicas, uma configuração de configurações. Seus sistemas e as integrações funcionais de seus conteúdos participam ativamente das funções reguladoras e autorreguladoras do comportamento, exercidas pelo sujeito. As unidades psicológicas primárias (traços, atitudes, estereótipos e outras) são personológicas, nas quais o sentido psicológico pode variar. No nível individual, quando um desses elementos se automatiza totalmente, e se expressa à margem da mediatização personológica, passa a ser um traço individual e deixa de ser, portanto, um elemento da personalidade.

No processo de desenvolvimento, o sentido subjetivo torna-se independente dos processos simbólicos e das emoções que o geraram, desdobrando-se em formas irreconhecíveis para o sujeito e outros. Os desdobramentos e entrelaçamentos dos sentidos subjetivos são múltiplos. Exemplo: uma criança, cujo pai agride sua mãe, pode integrar várias emoções, como ódio, insegurança e gerar outras emoções que, por sua vez, associam-se a processos simbólicos, como a produção de imagens, ideias e fantasias. Na configuração de sua sexualidade, pode aparecer

um sentido subjetivo associado a um certo sadismo ou masoquismo; ou associado a uma inferioridade na relação com outras crianças; ou, ainda, a uma rejeição pelas figuras de autoridade, tornando-se parte de suas configurações na vida.

González Rey enfatiza, pois, o caráter vivo da configuração subjetiva da personalidade, a sua expressão através do sujeito psicológico, implicada de forma permanente no sentido que o sistema atual de relações possui para ele. Exemplo: a insegurança que a pessoa pode adquirir em relação ao parceiro quando há uma configuração subjetiva com um sentido de imprescindibilidade um do outro. Se a comunicação entre o casal se deteriora, o sentido subjetivo da insegurança pode mudar, e pode surgir uma dependência irracional, temor de separação como expressão de um novo sentido psicológico do mesmo elemento, implicando uma configuração subjetiva diferente.

As configurações da personalidade não se formam por uma ação intencional do sujeito, ainda que esta seja importante na determinação de seu desenvolvimento, sobretudo a partir da adolescência, assim como as configurações personológicas são importantes no que o sujeito faz e na forma como faz. O sujeito é, portanto, a fonte para o estudo da personalidade; é a expressão real, individualizada que assume a personalidade ao longo do desenvolvimento e que se produz sempre em um indivíduo concreto (González Rey, 2005).

O sujeito gera, em cada momento de sua vida, novos sentidos subjetivos e novas necessidades em direção ao aprendizado ou a repulsa de algo – sua aproximação ou afastamento –, dependendo de como é guiado o processo educacional. Na família, cada sujeito gera diferentes sentidos subjetivos das experiências no decorrer de sua história. Há casos de crianças que, ao constituir um sentido subjetivo de exclusão da família, optam por deixá-la para viver nas ruas, sentido este que, uma vez fazendo parte de suas configurações de personalidade, pode perpassar por suas diferentes relações, ao longo de sua vida (Peres, 2001).

Assim, o estudo da produção de sentidos subjetivos das experiências e ações do sujeito se constitui em importante via de explicação da gênese do processo de desenvolvimento humano e, portanto, na possibilidade da criação de novas práticas que ajudem o psicólogo a enfrentar o desafio das demandas atuais de crianças, adolescentes, adultos e idosos de nossa sociedade.

1.3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COSTA, J.F. *O Vestígio e a Aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

CUPOLILLO, M.V; COSTA, A. *A Psicologia em Diálogo com a Educação*. Alternativa: Goiânia, 2004.
GONZÁLEZ REY, F. L. *Comunicación, personalidad y dessarrollo*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1995.
_____. *Epistemologia Qualitativa y Subjetividade*. Educ: São Paulo, 1997.
_____. *Sujeito e Subjetividade*. Thomson: São Paulo, 2003.
GONZÁLEZ REY, F. L (ORG.) *Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia*. Thomson Learning: São Paulo, 2005.
PERES, V. L. A. O Estudo da Subjetividade na Família: Desafios Metodológicos. In: Fernando González Rey. *Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia*. São Paulo: Thomson Learning. 2005. pp. 311-333.
PIAGET, J. *Seis Estudos de Psicologia*. Rio de Janeiro: Forense, 1964.
_____. *Problemas de Psicologia Genética*. Rio de Janeiro: Forense, 1973.
_____. *Epistemologia Genética*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
SAFRA, G. *Desvelando a Memória do Humano; o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado o silêncio*. São Paulo: Edições Sorbonost, 2006.
TACCA, M. C. Relação Pedagogia e Desenvolvimento da Subjetividade. In: GONZÁLEZ REY, F.L (ORG.), *Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia*. Thomson Learning: São Paulo, 2005.
WINNICOTT, D.W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
_____. *A Família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
_____. W. Tudo Começa em Casa. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
VASCONCELLOS, V. M. R.; VALSINER, J. *Perspectiva co-construtivista na Psicologia e na Educação*. ARTMED: Porto Alegre, 1995.
VIGOTSKI, L. *Obras Escogidas III (inclusive Problemas del desarrollo de la psiquê)* Madrid: aprendizaje Visor, 1995.
_____. *Teoria de las emociones: estudio histórico-psicológico*. Akal Ediciones S.A: Madrid.
_____. *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

1.4. QUESTÕES

1. (Nucepe/MPE-PI/Analista Ministerial/Psicólogo/2009) Como método pedagógico, o Construcionismo parte do pressuposto de que o conhecimento humano se desenvolve a partir:

a) de uma postura pragmática e racionalista diante dos fatos da vida cotidiana;
b) de trocas de significados das experiências vividas por pessoas historicamente situadas;
c) da utilização operativa de métodos científicos de análise racional;
d) de uma base filosófica para a qual a verdade absoluta só pode ser acessada pela construção intelectual;
e) de um método científico positivista baseado nas premissas de Augusto Comte.

2. (Instituto Ludus/Pref. São João dos Patos-MA/Psicólogo Educacional/2010) Piaget dividiu o desenvolvimento do pensamento da criança em quatro estágios.
Relacione-os:
I. Estágio Sensório-Motor
II. Estágio Pré-Operacional
III. Estácio Operacional Concreto
IV. Estágio operacional Formal
( ) A principal aquisição desse período é aprender a pensar e lidar com as ideias e objetos. A criança começa a considerar conscientemente as coisas imaginárias e as possíveis, torna-se capaz de lidar com os problemas de forma sistemática e metódica.
( ) A criança se habilita para o esquema das operações, tais como a soma, a subtração, a multiplicação, a ordenação serial. Mas elas ainda apresentam dificuldades em lidar com questões abstratas.
( ) Predomina, neste estágio, a atividade sensorial (dos cinco sentidos) e, quase totalmente, o bebê opera com ações do tipo olhar, tocar, pegar e sugar.
( ) O Estágio Pré-Operacional vai dos dois aos seis anos e se caracteriza pelo egocentrismo da criança.
A sequência correta, de cima para baixo, é:
a) II – III – IV – I;
b) IV – II – III – II;
c) III – IV – II – I;
d) IV – III – I – II;
e) I – II – III – IV.

3. (Conesul/Pref. Porto Alegre-RS/Psicólogo/2008) A partir das teorias de Piaget, relacione os termos descritos na primeira coluna com suas definições na segunda coluna.
1. Assimilação
2. Acomodação
3. Conservação
4. Função semiótica
( ) É o esquema de permanência do objeto.
( ) É a modificação de um esquema em outro, capaz de assimilar objetos anteriormente não assimiláveis.
( ) Capacidade de distinguir o significado do significante que permite à criança libertar-se do presente e inserir os objetos e os fatos no tempo.
( ) Consiste em uma incorporação dos objetos aos esquemas de ação do sujeito.
Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta das letras, de cima para baixo.
a) 2, 3, 1, 4.
b) 4, 3, 1, 2.
c) 3, 1, 4, 2.
d) 1, 2, 4, 3.
e) 3, 2, 4, 1.

4. (Instituto Ludus/Pref. São João dos Patos-MA/Psicólogo Educacional/2010) As teorias psicológicas da aprendizagem são múltiplas e variadas, mas têm em comum a concepção básica de que:

a) os processos de aprendizagem desempenham um papel central no desenvolvimento do ser humano;
b) os processos de desenvolvimento do ser humano desempenham um papel central para a aprendizagem;
c) os processos de aprendizagem não desempenham papéis centrais no desenvolvimento do ser humano. Porém, se constituem de fatores importantes;
d) a aprendizagem e o desenvolvimento não estão intimamente relacionados;
e) a aprendizagem não é fator preponderante para o indivíduo, contudo, auxilia no desenvolvimento do ser humano.

5. (Esag/EAFRS/Psicólogo/2003) Piaget distingue quatro grandes períodos do desenvolvimento das estruturas cognitivas, que estão, de certo modo, ligadas ao desenvolvimento da afetividade. Dentre as alternativas abaixo podemos afirmar corretamente que:

a) no período das operações concretas a criança se limita mais ao seu ponto de vista, baseando seus raciocínios em enunciados verbais e hipotéticos;
b) há um duplo jogo de assimilação e acomodação, graças ao qual a criança se adapta ao meio em que vive, podendo, assim, desenvolver suas estruturas psíquicas;
c) o primeiro período, que se estende até cerca de 12 meses, é o da inteligência sócio-motora, que é posterior à linguagem e ao pensamento propriamente dito;
d) Piaget deu pouca ênfase à questão do desenvolvimento dos processos cognitivos no adolescente e às novas relações sociais que eles permitem.

6. (Conesul/Pref. Porto Alegre-RS/Psicólogo/2008) Se fosse possível traduzir em equações simbólicas a evolução da criança desde o estado de indiferenciação e fusão com a mãe até a aquisição de sua idade adulta, se poderia esquematizá-la da seguinte forma:

Relacione a primeira coluna de acordo com a segunda coluna.

1. Criança no útero da mãe
2. Criança nos primórdios da vida extra-uterina
3. Criança ao completar o 1º ano de vida
4. Criança durante o processo de aprendizagem escolar
5. Indivíduo no limiar da condição adulta

A. O Universo é meu
B. O Universo é algo que compartilho com os outros
C. O Universo sou eu
D. O Universo existe em função de mim
E. O Universo existe independente de mim e eu sou parte dele

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta das letras, de cima para baixo.

a) 1, 4, 2, 3, 5.
b) 3, 2, 4, 1, 5.
c) 1, 5, 2, 3, 4.
d) 2, 4, 1, 3, 5.
e) 3, 5, 1, 2, 4.

7. (IF-RS/Psicólogo/2009) Em relação à teoria de Vygotski é correto afirmar que:

I. A linguagem intervém no processo de desenvolvimento intelectual da criança praticamente já desde o nascimento.

II. O processo de formação de pensamento é despertado e acentuado pela vida social e pela constante comunicação que se estabelece entre crianças e adultos, a qual permite a assimilação da experiência de muitas gerações.

III. O desenvolvimento e a aprendizagem são processos opostos, de modo que quanto maior a aprendizagem menor o desenvolvimento.

a) Apenas alternativa I está correta.
b) Apenas I e II estão corretas.
c) Apenas II e III estão corretas.
d) Alternativas I, II e III estão corretas.

8. (FCC/TRE-SP/Analista Judiciário/Psicólogo/2004 A utilização do termo "mãe suficientemente boa", por Donald W. Winnicott, diz respeito a:

a) capacidade materna de atribuir limites para a criança;
b) adaptação do bebê à natureza das qualidades de sua mãe;
c) qualidade que a mãe possa manifestar ao recém-nascido;
d) parcial capacidade da mãe de tranquilizar seu bebê;
e) adaptação da mãe às necessidades do bebê recém-nascido.

9. (Funrio/Polícia Militar-RJ/Tenente/Psicólogo/2008) Piaget formulou sua teoria do desenvolvimento infantil sobre quatro conceitos fundamentais:

a) hereditariedade, adaptação, esquema e equilíbrio;
b) hereditariedade, meio ambiente, esquema e equilíbrio;
c) hereditariedade, estádios de desenvolvimento, esquema e linguagem;
d) reflexos inatos, adaptação, estádios de desenvolvimento e estruturas cognitivas;
e) cognição, esquemas, meio ambiente e equilíbrio.

10. (Conesul/CERON-RO/Psicólogo/2006) Sobre o desenvolvimento emocional primitivo do bebê, Winnicott refere que falhas ambientais, principalmente no vínculo mãe-bebê, podem ocasionar prejuízos emocionais que provocam uma adaptação patológica. Esse fenômeno, ou defesa, tem o nome de:

a) sobreadaptação;
b) área de ilusão;
c) depressão analítica;
d) falso self;
e) Nenhuma das respostas anteriores.

11. (Neconsultoria/Pref. Palmares-PE/Psicólogo/2007) Sobre a origem e o desenvolvimento da função simbólica da criança, é correto afirmar:

a) A criança, através de suas ações e de sua linguagem, representa seus esquemas e conceitos.

b) Os símbolos são signos, porém não o são objetivamente por uma relação de representação, mas de causalidade e contiguidade.
c) Os primeiros signos representativos (ou seja, os primeiros símbolos) aparecem em períodos intervalares longos e se estendem por toda primeira infância.
d) A criança realiza originalmente suas primeiras ações simbólicas para representar objetos presentes.
e) Os símbolos são formas elaboradas de comunicar-se em primeiro lugar consigo mesmo e, em segundo, com os demais.

12. (COMPERVE-UFRN/MPE-PB/Pedagogo/2007) O conceito de "zona de desenvolvimento proximal", desenvolvido por Vygotsky, possibilita compreender funções e desenvolvimentos que estão a caminho de se completarem. Nesse sentido, analise as afirmativas a seguir, identificando com V a(s) verdadeira(s) e com F, a(s) falsa(s):

( ) O processo de desenvolvimento nada mais é do que a apropriação ativa do conhecimento disponível na sociedade em que a criança nasceu.
( ) A aprendizagem precederia o desenvolvimento intelectual, seguindo-o e com ele coincidindo.
( ) A criança aprende e interage em sua maneira de pensar o conhecimento de sua cultura.
( ) O desenvolvimento intelectual mais complexo torna-se imutável.
( ) O processo de desenvolvimento consiste, apenas, na apropriação das informações processadas pelos professores em ambientes de aprendizagem.

A sequência correta é:

a) V, F, F, V, V;
b) F, V, F, V, F;
c) V, F, V, F, F;
d) F, V, F, F, V;
e) V, V, V, F, V.

A respeito do atendimento psicológico de crianças pequenas com perturbação de comportamento, julgue os itens subsequentes (C-correto; E-errado).

13. (Cespe-UnB/MPE-TO/Analista Ministerial/Psicologia/2006) Quando a causa dos distúrbios de comportamento da criança pequena não é a personalidade dos pais, outros motivos podem estar na origem do problema: o nascimento de um irmão, a separação da criança pequena de sua mãe ou distúrbios ligados ao desenvolvimento. Nesses casos, é possível remediar o distúrbio e também tomar medidas preventivas no sentido de evitar sua reincidência ou consequências nas fases posteriores do desenvolvimento.

14. (COMPERVE-UFRN/MPE-PB/Pedagogo/2007) Vigotski defende a ideia de contínua interação entre as mutáveis condições sociais e a base biológica do comportamento humano. Sob essa perspectiva, pode-se afirmar:

I. A linguagem e a interação desempenham papéis importantíssimos na formação e organização do pensamento complexo e abstrato individual.

II. O desenvolvimento do pensamento recebe grande influência da linguagem e do comportamento de pessoas experientes, o que leva os sujeitos, gradativamente, a adquirirem capacidade de se autorregularem.

III. Pensamento e linguagem são dois círculos independentes que produzem o chamado pensamento verbal.

IV. As estruturas de linguagem dominadas pelas crianças passam a constituir as estruturas básicas de sua forma de pensar.

V. Os fatores biológicos constituem elementos preponderantes sobre os sujeitos sociais somente na fase adulta.

Estão corretas apenas:

a) I, II e III;
b) I, II e IV;
c) III, IV e V;
d) I, III e V;
e) II e V.

As inter-relações entre o conhecimento psicológico e a educação se constituem em uma área de grande interesse para a ciência do desenvolvimento humano. Julgue os itens a seguir, que expressam teorizações importantes e que têm influência na educação e na compreensão de processos educacionais (C-correto; E-errado).

15. (Cespe-UnB/FUB/Psicólogo Escolar/2009) A teoria construtivista defendida por Piaget teve grande impacto tanto na Europa como nos Estados Unidos da América. Segundo essa teoria, o conhecimento não é adquirido apenas pelo impacto do ambiente externo, mas também pela ação do próprio sujeito epistêmico.

16. (Cespe-UnB/FUB/Psicólogo Escolar/2009) Para Vygotsky, o ensino escolar orienta e organiza os processos internos do desenvolvimento.

17. (Cespe-UnB/FUB/Psicólogo Escolar/2009) Piaget reconhece a influência da afetividade nas estruturas mentais.

18. (Cespe-UnB/FUB/Psicólogo Escolar/2009) A emoção é o sistema de atividade que corresponde a situações reais e é entendida como uma reação postural na exteriorização da afetividade, sendo o elemento que estabelece o vínculo entre homem e meio.

19. (Cespe-UnB/FUB/Psicólogo Escolar/2009) Segundo Vygotsky, apenas a construção do eu não é mediada pelos processos sociais.

20. (Cespe-UnB/FUB/Psicólogo Escolar/2009) Ao entrar na escola, a criança deposita na figura do professor os sentimentos amorosos ou agressivos destinados às figuras parentais e sua relação com o conhecimento é marcada por essa condição.

21. (Cespe-UnB/FUB/Psicólogo Escolar/2009) Para Piaget, os quatro processos que caracterizam a revolução intelectual do período sensório-motor são: o esquema prático do objeto, a evolução do espaço prático, a causalidade e a objetivação das séries temporais.

Gabarito

1. B	8. B	15. C
2. D	9. A	16. C
3. E	10. D	17. C
4. A	11. A	18. C
5. B	12. C	19. E
6. E	13. C	20. C
7. B	14. B	21. C

Página deixada intencionalmente em branco

Capítulo 2

Teorias da personalidade

Gleiber Couto
Sanyo Drummond Pires
André Vasconcelos Silva

A questão sobre o que é a personalidade é bastante simples de se propor, porém, é igualmente difícil de responder. Trata-se de um dos poucos campos de estudo em psicologia nos quais há a possibilidade de uma abordagem integrada do indivíduo. Os esforços, teórico e de pesquisa, passam pela tentativa de compreender como as partes "dissecadas" pelos estudos dos demais eventos psicológicos formam um organismo adaptado ao meio físico e social (Pervin & John, 2001). Em todas as posições teóricas apresentadas neste relato, pode-se notar essa tendência a integração dos demais aspectos psicológicos de modo a formar um conceito de personalidade.

A integração indicada perpassa discussões de diversas dimensões. Pervin (1985) indica três dimensões correntes no direcionamento dos estudos sobre a personalidade: a) dimensões relacionadas à pessoa e à situação, b) os modelos de processamento da informação e c) as estratégias de pesquisa. Facilmente observam-se na revisão da literatura de Pervin as convergências e divergências nas estratégias de pesquisa, ponto considerado relevante para uma reflexão posterior sobre a integração nos estudos da personalidade.

Para se compreenderem os esforços indicados historicamente no estudo sobre a personalidade deve-se dimensionar o uso do termo. O termo "personalidade" tem sido utilizado, segundo Funder (2001), em três contextos distintos: a) contexto teórico, que aborda questões referentes aos padrões característicos dos indivíduos, como o pensamento, as emoções, os comportamentos, bem como os mecanismos psicológicos, ocultos ou não, por trás desses padrões; b) contexto empírico, que envolve a capacidade de se reunir e analisar dados que re-

velem como pessoas, situações e comportamentos são inter-relacionados, além de evidenciar o desenvolvimento de instrumentos psicométricos para esclarecer a natureza dessas relações; e c) o contexto institucional, que busca promover a integração das diversas contribuições psicológicas, passando por aspectos do desenvolvimento social, cognitivo e biológico, visando, contudo, uma compreensão de pessoas integradas e das dimensões das diferenças que permitem que as pessoas sejam psicologicamente distintas umas das outras.

Portanto, para se verificar a relevância da integração, como elemento constitutivo e propulsor do uso do termo personalidade na atualidade, deve-se entendê-la como sendo historicamente baseada em vários diferentes paradigmas amplamente abrangentes: psicanalítico, teoria do traço, behaviorista, humanístico, dentre outros. Esses paradigmas, na verdade, não apenas têm fundamentado o estudo da personalidade, mas também a constituição de toda a Psicologia em si.

Nos últimos anos, diversos paradigmas teóricos têm se expandido consideravelmente e fortalecido sua aplicabilidade nos estudos sobre personalidade (Funder, 2001). Porém, novos paradigmas também têm sido desenvolvidos para o estudo desse campo.[1]

Este texto, portanto, tem o objetivo de explicitar, de forma sucinta, os aspectos mais importantes de quatro posições clássicas e teóricas a respeito do termo personalidade: Psicanalítica, Humanista, Comportamentalista e Cognitivista. A ideia que norteou os esforços de compilação aqui presentes foi a de oferecer subsídios para a compreensão dos principais elementos das teorias apresentadas, como num manual de consulta rápida. Além disso, as quatro posições permitem aos leitores uma visão dos grandes paradigmas clássicos que têm fundamentado o desenvolvimento teórico, empírico e institucional do campo de estudo da Personalidade. Porém, como a proposta é apresentar os elementos necessários a uma síntese, o leitor deve estar atento ao possível erro e a eventuais simplificações dos paradigmas abordados, especialmente no que diz respeito às dimensões empírica e institucional.

2.1. BREVE HISTÓRICO

Historicamente a palavra personalidade deriva do termo Grego *persona*, que originalmente representava a máscara usada pelos atores nas apresentações te-

[1] Artigo em preparação acerca das abordagens atuais do estudo da personalidade, a saber: a) evolutiva, b) biológica e c) cognitiva-social.

atrais. Como máscara, vista durante a apresentação encenada pelo ator, representava um conjunto de características diferentes daquelas que são próprias do indivíduo que usa a máscara.

Ao longo do tempo o termo personalidade perdeu a conotação de representação de características ilusórias e passou a representar não a máscara, porém a pessoa real, com suas características explícitas ou manifestas. Em seguida, o termo passou a designar características encontradas no âmago do ser humano, sob as impressões superficiais. Essa evolução do significado caracterizou uma mudança de atenção que se deslocava das características manifestas para as qualidades psicológicas íntimas de um indivíduo.

Desse modo, o termo foi se modificando, desde a designação de uma ilusão externa passando pela descrição de uma realidade superficial até os velados traços íntimos. Esse terceiro significado é atualmente usado para descrever um padrão complexo de características psicológicas profundamente embutidas que são em grande parte inconscientes e estáveis, que se denunciam de forma indireta em quase todas as facetas de funcionamento do indivíduo. Tais características são intrínsecas e arraigadas, e emergem de uma complexa matriz de disposições biológicas e experiências de aprendizagem. Ultimamente reúne os padrões de diferenças individuais de percepção, sensibilidade, pensamento, estratégias de defesa e comportamento (Millon & Davis, 1996).

2.2. PRINCIPAIS TEORIAS

2.2.1. Teoria psicanalítica da personalidade

Podemos compreender a teoria psicanalítica da personalidade dentro de um grupo de teorias mais amplo, denominado teorias psicodinâmicas da personalidade. A ideia de uma teoria psicodinâmica da personalidade geralmente se refere às concepções psicanalíticas. Ela se refere ao fato de que nossa personalidade é consequência da dinâmica que se estabelece entre as estruturas psíquicas. De maneira geral, podemos dizer que, nas teorias psicodinâmicas, são as forças e organizações internas do psiquismo e os arranjos entre essas forças e organizações que irão caracterizar o psiquismo. Esses arranjos, por mais que busquem estabelecer uma estabilidade, não se configuram como algo novo, ou uma nova instância, mas sempre em uma relação entre instâncias autônomas.

No entanto, geralmente quando se fala em teoria psicodinâmica da personalidade se refere à relação entre as instâncias psíquicas propostas por Freud na segunda tópica da teoria psicanalítica, que descreveremos a seguir. Porém,

pode-se entender, de maneira mais ampliada, uma teoria psicodinâmica da personalidade como toda teoria na qual a organização da personalidade se dê em função da dinâmica entre diferentes instâncias intrapsíquicas.

A teoria da personalidade psicanalítica geralmente é identificada pela segunda teoria tópica proposta por Freud (1856 – 1939), ou seja, a divisão das estruturas de funcionamento do psiquismo entre id, ego e superego (Freud, 1923). No entanto, o primeiro aspecto a ser destacado é que a teoria da personalidade propriamente dita não se reduz à estrutura do aparelho psíquico, mas poderia ser mais bem compreendida na forma de relacionamento entre as instâncias dessa estrutura. Isso marca a teoria da personalidade psicanalítica como uma teoria psicodinâmica da personalidade.

As instâncias apresentam funções diferenciadas e podem ser percebidas como "lugares" – topos – onde determinadas atividades do psiquismo se realizam. Porém esses lugares não estão localizados em uma determinada parte do cérebro ou do corpo. São, antes de tudo, "lugares dinâmicos".

A compreensão dessa teoria passa pelo entendimento do que é articulado nesses lugares. Mas antes dessa divisão das instâncias do aparelho psíquico em id, ego e superego (segunda teoria tópica) veio a divisão: consciente, pré-consciente e inconsciente (Freud, 1915). Dessa forma, as instâncias de funcionamento psíquico devem ser consideradas conjuntamente, ou seja, tanto o id, quanto o ego e o superego vão apresentar dimensões conscientes, pré-conscientes e inconscientes.

A compreensão dessa articulação entre as duas "tópicas" é importante para a compreensão do funcionamento do psiquismo na psicanálise e consequentemente as formas como essas dinâmicas vão se organizar. A articulação entre as duas divisões das instâncias de funcionamento, primeira e segunda tópica, apesar de esclarecer quanto à estrutura do psiquismo na psicanálise, remete a outro ponto, a compreensão de sua dinâmica de funcionamento. De maneira geral, a articulação entre os diversos lugares de funcionamento do psiquismo não se dá de maneira harmônica. Primeiro, por estarem regidos por princípios dessemelhantes, como o princípio de prazer e o princípio de realidade, ou o processo primário e o processo secundário. Segundo, porque os diversos impulsos e necessidades, ou pulsões, presentes no organismo vão competir entre si por sua satisfação. Essas pulsões podem possuir inclusive caráter contraditório, como nos casos das pulsões de vida, que buscam a autopreservação e a união com as pessoas e as coisas, e as de morte, que buscam a destruição e a separação (Freud, 1920).

Somam-se a isso também as formas como o psiquismo constrói suas defesas, de maneira diferente nas partes conscientes e inconscientes das instâncias e levando em consideração realidades diferentes, mas coexistentes, como a necessidade de defesa enquanto indivíduo isolado e enquanto membro de um grupo (Freud, 1930).

Por responderem a perigos e necessidades diferentes, os mecanismos de defesa muitas vezes entram em atrito, pois se defender ou saciar uma necessidade em uma instância pode ser equivalente a se expor ao perigo ou se privar de algo vital em outra instância. E esse atrito é, de certa forma, o funcionamento normal do psiquismo. Essa desarmonia não é passível de ser superada, mas constitutiva do psiquismo.

E é na forma de articulação da dinâmica conflitiva estabelecida entre as diversas instâncias e princípios de funcionamento do psiquismo que se constroem modos mais ou menos constantes de relação entre essas instâncias e princípios, em que podem estar as bases para se compreender a personalidade dentro da psicanálise. Mas uma compreensão dessas relações, apesar de importante, ainda não é o suficiente para a teoria da personalidade na psicanálise. Tal dinâmica não opera somente com regras de inter-relação entre entidades abstratas, mas como materialização de um modo de existir no mundo de um organismo vivo, na sua relação com o mundo – natural e cultural. Esse organismo vivo, como todos os outros, não é algo estanque, mas em constante processo de mudança. Essas mudanças podem ser mais bem caracterizadas, do ponto de vista psíquico, como o surgimento de habilidades e necessidades novas, que vão demandar uma série de elaborações que irão se superpondo, também chamadas de fases do desenvolvimento psicossexual (Freud, 1905).

A fase oral é a primeira fase do desenvolvimento **libidinal** infantil e ocorre durante o primeiro ano de vida. Nela, o prazer sexual da criança está relacionado de maneira predominante com a estimulação da cavidade bucal. Nessa fase, ocorre a primeira experiência de falta que vai ter sua satisfação realizada pela alimentação. Essa experiência vai servir de modelo para a organização do aparelho psíquico na forma como este vai buscar definir e buscar os objetos necessários para a saciação de suas necessidades e das prioridades estabelecidas na organização da relação entre as instâncias psíquicas. Nessa fase ocorre a formação do ego.

A fase anal é a segunda fase do desenvolvimento **libidinal** infantil e ocorre dos dois aos quatro anos de vida. Com o desenvolvimento muscular da criança, ela passa a ter maior autonomia e maior capacidade de exercer sua vontade. O

controle dos esfíncteres vai possibilitar uma relação ampla de controle de si e das relações entre retenção e expulsão do organismo. Esse controle é atravessado também pela necessidade de se adequar às normas sociais de higiene. O ânus é então o órgão predominantemente associado ao prazer sexual. As relações de dominação, controle, retenção ou doação se desenvolvem fortemente nessa fase.

A fase fálica ocorre dos quatro aos cinco anos, após a fase anal. Nela, a criança já está relativamente desenvolvida e as pulsões que antes estavam organizadas primariamente em função de processos do aparelho digestivo (boca e ânus) agora vão se concentrar em função da zona genital, sendo somente o pênis percebido como órgão genital. A oposição entre a vivência genital masculina e feminina será a de possuidor do falo e castrado – ou com um pênis excessivamente atrofiado, o clitóris. A satisfação pulsional da criança se dará através da masturbação, ou mais apropriadamente, do autoerotismo.

Nessa fase ocorre o declínio do **Complexo de Édipo**. O processo que se iniciara na fase oral, em que a criança associa a figura da mãe com a sua sustentação e proteção, tornando-a seu objeto de amor por excelência e dirigindo todo seu ódio a qualquer agente que represente uma possibilidade de separação entre ela e a mãe, seja por meio de competição pela atenção materna seja por ser percebido como nocivo ou perigoso à figura materna. Como consequência ocorre então a internalização das regras sociais. No menino, esse processo se dá por meio da desistência da fantasia de matar o pai e assumir o seu lugar em função do medo de que este "castre" a criança – **angústia de castração**. A criança substitui então essa fantasia de matar o pai pela identificação com ele e, consequentemente, pela introjeção da figura paterna. No entanto, esse processo, provedor do desenvolvimento do superego, não se dá somente através da identificação com o que é percebido conscientemente sobre o pai. As angústias, percepções sobre o mundo e formas de organizações defensivas e ideais inconscientes presentes no superego das figuras parentais também são internalizadas de maneira inconsciente pela criança.

Já na menina, a formação do complexo de Édipo ocorre de forma diferenciada. Ela se percebe castrada. Isso vai gerar uma "inveja do pênis", e o fato de não possuir o pênis é atribuído à mãe, o que gera um ressentimento para com esta. A mãe, que era até então o objeto de amor por excelência, passa a ser substituída pelo pai, para o qual o investimento **libidinal** se volta, pois este pode proporcionar o falo, ou seu substituto simbólico, um filho.

A fase de latência ocorre por volta dos seis aos 12 anos. É um período geralmente considerado como calmo no desenvolvimento sexual. Devido às sanções internalizadas ao final da fase anterior, as relações com os objetos passam por um período de dessexualização. Essa energia sexual passa a se expressar através de investimentos com parcela de sua libido sublimada ou não, diretamente dirigida para o objeto, como por meio de sentimentos de ternura, construção de laços de amizade, sentimentos de pudor e percepções morais. Continua o desenvolvimento da identificação com as figuras parentais, e a criança geralmente se disponibiliza para integrar grupos e atividades sociais que extrapolem o ambiente familiar, se associando a grupos de amigos e a ideais estéticos e morais.

A fase genital inicia-se com a puberdade. A satisfação sexual passa a ser buscada através da canalização da sexualidade para um parceiro, e não mais através do autoerotismo. Nessa fase as pulsões dirigidas ao objeto de maneira direta estão associadas às que são sublimadas, que também se dirigem ao mesmo objeto, mas de maneira modificada. Temos então uma organização da sexualidade que deverá abarcar tanto os desejos **narcísicos** do sujeito quanto as imposições colocadas pela castração. O sujeito deve conseguir amar – estabelecer relações sexuais satisfatórias com outras pessoas – e trabalhar – utilizar a energia sublimada para transformar o mundo de forma a obter satisfação das necessidades.

Como visto, as fases de desenvolvimento da organização psicossexual da criança são responsáveis por uma estruturação do aparelho psíquico que ultrapassa as correlações entre as diversas instâncias que o formam. Muitos traços da personalidade do sujeito se constituirão em função da forma como essas fases serão vivenciadas e das alternativas que o psiquismo irá construir para solucionar ou postergar a solução das questões colocadas para o sujeito em cada fase.

Por exemplo, quando uma criança não consegue criar formas de superação satisfatória da dicotomia entre a onipotência que ele sentia anteriormente e a necessidade de chamar atenção da mãe para ser alimentado durante a fase oral, ela pode desenvolver traços de personalidade como a sensação de constante dependência, ou de pessimismo e conformismo para com o que lhe é dado e de passividade, em vez dos seus contrários em uma resolução satisfatória dessa fase.

Da mesma forma, podemos perceber fixações presentes nas outras fases, como um excessivo apego às coisas ou a necessidade exagerada de organização, características de uma má resolução da dicotomia entre reter ou expelir presentes na fase anal.

Já na fase fálica, as fixações se dão principalmente em função de uma má resolução do **Complexo de Édipo**. O conflito gerado pela castração simbólica, tanto como angústia de castração ou como inveja do pênis, vai marcar a relação da criança com a assimilação das leis e da identificação com as figuras parentais. Uma má resolução da criança com essa internalização de normas e modelos parentais vai causar dificuldades com a capacidade de assumir e desempenhar os papéis sexuais esperados pela pessoa – tanto os referentes à vida sexual quanto aos socialmente previstos para homens e mulheres. Embora para Freud questões como o homossexualismo ou o papel desempenhado no desenvolvimento dos bens culturais apareçam como fatores que identificam uma resolução satisfatória ou não do **Complexo de Édipo**, podemos pensar que essa afirmação não deve ser compreendida como a aceitação da divisão sexual do trabalho preponderante, mas como uma capacidade de criar espaços de intimidade e convivência, amar e trabalhar de maneira satisfatória (Marcuse, 1964).

Em grande parte, a personalidade vai se formar nessas três fases (oral, anal e fálica), pois é nesse período que se constroem as formas de como o ego vai lidar com os impulsos **libidinais**, como o sujeito busca solucionar as demandas provocadas por esses impulsos e as formas de se defender das pressões exercidas pelo mundo externo. O desenvolvimento de laços de amizade e perspectivas morais, bem como o aprendizado realizado no período de latência, se dará muito mais na forma de aquisição de instrumental cultural de relação com o meio e com a sociedade do que de estruturação do aparelho psíquico. Embora tais aspectos possam não ser constitutivos de uma "estrutura" de personalidade, eles vão influenciar no modo como a personalidade até então desenvolvida se manifestará socialmente. No entanto, apesar da expectativa de desenvolvimento, Freud aponta uma incompatibilidade inerente à estruturação do psiquismo pelo fato de este buscar suprir demandas tanto dos processos biológicos quanto da organização da civilização. Haverá sempre, então, algum grau de conflito presente no indivíduo na fase genital. Portanto, um sujeito, além da capacidade de estabelecer o amor genital, tem também a capacidade de trabalhar de maneira satisfatória, o que implicaria um desenvolvimento da personalidade mais elaborado.

2.2.2. Teoria humanista

Em psicanálise há sempre uma dicotomia intrínseca à própria organização da personalidade, seja ela decorrente de fixações no processo de desenvolvimento ou da diferença entre a construção de mecanismos de defesa. Uma teoria huma-

nista da personalidade, elaborada principalmente a partir dos estudos de Carl Rogers (1902-1987), também apresenta dicotomias, porém, não intrínsecas, mas na relação com os valores e as normas sociais.

Segundo essa teoria humanista, da mesma forma que existe uma tendência à desagregação e à desordem, existe também uma tendência, em todo ser vivo, para a busca do aumento de sua complexidade. Essa tendência é mais forte que a primeira. Toda ação das pessoas deve ser compreendida dentro de uma tendência ao aprimoramento e à maior sutileza e complexidade de organização.

Esse processo de crescimento se materializa nas pessoas por meio de uma "tendência para a realização" ou autorrealização, presente em todos. Muitas vezes, comportamentos que são analisados como cruéis ou autodestrutivos, ao serem investigados sob o prisma da autorrealização, vão se mostrar como formas de defesa, ou a execução de maneiras inadequadas de comportamento aprendidas, mas, tendo sempre uma motivação "boa", de busca de uma maior e melhor integração do sujeito consigo mesmo e com os outros (Rogers, 1983).

Existe um guia interno ao sujeito que julga e o orienta para a autorrealização: o "processo organísmico de valoração". Este avalia as experiências vividas e julga as que contribuem e aquelas que prejudicam a autorrealização, direcionando a pessoa para posições benéficas e afastando-as das posições prejudiciais. Esse guia é sempre percebido como uma experiência interna, subjetiva e é natural do sujeito. Ele realiza um julgamento no qual a experiência singular da pessoa é a referência principal. Por isso, muitas vezes atrita com as normas sociais, que julgam a partir da particularidade do momento histórico e social no qual o comportamento se dá (Rogers, 2002).

Se o sujeito internaliza as regras e valores sociais em detrimento do processo organísmico de valoração, esse descompasso entre o julgamento interno e as regras sociais vai levar ao medo e a atitudes defensivas que afastam a pessoa de uma vida mais saudável. Uma repercussão dessas defesas em relação à vida é o fechamento para as experiências e os acontecimentos, sejam eles subjetivos ou objetivos, que a vida oferece. Isso gera uma menor capacidade de convivência com o diferente, de resolução de situações conflitivas e um embotamento da criatividade (Rogers, 2001).

A própria vivência das experiências cotidianas passa a ser mais embotada, com menor percepção e criação de alternativas que lhe possibilitem liberdade de escolha. Como a vivência interna fica embotada, a "confiança organísmica" dimi-

nui, e a pessoa vai cada vez mais se basear em regras exteriores e se afastar do seu processo de síntese pessoal dos valores e objetivos que irão direcionar sua vida.

O processo organísmico de valoração cria um "eu real" no qual a pessoa se percebe como é e dele se utiliza para nortear suas ações. A esse vai se contrapor um "eu ideal", oriundo das expectativas, valores e medos introjetados da sociedade. A discrepância entre esse dois "eus" será o que se chama de "incongruência", ou seja, a experiência de conflito entre o que se é e o que se quer ser.

Essa incongruência se estabelece quando a criança, durante seu processo de desenvolvimento e de socialização, tem sua educação orientada por uma "consideração positiva condicionada", ou seja, o amor dos familiares e o reconhecimento do valor e as recompensas são dadas à criança em função das "condições de mérito" dos pais. Com isso, a criança abafa cada vez mais seu processo organísmico de valoração e fica mais dependente das referências externas para organizar seu processo de realização, consequentemente, tendo esse processo de realização gerado na pessoa uma experiência de vida na qual ela não se percebe como algo bom, o que leva a uma vida menos saudável (Cloninger, 1999).

A maneira de evitar essa incongruência seria a educação da criança baseada na "consideração positiva incondicional" desta, o que a fortaleceria para que pudesse desenvolver, num ambiente mais seguro, sua confiança organísmica e uma capacidade maior de abertura para as diversas possibilidades de vivências e a experimentar possibilidades de agir, desenvolvendo assim sua criatividade e capacidade de lidar com situações novas (Rogers & Wood, 1994).

A personalidade na teoria humanista pode ser então compreendida como uma síntese subjetiva que o sujeito faz de sua experiência de vida. Essa síntese possibilita ou não que ele possa se desenvolver de maneira autônoma e agir em função dos julgamentos realizados, com maior compreensão e aceitação de si, da situação real na qual se encontra e da responsabilidade real que ele tem por si.

2.2.3. Teorias da aprendizagem social

Como proposto inicialmente, há uma diversidade de formas de entendimento da personalidade. Porém, uma concepção que teve grande destaque na história desse campo de estudo está relacionada às teorias que se basearam nos pressupostos da aprendizagem.

As teorias da aprendizagem buscaram se fundamentar em fatos, ou seja, a partir de metodologia de investigação adequada aos modelos experimentais, correlacionais e observacionais, foram perseguidos os objetivos de indicar os princípios

básicos da conduta humana. No caso específico da personalidade, procurou-se demonstrar os processos significativos para o ajustamento humano.

As teorias da aprendizagem apontam que o comportamento humano é aprendido. E o estudo da personalidade envolve a observação de "como" e "em que" condições o comportamento é aprendido. Com isso, pode-se afirmar que cada comportamento de um indivíduo se desenvolve sob diferente conjunto de condições ambientais. Temos aqui uma relação entre comportamento e condições ambientais. Dessa forma, o tipo singular de padrão de comportamento adquirido ao longo de um período de vida de um indivíduo é o seu padrão de comportamento singular, ou seja, a sua personalidade.

Uma tentativa pioneira de se compreenderem as relações entre comportamento e condições ambientais deu-se por Miller e Dollard (1950), com a publicação do livro *Personality and Psychotherapy*. A partir dessa perspectiva diversas teorias e estudos têm sido desenvolvidos para demonstrar a complexidade das relações entre comportamento e o ambiente. Porém, aqui serão destacadas as teorias da aprendizagem chamadas comportamentais.

As **teorias comportamentais** devem ser analisadas levando em consideração o tipo de perspectiva teórica e empírica que se pretende adotar. Há diversos modelos teóricos que se relacionam com o comportamentalismo. Os modelos mais tradicionais são: o behaviorismo metodológico e o behaviorismo radical.

A forma com que esses modelos teóricos lidam com os chamados fenômenos subjetivos depende dos pressupostos básicos referentes à compreensão do objeto de estudo, da metodologia de investigação e dos aspectos causais relativos ao objeto analisado. O **behaviorismo metodológico** compreende a personalidade como um conjunto de comportamentos envolvendo basicamente respostas públicas do organismo. Existem certas dimensões privadas, mas estas não seriam passíveis de investigação devido à limitação metodológica da ciência do comportamento. O estudo da personalidade deveria envolver, como uma dimensão central, a questão da observabilidade e do consenso público, ou seja, o termo personalidade deveria ser compreendido e investigado a partir de suas dimensões diretamente observáveis e passíveis de replicação.

Em oposição ao behaviorismo metodológico, o **behaviorismo radical** proposto por Skinner organiza os princípios básicos do comportamento em dois grandes grupos de interações: os princípios relativos ao comportamento respondente e do comportamento operante.

Porém, é importante destacar que, para Skinner (1953-1994), é inadequado o uso de termos como Personalidade em uma ciência do comportamento humano:

> O eu é mais comumente usado como uma causa hipotética de ação... sua função é atribuída a um agente originador dentro do organismo. Se não podemos mostrar o que é responsável pelo comportamento do homem dizemos que ele mesmo é responsável pelo comportamento... O organismo se comporta, enquanto o eu inicia ou dirige o comportamento. Além disso, mais do que um eu é necessário para explicar o comportamento de um organismo... A personalidade, como o eu, é considerada responsável pelas características do comportamento. (p. 271).

Mas uma ciência do comportamento, no caso a Análise do Comportamento, deve analisar termos como a Personalidade de maneira que promova um afastamento de qualquer explicação fictícia, ou seja, é necessário se examinarem os fatos sob os quais elas se baseiam. Nesse sentido, Skinner (1953-1994) apresenta a seguinte análise,

> parece que o eu é simplesmente um artifício para representar um sistema de respostas funcionalmente unificado... Um eu pode se referir a um modo de ação comum... Em uma mesma pele encontramos o homem de ação e o sonhador, o solitário e o de espírito social... Por outro lado, uma personalidade pode se restringir a um tipo particular de ocasião – quando um sistema de respostas se organiza ao redor de um dado estímulo discriminativo. Tipos de comportamento que são eficazes ao conseguir reforço em uma ocasião A são mantidos juntos e distintos daqueles eficazes na ocasião B. Então a personalidade de alguém no seio da família pode ser bem diferente da personalidade na presença de amigos íntimos. (p. 273).

Dessa forma, podem ser observadas diferenças consideráveis na análise do termo personalidade pelas escolas comportamentais. Buscar-se-á neste texto abordar uma das teorias comportamentais mais amplamente difundidas, a do behaviorismo radical.

Para compreensão da personalidade, então, a partir da óptica do behaviorismo radical serão considerados, de maneira sucinta, os princípios do **condicionamento clássico** ou **respondente e operante**. A rigor, no escopo do modelo behaviorista radical não é adotado o conceito de estrutura de personalidade como nas teorias psicodinâmicas, pelo contrário, a base de análise nessa concepção é o

comportamento. É postulado que os comportamentos são aprendidos e mantidos num ambiente por esquemas de reforçamento/punição. Os comportamentos são modificados ou variam à medida que os elementos de controle ambientais ou variáveis presentes num determinado ambiente – **contingências** – também se modifiquem (Skinner, 1953-1994).

O behaviorismo radical adota os princípios do **condicionamento respondente**, propagados principalmente pelos trabalhos de Ivan Pavlov (1849-1936), porém, considerando que esses princípios sejam compreendidos como fenômenos em interação. O aspecto central do condicionamento respondente consiste na capacidade de se explicar a origem de comportamentos reflexos, ao longo da história de vida de um indivíduo. Isso se dá mediante a utilização do emparelhamento de estímulos. Ou seja, estímulos neutros que não têm qualquer relação com uma resposta específica podem passar a eliciá-la a partir da associação com estímulos que originalmente têm poder de eliciar tal resposta. Por exemplo, quando é apresentada comida – Estímulo Incondicionado (EI) – a um cachorro faminto, este saliva – Resposta Incondicionada (RI). A apresentação de uma campainha – Estímulo Neutro (EN) – momentos antes da comida, faz com que, depois de alguns pareamentos, a campainha – Estímulo Condicionado (EC) – sem a apresentação subsequente de comida, passe a produzir a resposta de salivação – Resposta Condicionada (RC). Isso representa uma alteração na determinação das respostas biologicamente esperadas, portanto, o **condicionamento respondente** nos permite uma certa flexibilidade com relação a essas respostas (Whaley & Malott, 1981; Baldwin & Baldwin, 1986).

Alguns detalhes com relação à combinação entre essas variáveis são importantes para a compreensão de como determinadas respostas emocionais se formam e se mantêm ao longo da história de vida dos indivíduos. Em primeiro lugar, as RCs são geralmente menos intensas e demoram mais tempo a aparecer que as RIs, e os estímulos mais fortemente correlacionados com os EIs têm maior probabilidade de tornarem-se ECs. Em segundo lugar, a rapidez com que ocorre o condicionamento, isto é, quantos emparelhamentos são necessários para obter uma RCs, e a força de uma RC, podem ser determinadas por um certo número de variáveis. São elas: o aumento no número de emparelhamentos entre EI e EC; emparelhamentos contínuos são mais eficazes que emparelhamentos intermitentes; os estímulos que são focos de atenção têm maior probabilidade de condicionarem-se; a intensidade do EI, ou seja, quanto mais intenso um EI mais intensa

a RC; intervalos de tempo menores entre o pareamento do EN e o EI facilitam a transformação do EN em EC (Baldwin & Baldwin, 1986).

Algumas variáveis, como suscetibilidade biológica a determinados estímulos, pode interferir nas relações, ora aumentando ora diminuindo o número necessário de pareamentos para estabelecer o condicionamento. Outro evento importante é a possibilidade de um EC transformar outros ENs em ECs sem a presença do EI inicial. Esse processo é conhecido como **condicionamento de ordem superior** e de **ordem múltipla** (Baldwin & Baldwin, 1986).

Os princípios básicos desenvolvidos a partir dos desdobramentos do condicionamento respondente possibilitaram uma reflexão teórica sobre a relação entre as respostas reflexas e os processos emocionais. São trabalhos desenvolvidos por behavioristas radicais envolvidos com a Análise Aplicada do Comportamento e até mesmo por behavioristas metodológicos e mediacionais. Detalhando um pouco dos desdobramentos, o aspecto marcante diz respeito às dimensões descritivas das emoções. O modelo descritivo respondente permite envolver os reflexos com as emoções.

Segundo Baldwin & Baldwin (1986), acredita-se que a maior parte dos comportamentos emocionais seja adquirida por meio desse processo; o pareamento contínuo de objetos naturalmente aversivos ou não aversivos com outros objetos neutros, dentro de contextos sociais, cria a condição necessária para identificação de contextos como sendo agradáveis ou desagradáveis. As diversas possibilidades de combinação entre as variáveis implicadas no condicionamento formam as reações emocionais condicionadas. Estas se tornaram a base para a compreensão de um conjunto de respostas desadaptativas características de várias psicopatologias em geral, e em especial dos transtornos de ansiedade (Whaley & Malott, 1981). Também certas formas de reações emocionais não patológicas são adquiridas ao longo da vida e, com o tempo, tornam-se "cristalizadas" no repertório das pessoas, formando um "traço" de sua personalidade (Plutchik, 1996).

A personalidade não é apenas composta de padrões emocionais e sentimentos sobre os diversos aspectos do mundo, mas também de ações e atitudes, ou seja, comportamentos de intervenção sobre o ambiente. Os indivíduos frequentam o mundo e o modificam. A maneira como cada um faz isso pode ser entendida pelos princípios do **condicionamento operante**. Trata-se de uma forma de aprendizagem e é capaz de explicar várias formas de comportamento humano, desde as mais simples até padrões complexos. Sua primeira formulação descreve que o comportamento voluntário é influenciado pelos seus efeitos no ambiente e pelas

circunstâncias que o precedem. Assim, as consequências de um comportamento regulam sua frequência, bem como o **poder discriminativo** das circunstâncias antecedentes para sua ocorrência futura (Whaley & Malott, 1981; Baldwin & Baldwin, 1986).

O principal elemento da cadeia desse tipo de condicionamento é o comportamento instrumental ou simplesmente **operante**. Ele é definido pela sua capacidade de produzir certas consequências e não pela sua forma. Tal característica faz dele uma *classe de respostas*, por exemplo, recitar um texto é um **operante**. Existem diversas formas de recitar um texto, como acentuar as passagens que marcam momentos emotivos do texto – alterar a prosódia – ou mesmo recitar cantando. Estas podem produzir consequências agradáveis, porém outras formas, como ler mecanicamente, podem produzir consequências desagradáveis. Desse modo, todos os padrões de comportamento que produzem as mesmas consequências pertencem a uma mesma classe de respostas.

As molas mestras do **condicionamento operante** são exatamente as consequências que seguem os comportamentos, conforme os efeitos que elas produzem serão nomeados de forma diferentes. Quando uma consequência segue um comportamento específico e aumenta a probabilidade de esse comportamento ocorrer no futuro, essa consequência é chamada de **reforço**. Tal probabilidade é medida pelo aumento real de frequência do comportamento em questão, e o processo no qual essa frequência é aumentada é chamado de **reforçamento**. Pelo contrário, quando uma consequência segue um comportamento específico e diminui a probabilidade de esse comportamento ocorrer no futuro, essa consequência é chamada de **Punição** (Whaley & Malott, 1981).

Os **padrões de comportamento**, portanto, provavelmente foram instalados nos repertórios dos indivíduos ao longo de suas histórias de vida, a partir de procedimentos desse tipo. A forma de arranjo nas **contingências** de **reforçamento/punição** pode explicar como uma classe de respostas se encontra presente em um repertório específico. Por exemplo, um indivíduo que é criado com um padrão de exigência muito apurado, ou seja, a necessidade de alto desempenho, que pode ser descrito a partir de uma topografia bastante detalhada nos comportamentos, para receber reforço, pode apresentar na idade adulta características que seriam reconhecidas como elementos de uma personalidade anancástica. À medida que uma classe de respostas se torna forte e estável ao longo da história de vida dos indivíduos, ela passa a compor, juntamente com os aspectos emocio-

nais instalados por **condicionamento respondente**, os **padrões de comportamento** frequentemente reconhecidos como traços de personalidade.

Com base nos princípios do condicionamento respondente e operante descritos, pode-se resumir a proposta de compreensão do conceito de personalidade, para o behaviorismo radical, da seguinte forma: a personalidade é primeiramente um repertório comportamental adquirido e compreendido como comportamentos resultantes da interação organismo-ambiente e que tem uma função adaptativa. Ou seja, a partir da história de reforçamento e de condicionamento reflexo, a interação organismo-ambiente pode mudar ou ser modificada, gerando uma variação comportamental no modo de agir das pessoas.

Além disso, para o comportamentalismo, o ser humano é compreendido a partir das determinações da história da espécie, da história do indivíduo e da cultura na qual está inserido (Skinner, 1981). Com base nas relações podem-se conhecer as variáveis das quais o comportamento é função; dessa maneira, o termo personalidade não passa de uma expressão que se refere a um padrão de comportamento adquirido e mantido por contingências, não excluindo a variação com que esses padrões podem adquirir. A singularidade envolvida no conceito de personalidade, ou seja, aquilo que torna um indivíduo único, se deve à variabilidade comportamental, característica humana necessária para uma boa adaptação ao meio em que se vive.

2.2.4. Teoria cognitiva da personalidade

Historicamente, as teorias cognitivistas incorporam elementos das teorias da aprendizagem, adicionando elementos relativos aos processos mentais. A Psicologia cognitiva tem como objetivo sistematizar os processos mentais envolvidos na cognição em geral, tais como, sensação, percepção e memória. Apresenta como principal preocupação a compreensão do funcionamento da mente. No caso da personalidade, a questão fundamental é o seu conceito, e como ele se encaixa na organização geral dos elementos mentais. O conhecimento das dimensões em termos de processos e a sua operacionalização é a base para avaliações adequadas que permitem intervenções individualizadas.

Dessa forma, a psicologia cognitiva aqui relatada adota o modelo do **processamento de informação**, ou seja, assume a analogia computacional, na qual se compara o sistema de processamento de informação humano (cérebro – mente) ao sistema de processamento de informação computacional (hardware – software). É apresentada uma dedução formal de que a mente humana obedece a uma

série de leis e regras de funcionamento, tal como ocorre com os softwares, e que, portanto, a descoberta dos detalhes de tal funcionamento sustentaria a criação de estratégias de intervenção mais adequadas aos problemas comumente encontrados (Eysenck & Keane, 1990).

Os alicerces da personalidade, nessa perspectiva, emergem na forma como a mente está organizada, a partir de uma síntese sobre a dinâmica de funcionamento de cada um de seus elementos: memória, percepção, pensamento etc. Trata-se de uma característica casual do cérebro na medida em que este é a sede, na qual a mente é produzida. Assim, tais alicerces não podem se tornar conhecidos pela expressão do funcionamento de apenas um elemento, pelo contrário, são as características que emergem do todo.

Portanto, os traços básicos se equivalem a um modelo de mente ou um modo de funcionamento mental. Existem vários modelos, dependendo das configurações de funcionamento do conjunto de elementos mentais. O cérebro produz vários modelos de mente, e cada um deles apresenta um arranjo diferente. A pesquisa genética consegue depurar, em populações de ratos, pelo menos quatro características comportamentais comuns: potencial social para liderança, baixa tendência de correr riscos, capacidade de obedecer a autoridade e a seguir regras e sentimento de bem-estar. Dessa forma, pode-se deduzir que tais características representam um rudimento de características básicas de personalidade nesses animais (Del Nero, 1997).

Ao contrário da simplificação encontrada nas características comportamentais em animais, no homem o processo difere em níveis de complexidade. Dificilmente serão encontradas populações humanas apresentando pureza de categorias comportamentais. Pelo contrário, na espécie humana existe uma combinação mais complexa dos traços básicos. Eles representam os alicerces sob os quais vão se edificar a personalidade.

Além das características básicas da personalidade oferecidas pelos modelos mentais, existe também um conjunto de características que são adquiridas ao longo da vida do indivíduo. Essas características representam a maior parcela de traços observáveis, mas vão receber influência do modelo de processamento característico dos traços básicos.

Um conceito importante para se compreender a formação das características "secundárias" é o de **representação mental**. Este foi definido por Eysenck e Keane (1990) como o estudo sobre a maneira exata em que representamos o mundo "dentro de nossas cabeças". A ideia é de que os conteúdos formais sobre os fenô-

menos reais e as emoções ligadas a eles, que fazem parte de uma representação sobre o mundo e seus elementos, estão diretamente ligados à maneira pela qual as pessoas se relacionam com o mundo. Ou seja, a maneira como uma pessoa se comporta em relação às diversas situações no ambiente está sob o controle das representações que essa pessoa tem da situação em questão.

Del Nero (1997) apresenta uma analogia alegórica para melhor entender as diferenças dos traços básicos e secundários. Segundo ele, as características básicas se comparam aos modelos de carros fabricados pelas montadoras. Existem modelos *hatch*, *sedan* e *perua,* que corresponderiam às características básicas dadas pelo modelo de funcionamento mental. Depois de retirados da concessionária, os proprietários podem acrescentar acessórios da maneira que desejarem, respeitados os limites de cada modelo. Estes, por sua vez, são os conteúdos das representações mentais. Isso se dá de tal maneira que podemos nos deparar, nas ruas, com dois modelos que saíram da fábrica iguais, mas que quase não se pode reconhecer, tamanha a diferença imposta pelos acessórios. Apesar disso, determinadas características ainda são compartilhadas pelos dois modelos. As representações são constituídas por crenças e esquemas que se desenvolvem a partir da interação com o meio, ilustrado pelas experiências pessoais de convívio com outros indivíduos e instituições sociais. A personalidade constituída pelos traços básicos e "secundários" são a base para a codificação, categorização e avaliação das experiências ao longo da vida.

2.3. ATUALIZAÇÕES SOBRE TEORIAS DA PERSONALIDADE

Um aspecto importante para discussão é que o fato de haver tantas teorias diferentes sobre a constituição da personalidade denuncia o estado pré-científico da Psicologia a respeito desse tema. Um caminho possível para a solução desse impasse aponta para uma tentativa de unicidade da Psicologia, com a necessidade de um trabalho de síntese (Pires & Couto, 2010). Existem várias contribuições apresentadas pelos campos da Psicologia descritos aqui e também uma quantidade suficiente de pesquisas com resultados empíricos importantes que podem vir a dar um significado consistente ao tema. Isso é possível porque nenhuma das posições ou o que comumente se chama de "escolas da Psicologia" conseguiu sozinha apresentar uma teoria completa e empiricamente demonstrável.

Segundo Millon e Davis (1996), os principais elementos que uma teoria unificada sobre a personalidade deve conter são, em primeiro lugar, uma base teórica

sólida, formada por um conjunto de descrições precisas sobre os comportamentos humanos, que seja capaz de oferecer, em algum grau, conhecimento sobre as origens, o desenvolvimento e a apresentação adulta dos principais domínios da personalidade. Retomando os propósitos da ciência em geral, a Psicologia em particular deve se preocupar com os aspectos de previsibilidade e controle no que respeita ao seu objeto de estudo. Em segundo lugar, tal teoria deve proporcionar a possibilidade de construção de medidas ou sistemas de avaliação dos principais domínios descritos no bojo das articulações teóricas propostas. Assim, o aspecto da previsibilidade pode ser contornado de maneira satisfatória. O terceiro elemento diz respeito a construção e organização de um conjunto de procedimentos de intervenção, articulados num sistema de psicoterapia. A intervenção deve ser capaz de corrigir as distorções apresentadas ao longo do desenvolvimento, providenciando qualidade de vida para as pessoas em geral e especialmente para aquelas que sofrem de transtornos de personalidade. Dessa forma, também o aspecto ligado ao controle pode ser contornado de maneira eficaz.

As bases para realização de tal projeto já se encontram disponíveis, em diversos graus de desenvolvimento, dentro do escopo de cada sistema teórico. É preciso coadunar esforços, tanto em pesquisa básica quanto aplicada, para que no futuro a Psicologia possa discutir a personalidade e seus desdobramentos a partir de um discurso mais uniforme e, igualmente, mais solidamente sustentado.

2.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCOCK. J. *Animal Behavior: An evolutionary approach*. Third Edition Sinauer, Sunderland, Mass, 1984.

BALDWIN, J. D. & BALDWIN, J. I. *Behavior Principles in Everyday Life*. California University, Santa Barbara, 1986.

CLONINGER, S. C. *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

DEL NERO, H. S. *O Sítio da Mente, Pensamento, Emoção e Vontade no Cérebro Humano*. São Paulo: Collegium Cognitio, 1997.

MILLER, N. E. & DOLLARD, J. *Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*. New York: McGraw-Hill Book Company. 1950

EYSENCK, M. W. & KEANE, M. T. *Cognitive Psychology: a student's handbook*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1990.

FREUD, S. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade – Obras psicológicas completas de Freud*, 1905 – Edição Standart Brasileira – Volume XXII – Editora Imago – Rio de Janeiro RJ – 1996.

_____. *O Inconsciente – Obras psicológicas completas de Freud*, 1915 – Edição Standart Brasileira – Volume XXII. Rio de Janeiro: Editora Imago. 1996.

_____. *Além do Princípio do Prazer – Obras psicológicas completas de Freud*, 1920 – Edição Standart Brasileira – Volume XXII. Rio de Janeiro: Editora Imago. 1996.
_____. *O Id e o ego – Obras psicológicas completas de Freud*, 1923 – Edição Standart Brasileira – Volume XXII. Rio de Janeiro: Editora Imago. 1996.
_____. *O Mal estar na civilização – Obras psicológicas completas de Freud*, 1930 – Edição Standart Brasileira – Volume XXII. Rio de Janeiro: Editora Imago. 1996.
FUNDER, D. C. Personality. *Annu. Rev. Psychol.* 52:197-221. 2001.
MARCUSE, H. *Eros e Civilização*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1964.
MILLON, T. & DAVIS, R. D. *Disorders of Personality DSM-IV and Beyond*. New York: John Wiley & Sons, 1996.
PERVIN, L. A. *Personality: current controversies, issues, and directions*. Annu. Rev. Psychol. 36:83-114. 1985.
PERVIN, L. A. & JOHN, O. P. *Personality – Theory and Reseach*. New York: A Wiley-Intercience Publication, John Wiley & Sons, Inc., 2001.
PIRES, S. D. & COUTO, G. Contornos Atuais da Psicologia: à guisa de uma introdução. Em: G. COUTO, S. D. PIRES (Org.), *Os Contornos da Psicologia Contemporânea* (p. 11-23). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2010.
PLUTCHIK, R. The Circumplex as a General Model of the Struture of Emotions and Personality. Em: R. PLUTCHIK, H. R. CONTE (Orgs.), *Circumplex Models of Personality and Emotions* (p.17-45). Hardcover, 1996.
ROGERS, C. *Liberdade para aprender nos anos oitenta*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
_____. *Sobre o poder pessoal*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
_____. *Tornar-se Pessoa*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
_____. & WOOD, J. *Abordagem Centrada na Pessoa*. Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida e Universidade Federal do Espírito Santo, 1994.
SKINNER, B.F. *Selection by consequences*. Science.213, 501-04, 3 July. 1981
_____. *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan 1953. SKINNER, B. F. *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
WHALEY, D. L. & MALOTT, R. W. *Princípios Elementares do Comportamento*. São Paulo: E.P.U., 1981.

2.5. QUESTÕES

1. (UEG/AGANP-GO/Analista de Gestão Administrativa/Psicologia/2006) Considere as informações a seguir e assinale a alternativa incorreta.

a) Os padrões instáveis de personalidade começam a se formar na infância, sendo que as primeiras experiências influenciam o desenvolvimento desses padrões.
b) As representações mentais que fazemos de nós mesmos e de nossos relacionamentos tendem a orientar nossas interações com outras pessoas.
c) Muito da vida mental é inconsciente e, como resultado, as pessoas podem comportar-se de maneira que elas próprias não entendem.
d) Os processos mentais, tais como emoções, motivações e pensamentos, agem paralelamente e podem, assim, excluir sentimentos conflitantes.

2. (FCC/TRT – 9ª Região/Analista Judiciário/Psicologia/2004) A Terapia Cognitiva concebe a personalidade como:

a) moldada por crenças centrais ou esquemas superiores que desenvolvem-se cedo na vida, os quais resultem de experiências pessoais e influências dos pais e da sociedade, constituindo a base para a codificação, categorização e avaliação das experiências ao longo do curso da vida, sendo que os problemas psicológicos são decorrentes de processos tais como aprendizagem falha, inferências incorretas e falta de diferenciação adequada entre imaginação e realidade;

b) um processo de individuação ou autodesenvolvimento, no qual o indivíduo transforma-se em si próprio, um ser único e homogêneo, processo este de desenvolvimento da totalidade do eixo ego-self, fazendo um movimento em direção à amplitude da liberdade;

c) uma composição de expressões diretas de instintos do organismo, acreditando que os métodos psicanalíticos de interpretação e associação livre constituíam uma fuga de experiência direta do material interpretado e associado, sendo, portanto, métodos de autoexploração ineficientes e, via de regra, ineficazes;

d) composta por quatro componentes do intelecto: um impulso para a compreensão, que pode ser chamado de curiosidade ou necessidade de competência; um intelecto "axiomático", que é a capacidade de entender relações lógicas; o conhecimento empírico, que é o aspecto relacionado com coisas e eventos externos; e um intelecto "desenvolvido", que é uma forma mais elevada do impulso original para a compreensão;

e) uma coleção de padrões de sentimentos, em que situações diferentes evocam variados padrões de respostas, sendo que cada resposta individual é baseada apenas em experiências prévias e na história genética, uma vez que o eu é definido pelo comportamento subjetivo e, muitas vezes, não observável.

3. (Cespe/TJ-PA/Analista Judiciário/Psicologia/2006) Assinale a opção incorreta a respeito da teoria da personalidade psicanalítica.

a) Mecanismos de defesa são recursos desenvolvidos para modificar a realidade ameaçadora ao ego e, geralmente, resultam em ansiedade.

b) A ansiedade é uma experiência desagradável associada a um trauma anterior.

c) As demandas do id e do superego podem causar ansiedade, o que pode afetar o organismo.

d) Os instintos ou pulsões em um organismo buscam a expressão e a redução da tensão.

4. (IF-RS/Psicólogo/2009) Sobre o Princípio do Determinismo Psíquico elaborado por Freud, é correto afirmar que:

a) o Princípio do Determinismo Psíquico alude ao fato de que na mente nada acontece por acaso ou de um modo fortuito, sendo que cada acontecimento psíquico é determinado por outros que o precederam, de tal sorte que não há descontinuidade na vida mental;

b) o Princípio do Determinismo Psíquico fica mais bem compreendido e complementado com o modelo de causalidade, em que Freud postula a ideia de que sempre existe apenas uma causa para determinado acontecimento;

c) o Princípio do Determinismo alude ao fato de que a mente é determinada e que tudo tem uma única causa específica e prévia, desconsiderando a multicausalidade;
d) o Principio do determinismo alude ao fato de que tudo acontece por acaso e só a partir disso os comportamentos vão sendo estimulados.

5. (FCC/TRE-BA/Analista Judiciário/Psicólogo/2003) A concepção psicanalítica da personalidade, entre outros aspectos, enfatiza:
a) existencialismo e psicodinâmica;
b) livre-arbítrio e psicodinâmica;
c) psicodinâmica e fenomenologia;
d) humanismo e psicodinâmica;
e) psicodinâmica e determinismo.

6. (UEG/AGANP-GO/Analista de Gestão Administrativa/Psicologia/2006) Analise a validade das proposições a seguir, com base na teoria comportamental.
I. O condicionamento clássico envolve o emparelhamento repetido de um estímulo neutro com outro que evoca uma determinada resposta reflexa.
II. Dois processos importantes devem ser destacados no reforçamento positivo: a esquiva e a fuga.
III. A dessensibilização é mais efetiva quando o cliente confronta abruptamente seus medos no mundo real, em vez de confrontá-los na imaginação.
Assinale a alternativa correta.
a) Apenas a proposição I é verdadeira.
b) Apenas a proposição II é verdadeira.
c) Apenas a proposição III é verdadeira.
d) Apenas as proposições II e III são verdadeiras.

7. (UEG/Assembleia Legislativa-GO/Psicólogo/2006) Em relação à teoria psicanalítica, julgue a validade das informações a seguir.
I. Para que haja regressão é absolutamente necessário que tenha havido uma fixação prévia.
II. A fixação na fase oral está relacionada a características de personalidade, tais como falta de confiança, sarcasmo e disposição para brigas.
III. A fixação na fase anal está relacionada a características de personalidade, tais como a desorganização e a timidez.
Assinale a alternativa correta:
a) Apenas as afirmações I e II são verdadeiras.
b) Apenas as afirmações I e III são verdadeiras.
c) Apenas as afirmações II e III são verdadeiras.
d) Nenhuma das afirmações é verdadeira.

8. (FCC/TJ-PE/Analista Judiciário/Psicólogo/2007). O processo de aprendizagem no qual a dessensibilização sistemática repousa é:

a) o condicionamento operante;
b) a reestruturação racional;
c) a aprendizagem pela experimentação;
d) a aprendizagem pela observação;
e) o condicionamento respondente.

9. (FCC/TRT – 23ª Região/Analista Judiciário/Psicologia/2007) Sigmund Freud, ao pensar a estruturação da personalidade, propôs três componentes básicos estruturais da psiquê: o id, o ego e o superego. O ego:

a) contém os conteúdos da tradição familiar e de todos os duradouros julgamentos de valores que se transmitiram de geração em geração;
b) possui conteúdos quase todos inconscientes, incluindo configurações mentais que nunca se tornaram conscientes, assim como o material que foi considerado inaceitável pela consciência;
c) desenvolve-se a partir do superego, atuando como um censor ou juiz sobre atividades e pensamentos do id;
d) pode ser associado a um rei cego cujo poder e autoridade são totais e cerceadores, mas que depende de outros para distribuir e usar de modo adequado seu poder;
e) é originalmente criado pelo id na tentativa de enfrentar a necessidade de reduzir a tensão e aumentar o prazer, controlando ou regulando os impulsos do id de modo que o indivíduo possa buscar soluções menos imediatas e mais realistas.

10. (FCC/TJ-PE/Analista Judiciário/Psicólogo/2007) Rogers vê a infância como uma ocasião especialmente crucial para o desenvolvimento da personalidade, do mesmo modo que o fazem os teóricos psicodinâmicos. Como muitos neofreudianos, ele enfoca os efeitos duradouros dos primitivos relacionamentos sociais. Todos precisam de consideração positiva, calor e aceitação dos outros significantes. As crianças, na opinião de Rogers, farão qualquer coisa para satisfazer essa necessidade. Ele acredita que, com o fito de obter aprovação parental, as crianças muitas vezes:

a) atuam de forma dissimulada para buscar na figura paterna ou materna a aceitação;
b) desenvolvem um autoconceito como padrão organizado sobre si e através dele desenvolvem mecanismos de defesa que atuam para ajustar-se ao afastar-se da figura parental;
c) distorcem ou negam suas próprias percepções, emoções, sensações e pensamento;
d) atuam de forma sedutora para com a figura paterna ou materna a fim de obter afeto positivo ou negativo;
e) não reagem às agressões que sofrem com medo de serem abandonadas pelas pessoas que fazem parte do seu ciclo familiar.

11. (FCC/Infraero/Analista Superior I/Psicólogo/2009) Rogers descrevia as pessoas plenamente funcionais como sendo realizadoras e não realizadas, para indicar que:

a) o superego é a estrutura da personalidade que deve ser desenvolvida na primeira infância e que indicará o grau da adaptabilidade ou não do indivíduo à sociedade em que está inserido;
b) a saúde psíquica é medida através da frequência do indivíduo em promover *insights*;
c) o inconsciente é primordial para o desenvolvimento da personalidade;
d) a saúde psíquica é medida através da intensidade do indivíduo em realizar *insights*;
e) a evolução do *self* está em constante andamento.

12. (FCC/TRT – 23ª Região/Analista Judiciáio/Especialidade Psicologia/2007) Personalidade é definida por B. F. Skinner como:

a) um conjunto de padrões de reforçamento;
b) a visibilidade das causas de seu comportamento;
c) padrões de aprendizagem de homens e animais;
d) uma série de padrões de emoções como resposta;
e) uma coleção de padrões de comportamento.

13. (UPENET/IAUPE/HSE-PE/Psicólogo/2009) No que tange à proposta teórico-metodológica de Carl Rogers, analise as afirmativas a seguir.

I. Abordagem centrada na pessoa e terapia centrada no cliente são sinônimos e referem-se à técnica de refletir os sentimentos do cliente.
II. A autorrealização é concepção nuclear da terapia centrada no cliente.
III. O autoconceito é concepção nuclear de sua teoria da personalidade.
IV. A percepção tem papel central na formação do autoconceito, e a Psicologia da Gestalt foi uma influência fundamental para essa teorização.

Somente está correto o que se afirma em:

a) I, III e IV;
b) II, III e IV;
c) II e IV;
d) I e II;
e) I, II e IV.

14. (FCC/TRE-PB/Analista Judiciário/Psicologia/2007) Carl Rogers fundou a terapia centrada no cliente (ou centrada na pessoa), cujo objetivo é ajudar as pessoas a agir de modo pleno, abri-las a todas as suas experiências e a si mesmas, sendo essa consciência interior uma forma de:

a) aprendizagem inconsciente;
b) insight;
c) defesa;
d) comunicação;
e) compromisso.

Acerca das teorias e técnicas psicológicas, julgue os itens a seguir (C-Certo; E-Errado).

15. (Cespe-UnB/MPE-TO/Analista Ministerial/Psicologia/2006) A psicologia clínica, embasada no behaviorismo radical, trabalha no sentido de fazer com que as contingências modelem os comportamentos dos pacientes. Sendo a contingência a possibilidade de modificar o próprio comportamento, e também o dos outros, observa-se, nessa prática clínica, que tal mudança é possível para um grande grupo de pessoas. O behaviorismo concebe que o ser humano, ao se comportar, possui grandes possibilidades de intervenção no seu destino e no alcance dos objetivos almejados.

16. (Cespe-UnB/MPE-TO/Analista Ministerial/Psicologia/2006) O behaviorismo radical e a terapia comportamental cognitiva são práticas diferentes porque partem de pressupostos diferentes, em que a própria definição de comportamento é distinta. O cognitivismo atribui ao mental uma força causadora, iniciadora de outros comportamentos, o que não coincide com a maneira como o behaviorismo radical conceitua e trabalha o comportamento. O behaviorismo promove a pessoa integral, incluindo seu mundo interno, comportamentos e sentimentos, e aquilo que ela expressa publicamente.

17. (Instituto Ludus/Pref. São João dos Patos-MA/Psicólogo/2010) O pressuposto de que o comportamento compõe-se de elementos de resposta e pode ser cuidadosamente analisado por métodos científicos, naturais e objetivos, é característica da seguinte teoria:

a) Gestaltista;
b) Behaviorista;
c) Funcionalista;
d) Associacionista;
e) Humanista.

18. (Instituto Ludus/Pref. São João dos Patos-MA/Psicólogo/2010) O aconselhamento psicológico, conforme proposto por Carl Rogers, parte do pressuposto de que:

a) os conflitos vividos no passado apresentam-se sob a forma de tensões musculares;
b) cabe à rede social de apoio promover a saúde e a autonomia do paciente;
c) cabe ao terapeuta interpretar o discurso do paciente para conscientizá-lo de seu potencial;
d) um estilo de vida construtivo é função dos relacionamentos sociais estabelecidos;
e) a natureza básica do ser humano, quando atua livremente, é construtiva e fidedigna.

Gabarito

1. D
2. A
3. A
4. A
5. E
6. A
7. A
8. B
9. E
10. C
11. E
12. E
13. B
14. B
15. E
16. C
17. B
18. E

Capítulo 3

Família, teoria sistêmica e psicodrama

Ângela Baiocchi

A família está na pauta das discussões e das propostas políticas, sociais, científicas, religiosas e educativas, tanto no Brasil como em todas as partes do mundo. É agenda obrigatória de governantes, professores, cidadãos, trabalhadores, pesquisadores, cientistas, crianças, jovens e adultos. A família é o lugar de origem da espécie e simultaneamente o filtro entre o novo ser humano e as forças que operam na sociedade. A família tem lugar claramente definido no desenvolvimento saudável ou crítico do ser humano, tem também total poder sobre a preservação e transformação da malha social. No presente "admirável mundo novo" da entrada do século XXI, vivemos todos um período de grande instabilidade, que atinge não só o solitário ser humano, mas toda a estrutura social.

Compreender a família, aprender com ela e atender suas complexas necessidades faz da travessia humana, nestes **tempos** exageradamente modernos, uma imposição. A questão de atenção à família é uma urgência no Brasil. Nosso país indica alto índice de natalidade, principalmente nos grupos populacionais desfavorecidos, aumento da violência, alargamento das distâncias entre pobres e ricos, cidades cujos centros urbanos desequilibram-se com a superpopulação e deficiência nas redes de atenção a saúde e educação, além de carência de empregos, mas que, mesmo assim, entrou no processo de globalização econômica sem ter saído do analfabetismo e das péssimas condições de sobrevivência material. Neste capítulo serão analisados outros fatores que impedem a transformação do ambiente e das relações familiares assim como a proposta de intervenção em terapia familiar por parte de profissionais das áreas de medicina, psicologia, enfermagem e serviço social.

A terapia familiar de base sistêmica vem construindo nas últimas décadas um amplo trajeto científico e metodológico no sentido de revisar e interferir em diferentes ambientes que compõem o cenário no qual se desenrola a vida familiar do homem, da mulher e da família na contemporaneidade. Essa abordagem tem uma ressonância importante em relação ao Psicodrama, escola terapêutica criada por Jacob Levi Moreno. Ambas vertentes se articulam de forma complementar no trabalho com famílias ou no trabalho com qualquer grupo humano, seja nas famílias, na clínica psicológica, nos ambientes sociais ou nas instituições de qualquer natureza.

Nessa abordagem, o foco é a família, sua constituição, seu desenvolvimento e sua rede de pertencimento na malha social, além de suas histórias, doenças físicas e psicossociais. Interessa-nos também como ela transita da família de origem para a criação de uma nova família, do casamento para o nascimento e emancipação dos filhos, como são vividos os estágios tardios, o envelhecimento, os processos de ruptura de vínculos e a morte. Também se investiga e trabalha com o capital cultural da família; o que ela tem de suporte para superar desafios no ambiente relacional onde vive ou em seu arquivo psicoafetivo. É mais importante ainda ver o que falta. É necessário e fundamental discutir as possibilidades de intervenção no universo das práticas clínicas, educacionais, políticas e institucionais, proporcionando maior atenção às questões psicológicas, sociais, educacionais e filosóficas que envolvem a instituição familiar.

No processo de interiorização da realidade, o indivíduo assume o mundo no qual os outros já vivem, constituindo nessa troca um processo original em que cada sujeito pode ser modificado e recriado. Ocorre, nessa relação, uma contínua identificação com o ser do outro. Para garantir sobrevivência nas relações sociais, a família é a matriz que *educa* o novo ser humano em direção ao aprendizado e incorporação dos papéis sociais mais adequados às regras já fixadas pela sociedade. São chamadas por Jacob Levi Moreno, que estudou profundamente as redes sociais na formação do ser humano, de **conservas culturais**. (Vasconcelos, 2001)

Para esta autora, a família não é apenas protetora e provedora natural e universal de seus membros, realizadora de reprodução biológica da espécie; tem outras funções relacionadas aos vínculos de parentesco e reprodução cultural. À família cabe também a reprodução da força de trabalho e a perpetuação da propriedade, o que a torna, assim, fundamental para a sociedade e, consequentemente, objeto de um controle social bastante rigoroso por aqueles que detêm o poder.

3.1. BREVE HISTÓRICO SOBRE FAMÍLIA

A dimensão histórica sobre a origem, a organização ou evolução dos diferentes tipos de família não é linear ou definitiva. Queremos saber além da origem e da trajetória, também a posição, a identidade e os rumos desse enorme universo que representa não só o berço primordial do ser humano, mas também retrata e determina as características evolutivas, sociais, políticas e estruturais tanto de indivíduos quanto de todo arcabouço social mais amplo.

A questão familiar envolve aspectos culturais de cada povo, assim como as condições sócio-históricas de homens e mulheres. As tribos Xavantes, que habitam enormes territórios no Brasil, ainda nos dias atuais, têm uma forma de manter as relações familiares ligada diretamente à posição de status e poder de cada grupo familiar. Por exemplo, há uma configuração predeterminada para hierarquizar a comunicação entre as pessoas. As mulheres devem dirigir a palavra somente aos homens que pertençam à sua família. Na adolescência, os meninos devem separar-se de suas mães para "ficarem mais fortes" e também passarão a ser educados apenas pelos homens mais velhos da tribo.

Em uma pesquisa baseada em dados iconográficos, Philippe Ariés (1981) se debruça a desvendar o passado da vida familiar desde o século XI. Ele se interessou em conhecer os vínculos familiares, o sentimento e os papéis dos membros desse grupo. Chegou à conclusão de que antes desse período, os papéis de esposos e esposas eram ligados diretamente ao trabalho. E a importância do vínculo estava ligada mais a sobrevivência ou a proteção diante de algum perigo ou a defesa da honra. Para esse pesquisador, os vínculos afetivos na família não eram valorizados como foram posteriormente. Os filhos tinham pouca atenção dos pais porque lhes tiravam o tempo e acarretavam trabalho extra. Eram cuidados por qualquer adulto que compartilhasse o ambiente da família, e tratados como gente grande.

Ele afirma que a transmissão de valores, conhecimentos e o processo de socialização da criança não eram nem controlados nem assegurados pelas famílias.

> A criança se afastava logo de seus pais e pode-se dizer que durante séculos a educação foi garantida pela aprendizagem, graças à convivência da criança ou do jovem com os adultos. A criança aprendia as coisas que devia saber ajudando os adultos a fazê-las (Ariés, 1981:10).

Na antiguidade, a preservação e integridade de cada cultura era uma questão de sobrevivência, força e poder, e as comunicações muito difíceis, além de quase

sempre indesejáveis, pois estas significavam lutas, guerras, dominação e rendição. Era de bom-senso manter suas tradições, suas crenças e seus valores, através do controle exercido pela família.

Nos primórdios, a família do africano era de um tipo, a do oriente de outro e a do europeu bem diferente também. Em algumas sociedades, prevalecia o amor fraternal, em outras havia a poligamia e em outras, a monogamia. Com a intensificação das comunicações e a necessidade de expansão econômica e comercial por parte dos povos mais desenvolvidos, essas mudanças atingiram plenamente a evolução das relações familiares. O modelo cristão de família, a partir da Idade Média, impõe a monogamia e a castidade como valor elevado para garantir a pureza da linhagem de herdeiros, atribui responsabilidade e proteção total dos filhos aos pais, e defende o patrimônio com sucessão familiar obrigatória. Esse modelo tende a se tornar hegemônico no mundo ocidental. Mas aí começam também as grandes divisões das castas sociais: os ricos, donos das terras, dos escravos, do poder e autorizados pela Igreja Católica, e os pobres destituídos de tudo e sem regras.

O mais antigo registro já descoberto sobre a família como instituição social é o código Hamurabi, escrito cerca de 1700 a.C. Esse código tem 252 artigos, sendo 64 deles destinados a ajustar as relações familiares. Encontra-se aí uma tentativa de regular as relações familiares, designando o poder culminante ao homem, e exigindo da mulher a procriação como função básica no casamento.

Ao estudar a família através dos tempos, suas posições e valores socioculturais, o psicanalista Luis Carlos Osório (1996:35) afirma que os povos mesopotâmicos viviam muito isolados em pequenos grupos urbanos, e a família representava a mais sólida instituição social, sendo responsável pela coesão do grupo. Já no antigo Egito, a união entre irmãos era tida como casamento perfeito, sendo, no entanto, privilégio dos faraós. Nessa sociedade, o nome dado às pessoas de uma família podia ser o mesmo, não precisava separar as identidades.

Nesse processo evolutivo, a Grécia institui a partir do século V uma família mais próxima dos padrões das sociedades ocidentais contemporâneas segundo a pesquisa de Osório.

Historicamente, nas sociedades mais letradas, podemos observar um processo de evolução organizacional e estrutural das famílias partindo das mais amplas (incluindo várias gerações), datadas a partir da era cristã, para as mais nucleares (pai, mãe e filhos) a partir do período pós-industrial.

Outra grande mudança no modelo familiar tradicional para o contemporâneo se refere à questão do patriarcalismo. Esse modelo que as sociedades ocidentais herdaram tem no pai a figura central. É ele quem arbitra, determina e faz cumprir todos os destinos dos membros da família. No período romano clássico, podia decidir até pela morte de um filho que não obedecesse. E a mulher não tinha nenhum papel de importância, com exceção da procriação.

Com o fim do período feudal e surgimento da era industrial, as famílias se modificam muito. Antes a convivência familiar era atrelada a uma coexistência social muito ampliada, em que se convivia prioritariamente em comunidade e não apenas como grupo familiar. Era uma comunidade composta de pessoas da família ou de companheiros de trabalho, de vizinhos e serviçais da família. No advento da industrialização surge então o casal isolado do grande grupo e começa a se impor a preservação e acúmulo de bens e de riquezas. No mundo ocidental, o trabalho determina a mudança na vida familiar, não mais as convicções religiosas ou as regras e hierarquias da organização social.

Nessa esteira de mudanças a família patriarcal se desconstrói no ocidente. A mulher sai para o mercado de trabalho, surge o controle de natalidade e a possibilidade oferecida a ela de não se obrigar à castidade antes do casamento. O homem contemporâneo divide tarefas domésticas com a esposa e dá aos filhos mais acesso a educação formal. Vem ao mundo a revolução tecnológica, e a era da superinformação, com isso as relações no interior das casas sofrem profundas mudanças. O grande fosso entre ricos e pobres aumenta. Tensões sociais como violência urbana, abuso de substâncias tóxicas, doenças endêmicas e psicossociais aumentam e tornam as famílias vulneráveis e instáveis. A **fotografia** da família contemporânea nos mostra um panorama que exige atenção e cuidados por parte de diferentes segmentos da sociedade organizada.

Para Oliveira (2002), a sociedade contemporânea não oferece um modelo em que os indivíduos se encaixem atendendo perfis e definições preestabelecidos pelas tradições. O individualismo predomina e é caracterizado por um traçado pessoal em que somos autores de nós mesmos. Esse comportamento satisfaz o ideal de liberdade e mudanças pretendidas com a quebra dos velhos e indesejáveis padrões tradicionais, mas a angústia nas relações humanas, conjugais ou familiares aumenta.

Esse modelo, no qual a individualidade é exacerbada, alcança destrutivamente as relações familiares. Ninguém se responsabiliza pelo sentimento ou pelo problema do outro e assim o efeito carambola acontece, ninguém é responsável por

você. O fracasso é sempre seu, o sistema social e as questões coletivas ou do sistema familiar se escondem sob o manto do desejo de preservação da vida privada.

Estamos todos ligados na grande rede virtual da sociedade do conhecimento. Aqui a grande massa de conteúdos e facilidade de acesso ao mundo da comunicação e da informação faz o isolamento e o individualismo crescerem na mesma proporção. Além da liberdade irrestrita podemos nos conectar de forma instantânea em todos os cantos do mundo, podemos pertencer a comunidades virtuais, mas os sistemas sociais e familiares enfraqueceram.

A entrada da mulher no mercado de trabalho, também considerada "uma mudança radical", não provocou na família uma inovação. Segundo Oliveira (2002:19),

> A família continuou a se organizar contando com a elasticidade do tempo das mulheres ou com a aceleração do ritmo de seu trabalho. Não se experimentou uma reengenharia da vida privada em que o dia a dia dos homens fosse afetado, em sintonia com o novo estatuto das mulheres.

O historiador Mark Pôster, *apud* Osório (1996:42), definiu quatro modelos de estruturas familiares no percurso histórico que compreende da Idade Média até nossos dias: 1) **família aristocrática**, que se estruturava em função do patrimônio herdado; 2) **família camponesa**, que se organiza em função das necessidades de prover as condições básicas de sobrevivência; 3) **família burguesa**, em função da necessidade de transmissão dos interesses das classes dominantes emergente; 4) **família operária**, que se consolida em função da crença na prosperidade que deseja alcançar; 5) **família contemporânea**, que se compõe em função da necessidade de pertencer socialmente, e pelo desejo de ter e criar filhos.

Essa trajetória permite a certeza de um processo ininterrupto e altamente evolutivo, em que se descortinam a decisiva influência das necessidades sexuais do ser humano e do desejo de preservação da espécie; das mudanças determinadas pelas funções dos gêneros feminino e masculino; pela influência das relações sociais de produção (como o ser humano busca sua sobrevivência); pela religião e crença em mitos; e principalmente pelas relações de poder que se alternam no cerne de todo processo histórico.

3.2. PRINCIPAIS TEORIAS

A terapia familiar de base sistêmica apoia-se em pilares teóricos que se originam de diversos campos científicos, principalmente os pressupostos da Psico-

logia, Sociologia, da teoria da comunicação humana, da Biologia, Física, Antropologia, História e das diferentes práticas psicossociais do universo terapêutico. O ciclo vital, a teoria dos papéis, as comunicações interpessoais, a gênese das doenças mentais e/ou psicossomáticas, os fenômenos sociais e relacionais e particularmente as teorias de desenvolvimento humano são o suporte fundamental dessa abordagem.

3.2.1. Ciclo de vida da família

A análise do ciclo vital familiar permite apreender e compreender a linha de tempo e as etapas de desenvolvimento da história de cada família. O principal objetivo de se trabalhar com o ciclo vital da família é possibilitar uma visão mais ampla dos relacionamentos intergeracionais da família.

Nesses estudos sobre o ciclo vital, McGoldrick (1995) chama a atenção para se reconsiderar cuidadosamente as noções de família normal e patológica, as questões de gênero e etnicidade e os preconceitos por parte dos investigadores e terapeutas quando desejarem observar, descrever ou intervir nas histórias familiares.

O relacionamento dentro de uma família é o principal sedimento para o desenvolvimento da vida psíquica espontânea e com possibilidades variadas de desenvolvimento social. No grupo familiar, os novos membros são incorporados por nascimento, adoção ou casamento. E a partida, com rompimento definitivo desses membros, ocorre apenas pela morte. Nenhum outro sistema está sujeito a tais limitações. Segundo Carter e McGoldrick (1995), uma empresa ou instituição pode demitir e contratar pessoas por diferentes motivos, mas uma família tem outras determinações e responsabilidades com seus membros.

O ciclo vital das famílias é fortemente influenciado por motivos de variação cultural e por detalhes que compõem o cenário onde um determinado episódio da vida ocorreu. Por exemplo: uma criança que nasce em uma fazenda com uma parteira oferece uma experiência diferente à mãe do que de outra criança que nasceu de uma cesárea em uma maternidade. A experiência de uma mulher casar-se grávida é diferente de planejar o filho ou filha após o casamento. Então, para analisarmos e trabalharmos com esse referencial é preciso, por parte do profissional, não apenas atenção em relação aos aspectos psicológicos, mas sobretudo conhecimento em relação aos diferentes fatores ambientais e socioculturais.

Aproveitando a didática proposta por Carter e McGoldrick (1995) ao sugerir a divisão em seis estágios que delimitam fronteiras de transição no desenvolvimen-

to das relações familiares, vamos fazer uma breve discussão sobre essas etapas. Em cada uma delas priorizam-se, particularmente, aspectos emocionais do ciclo vital e não descrições biológicas, sociológicas ou antropológicas, que também são importantes, mas não caberiam no objetivo deste capítulo.

O recorte sobre a família traz ângulos especiais de evolução intersubjetiva e operativa além da conceitualização das transições do ciclo de vida diretamente ligados à mudança de segunda ordem.[1] O estágio para uma nova família começa quando o jovem solteiro se lança em direção à independência financeira e busca uma saudável diferenciação do "eu" em relação à sua família de origem. Esses seis estágios seriam:

1º – Saindo de casa: jovens solteiros.

Corresponde ao estágio no qual o sujeito "deixa" (ou deseja deixar) sua família de origem, em termos físicos e às vezes emocionais, mas ainda não estabeleceu outro sistema familiar. Aqui no Brasil, por questões estruturais que dificultam a sobrevivência dos jovens, sobretudo pelo difícil acesso ao mercado de trabalho, essa decisão é bastante adiada, embora sejam comuns os "ensaios", como as viagens e temporadas em casa de amigos ou parentes.

Características principais: possibilidade de separação física e emocional da família de origem que possibilita entrada de outra pessoa com aspectos relacionais bem diferentes das figuras parentais; aceitação da responsabilidade emocional e financeira pelo "eu"; desenvolvimento de relacionamentos íntimos com adultos iguais; e o estabelecimento do "eu" com relação ao trabalho e independência financeira.

2º – A formação do novo casal.

Nesta etapa os indivíduos se comprometem com a formação de um novo sistema. Prioritariamente desenvolvem os papéis de cônjuges e, simultaneamente, se realinham com as famílias ampliadas de cada um e redefinem o círculo social e a relação com amigos para incluir o par.

É uma das etapas mais complexas e difíceis do ciclo vital. Envolve renegociação e respeito por um grande espectro de questões: histórias de vida pessoal

[1] Mudança de segunda ordem é considerada uma das etapas da evolução da Teoria Familiar Sistêmica. Nesta forma de enfocar a família no ambiente da terapia, o observador faz parte do sistema, como participante que descreve o sistema. Desenvolve-se aí a posição construtivista na terapia familiar. Segundo Maria Rita Seixas (1992), sociodramatista e terapeuta familiar paulista, todo observador de um determinado sistema percebe-o de uma determinada maneira, isto é, o constrói e forma com ele outro sistema do qual é participante ativo (ou parte integrante).

diferentes, sexo, dinheiro, poder, carreira, amor, e diferentes universos subjetivos carregados de medos, mitos e desejos individuais tanto materiais quanto emocionais.

3º – Famílias com filhos pequenos.

Nesta fase o essencial é que os pais estejam "prontos", particularmente do ponto de vista emocional, para se responsabilizarem pelo papel de cuidadores da nova geração. Para tanto deveríamos cuidar do planejamento familiar. Essa medida evitaria prejuízos enormes para as futuras gerações. O ajuste do casal parental precisa criar possibilidades materiais, psicológicas, educacionais e sociais que atendam às necessidades de ajudar a evolução de um novo e frágil ser humano. Nesta fase do ciclo vital também se leva em conta o realinhamento das relações com o sistema familiar ampliado integrado por avós, tios e primos.

4º – O estágio da família com filhos adolescentes.

Nesta fase ocorrem literalmente mudanças radicais nas relações familiares. Uma delas se relaciona aos avós, que estão entrando na idade avançada e em alguns casos começam a apresentar sinais de debilidade física e, às vezes, precisam mais dos filhos por motivos financeiros, de saúde, para se locomoverem ou para coabitar. Nesses casos, os pais têm de dividir atenção entre seus filhos e os avós.

Dos grandes desafios desta fase o maior deles é a negociação da autonomia dos filhos adolescentes com a autoridade dos pais e com as imposições do meio sociocultural. Estabelecer fronteiras entre liberdade, disciplina, regras, padrões morais, modismos, convicções das famílias de origem e enfrentamento do conflito entre crescer com responsabilidade, apesar de desejar ardentemente a liberdade, é o grande exercício na evolução das famílias deste estágio.

5º – Filhos saindo de casa e a continuidade da família.

Assim como o estabelecimento do vínculo conjugal é a mais complexa das fases do ciclo vital, a quinta fase é considerada a mais problemática das transições pelas quais passamos. A mudança da família patriarcal de algumas décadas atrás para a família contemporânea, caracterizada particularmente por poucos filhos, projetos profissionais diferentes na vida conjugal, mudança radical nos papéis de gênero e aumento da longevidade proporcionado pelo avanço das técnicas cientificas, dentre outras, possibilitou também o desenvolvimento da expectativa e a necessidade de mudanças na vida familiar para os que ficam, no caso, o casal.

É necessário um reenquadramento dos papéis conjugais assim como da relação com filhos adultos. As dificuldades desta fase se caracterizam principalmente pela entrada de novos membros (genros e noras de outros sistemas familiares); pela chegada dos netos e conflitos geracionais normais com os avós e por questões de doenças, incapacidade ou morte dos mais idosos.

6º – Famílias com idade avançada.

Esta fase se caracteriza particularmente pela fragilidade física dos idosos. Com isso os papéis de liderança e de divisão de tarefas tendem a mudar na organização da família. Existem mitos e medos que envolvem esta fase da vida e que afetam tanto a geração que está envelhecendo quanto a intermediária. Dentre eles os mais visíveis são: medo da falta de recursos para o os velhos se manterem e, portanto, se tornarem além de frágeis fisicamente, dependentes; invalidez física ou mental; aposentadoria, abandono e dificuldades para socializar-se fora da família. Outra mudança provocada por esta fase se refere à luta que em geral ocorre no sistema para incluir a sabedoria e experiência dos velhos, sem causar medo ou constrangimento para a geração do meio direcionar os filhos pequenos ou jovens.

3.2.2. Teoria sistêmica e a terapia familiar

A Teoria Familiar Sistêmica se fundamenta na ideia de que a pessoa sintomática da família é aquela que vem à terapia considerada "o problema", mas na verdade ela representa uma disfunção do sistema familiar como um todo. Nesse enfoque o distúrbio do comportamento ou transtorno mental não é uma manifestação individual e sim, sistêmica.

A doença sistêmica no grupo familiar é o retrato das dificuldades relacionais dos membros desse sistema. Essa estrutura doente padece basicamente de dificuldades na comunicação e na percepção entre seus membros.

Os terapeutas familiares que trabalham com base na concepção sistêmica têm como meta as relações entre os membros e não o trabalho com comportamentos e/ou patologias individuais. O atendimento é realizado com todos os membros do sistema simultaneamente. Esse sistema compreende os membros do grupo familiar atual, que estejam envolvidos com o membro sintomático. Podem participar, além do pai, mãe, filhos e filhas, também padrastos, madrastas, tios, avós e até profissionais domésticos que estejam altamente envolvidos com a pessoa que manifesta necessidade de ajuda.

Essa abordagem se fundamentou inicialmente a partir dos estudos de Von Bertalanfy nos anos 1940, intitulado Teoria Geral dos Sistemas. Nessa visão todo sistema tem um sistema homeostático autorregulador que é ativado pelas situações de conflito e que busca se reequilibrar por meio de vínculos de retroalimentação positiva e negativa. A partir desse estudo vieram diversos estudos acadêmicos sobre o tema e inúmeros trabalhos extraídos das experiências clínicas com os grupos familiares.

Segundo a psicoterapeuta e escritora americana Peggy Papp (1992), os conceitos-chave do pensamento sistêmico têm a ver com a totalidade, a organização e a padronização dos sistemas de relações humanas. A ideia central dessa teoria preconiza que o todo é maior do que a soma de suas partes e que cada parte só pode ser compreendida no contexto do todo. Outro aspecto importante se refere à ideia de mudança. Qualquer modificação em uma das partes afeta todo sistema. Tais mudanças ocorrem por uma sequência de correntes de retroalimentação chamados circuitos cibernéticos. A família tenta de diferentes maneiras reorganizar seus padrões de funcionamento para conseguir se equilibrar e seguir seu projeto de vida buscando com isso sua homeostase.

Quando se deparam com um sistema disfuncional, os terapeutas familiares raciocinam que o sistema precisa de mudança e que para ser feita é preciso entender as transações que circulam entre as pessoas do grupo familiar.

Na visão sistêmica, o problema de um membro se relaciona com todas as pessoas do sistema, ou seja: com o vínculo do casal, com os aspectos sociais, culturais e econômicos da família, com a relação fraterna, com as correntes afetivas entre todos os membros e, principalmente, com a capacidade de comunicarem e comportarem-se por parte dos integrantes da família. A isso chamamos de visão circular do problema em oposição à antiga visão linear de causa e efeito. Peggy Papp (1992) afirma também que os membros da família não devem ser vistos como possuidores de características inatas, e sim manifestando comportamento em relação ao comportamento de outros. Para entender a causa de um determinado comportamento, o terapeuta deve tentar compreender qual a oscilação que existe na circularidade do problema. Por exemplo, o que faz um jovem buscar a droga pode ser o desentendimento do pai e da mãe em relação à autoridade na família. Então o terapeuta vai tentar construir com essa família novas transações na atitude do casal parental facilitando intercâmbio e trocas mais pertinentes ao sistema e, consequentemente, aguardar a mudança do comportamento do filho.

Os pensadores sistêmicos não acreditam que existe lugar para certezas absolutas; a verdade e a realidade são coconstruídas, são circulares. Podem ser modificadas sempre. Nessa visão, as pessoas não são consideradas capazes de exercer poder unilateral sobre outra. O controle de uma pessoa sobre outra se baseia no circuito de ida e vinda da informação. O que importa são as conexões e relações mais do que o poder e a força individual.

3.2.3. Principais escolas de terapia familiar

Quando o pensamento sistêmico expandiu seu foco para as relações humanas e abraçou particularmente o tratamento não só de indivíduos isolados, mas principalmente de seus grupos familiares, veio incidir sobre a sólida corrente de pensamento psicanalítico, confrontar conceitos de doença e saúde enraizados pela nossa biologia cartesiana e propor uma mudança radical dos antigos paradigmas de cura para novos e revolucionários conceitos e técnicas do pensamento sistêmico/cibernético. Não significa, portanto, a quebra ou derrota dos antigos e fortes conceitos das psicoterapias tradicionais, mas principalmente a possibilidade de se integrarem diferentes abordagens, e ousar desfazerem-se as frustrações do nosso trabalho com a clínica psicoterápica que crescem lado a lado ao aumento do mal-estar mental/social e do enfraquecimento vertiginoso das relações familiares.

Segundo Ieda Porchat (1987), o profissional deve se valer de um ecletismo produtivo, servir-se de um instrumental variado e adequado para suas intervenções. Para ela, o bom terapeuta deve estar atento e livre para agir com o que sabe e com o que tem à sua disposição. Ela afirma que esse profissional não deve permanecer amarrado ao quadro teórico ao qual se filia.

Ela sugere também que o terapeuta tenha em vista que teoria e técnica formam uma forte e coesa unidade, mas a técnica pode ser mais versátil, pois possui valor próprio podendo articular-se com diferentes abordagens teóricas. O terapeuta é quem vai decidir por seu referencial e por suas técnicas. Quanto mais conhecimentos teóricos, metodológicos e técnicos, maiores as possibilidades de interagir diante das diferentes problemáticas familiares e em diferentes contextos da prática clínica.

Antes da abordagem sistêmica em terapias familiares, a psicanálise já possuía seu referencial teórico para abordar a temática. Nessa segunda vertente, o fundamento básico é que o sujeito se relaciona com o outro (objeto) para reduzir a tensão instintiva. Para Freud, o desenvolvimento da personalidade humana está relacionado às suas primeiras experiências enquanto bebê, concentradas no pró-

prio corpo: boca, ânus e genitais. A partir dessas experiências, entra em contato com seus primeiros sentimentos de gratidão, amor ou frustração, pelas figuras de mãe e pai, e também, a partir dessas primeiras sensações, experimenta e se prepara para enfrentar o futuro mundo adulto.

O Psicodrama, criado por Jacob Levi Moreno, também estudou o desenvolvimento humano e sua relação com o meio social, incluindo a família como a matriz de identidade básica. Moreno iniciou tratamento de casais e famílias na segunda metade da década de 1930. Fez diferentes abordagens, dentre elas a visita familiar. Foi o criador de grande arsenal de técnicas de ação como a dramatização, o *role-playing*, a escultura familiar, o sociodrama e o *acting-out*, como elemento catártico de grande importância dramática. Ele propôs, contrariamente a Freud, que o *acting-out* deveria ser incentivado durante as terapias.

Para Moreno (1978), o processo psicoterápico com famílias deveria se dar essencialmente em ação dramática. Para ele, na ação dramática as pessoas podem chegar mais perto de uma profunda percepção do essencial de si mesmas e também dos outros com os quais se relaciona. É possível "rever as cenas e os sentimentos envolvidos". Na dramatização as pessoas podem mostrar-se simultaneamente para si mesmas e para os outros como realmente são. Para Moreno a família é um átomo social, que, assim como a sociedade, deve ser vista com todas as suas ambiguidades.

O psicodrama é muito difundido no Brasil particularmente para o trabalho com grupos em clínicas privadas e instituições. É considerável o "entrosamento" entre o universo psicodramático e o da terapia familiar sistêmica. A teoria dos papéis de Moreno, as técnicas de ação e o sociodrama são os principais pontos de ressonância em relação à terapia familiar sistêmica.

Moreno (1978) postula que os papéis sociais representam a forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento específico em que reage a uma situação. Esses papéis determinam o comportamento do indivíduo. No desenvolvimento da Matriz de Identidade, que é o *lócus nascendi* (lugar de nascimento) da verdadeira identidade humana, estabelecem-se os papéis que vão fundar todo modo do ser humano transitar no espaço social. A Matriz de Identidade e os papéis sociais são desenvolvidos na relação primária com o pai e com a mãe ou, na ausência destes, com seus substitutos.

As principais Escolas de Terapia Sistêmica surgiram a partir dos anos 1950 e se propagaram mais a partir da década de 1970. Dentre elas estão:

Estrutural: é a escola que enfatiza a qualidade das fronteiras e dos limites que existem nas transações entre os membros de uma família. Utiliza técnicas de dramatização, de comunicação verbal e não verbal. O terapeuta se alia ao sistema, é um terapeuta ativo, pode coordenar, se colocar no lugar de um dos participantes, pode interagir como julgar necessário.

A Estrutural tenta trabalhar com a estrutura (fronteiras) e reorganização das situações disfuncionais das famílias, consideradas incapazes de se reorganizarem, quando os padrões de interação as impedem de lidar com novas circunstâncias, uma crise ou necessidade de mudança de postura. Geralmente são famílias com fronteiras rígidas, em que as regras são "bens eternos", inegociáveis ou difusas e inexistem fronteiras. O terapeuta se une ao sistema, o provoca e confronta. Sugere mudanças e tarefas para serem realizadas em casa nos intervalos das sessões.

Estratégica Breve: é uma escola que focaliza principalmente as transações comunicacionais entre os elementos da família. Frente a essa metodologia o terapeuta deve se concentrar em fazer emergir os padrões de comunicação que mantêm o problema apresentado pela família. Este grupo de terapeutas propõe a utilização de uma equipe terapêutica (não obrigatória) e o uso de meios de comunicação entre o sistema terapêutico e o sistema familiar como espelho unidirecional, linhas telefônicas, alto-falante entre a sala da equipe e a de atendimento, assim como a possível intervenção dos outros terapeutas. Utiliza-se de métodos de comunicação pelos quais diagnostica e foca o problema que afeta a dinâmica familiar e intervém provocando superênfase ou subênfase nas dificuldades cotidianas que ele causa. Pode simultaneamente fazer intervenções em um membro do sistema ou no sistema todo. O terapeuta evita se sobrepor como autoridade terapêutica, nivela-se à família, também "não sabe, vai tentar descobrir". Ele usa estratégias como sugestões e propostas de novas ações em lugar de ordens diretas. Essa escola também usa "tarefas para casa", as chamadas prescrições.

Grupo de Milão: marcou também a consolidação do movimento das terapias sistêmicas familiares. É uma proposta de trabalho que pesquisava e planejava antecipadamente todas as sessões. As perguntas circulares, estratégicas e reflexivas, assim como a formulação de hipóteses, formam o centro vital das experiências do Grupo de Milão com grupos familiares. Para os profissionais desta escola as perguntas circulares são consideradas com forte potencial terapêutico, capazes de produzir mudanças clinicas. Esta escola não valoriza a hierarquia familiar, e minimiza a organização dos subsistemas. A escola de Milão fez então amplas revisões em suas propostas, principalmente nos trabalhos relativos à proposta de

paradoxos e contraparadoxos nas intervenções com as famílias. Palazzoli e seu colega G. Prata se direcionam hoje principalmente a famílias psicóticas, utilizando intervenções baseadas na proposta de definição do jogo relacional entre os membros da família. Para ela é um jogo intergeracional do pai, da mãe e do filho, como uma tríade e não como uma díade: pais e filhos.

Construtivista: trabalha diretamente com a reconstrução das histórias. A primeira parte da história é a razão da consulta, a segunda é a conversação terapêutica que busca facilitar a produção pela família de uma história diferente. A terapia construtivista tem como objetivo ajudar o indivíduo e/ou a família a transformar a natureza da história ou a forma como é narrada. Ao narrar uma história, afirma Carlos Sluzki (2000), pode-se optar por uma transformação do estado passivo para o ativo na atitude dos personagens; ou de uma narrativa a-histórica para uma narrativa histórica. Pode também transformar histórias de incompetência em competência.

3.3. PRÁTICA CLÍNICA E AS PRINCIPAIS TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO EM TERAPIA FAMILIAR

As intervenções em terapia familiar levam em consideração diferentes fatores para alcançar o jogo interacional da família. Interessa-nos o que ela faz para manter e alimentar o problema. Esses fatores têm a ver com a modalidade de atendimento que se pretende, se a família está em crise, se a família tem crianças, idosos ou enfermos, qual a capacidade (interesse, tempo, distância do consultório, condições econômicas) para manterem o tratamento, qual o ciclo vital da família, e qual o sintoma disfuncional desse grupo familiar.

Tais comportamentos verbais às vezes limitam a clareza e o foco da informação realmente relevante. Por meio de entrevistas, os membros da família podem perder-se nos discursos longos, criar muitos atalhos desnecessários, dificultar a ação dos terapeutas sem que o objetivo da terapia aconteça, ou seja, a modificação dos padrões de interação do sistema familiar. Dessa forma os terapeutas de família são formados e treinados para utilizarem um grande instrumental técnico no sentido de estimularem as propostas terapêuticas de mudança nas relações familiares. As mais usadas e consideradas mais eficazes são as técnicas de ação (dramatizações e esculturas), as intervenções paradoxais e as perguntas circulares e reflexivas.

Watzlawick, um dos pioneiros da terapia familiar sistêmica, afirma que os sistemas humanos precisam de intervenções simples para produzirem mudan-

ças. Mesmo os que apresentam problemas complexos podem estar emergindo de pequenos e simples fragmentos de condutas, com elementos limitados, mas que somados a outros pode gerar uma grande complexidade na relação desse sistema. Para ele o problema atual não precisa ser descrito com suas conexões a fatos passados. Diz que essa escultura histórica mantém a repetição e bloqueia o terapeuta; "o enfoque intrafísico, introspectivo e retrospectivo é inadequado para tratar as relações humanas. O fenômeno entre duas ou mais pessoas não pode ser reduzido a uma ou outra, ele é um terceiro fenômeno, de ambas" (Watzlawick, 2000).

Mara Selvini Palazzoli (2000), uma das fundadoras do Grupo de Milão, afirma que o campo de trabalho é um dos mais complexos que se possa imaginar; "nosso objeto de pesquisa é o ser humano em seus jogos interativos com os outros, ou seja, o homem como estratégia". O desafio dos fenômenos interativos exige, portanto, a invenção de estratégias que permitam ampliar o conhecimento sobre o jogo familiar. Esse conhecimento, afirma, é dado pelo processo terapêutico e pode ser modificado sempre.

Na proposta de terapia estratégica a questão se coloca em como escolher a estratégia mais correta para cada tipo de problema apresentado. Para Cloé Madane (1997), o terapeuta escolhe a estratégia de acordo com sua conceitualização do problema, com a especificidade do problema apresentado pela família e com a condição da família de percebê-lo. Para ela, quando um terapeuta pensa claramente sobre um problema, ele encontra a estratégia correta para ajudar a família a resolvê-lo.

Cecchin (1996) diz que o terapeuta no contato com a família é responsável por suas ações e opiniões. Pode explorar toda sua curiosidade por meio de perguntas, pois nessa posição terapêutica tem oportunidades para novas formas de ação e interpretação. Ele pode questionar, interpretar, decodificar, sugerir, coconstruir por meio de símbolos como a linguagem ou outras formas de comunicação não verbal.

As terapias sistêmicas familiares têm em comum pouca rigidez relacionada ao tempo de sessão ou no intervalo entre uma sessão e outra. Algumas propõem intervalos semanais, outras quinzenais, outras mensais. Depende das condições sociais, econômicas e ambientais da família e dos profissionais envolvidos. Isso não interfere nos resultado das terapias familiares. Dentre algumas técnicas mais utilizadas, abordaremos as principais de cada escola.

1) **Entrevista Circular** – São perguntas que obrigam os membros da família a se conectarem. São do tipo: "O que você pensa que sua mãe está fazendo quando você e seu irmão mentem que vão para a escola e sua irmã fica cuidando dos afazeres da casa?" São perguntas que facilitam a interação entre o sistema terapêutico e a família, assim como permite identificar os "padrões que conectam" pessoas, ações, contextos e acontecimentos, ideias crenças etc. (Seixas, 1992).
2) **Entrevista simples** – para coleta de dados informativos ou para elaboração de genograma, são feitas individualmente ou coletivamente.
3) **Filmes ou fotos das sessões** – Estratégia utilizada para pesquisa científica autorizada pelos membros da família ou para utilização no *setting* terapêutico.
4) **Escultura da Família** – É uma técnica que vem do psicodrama por meio da qual se procura definir um espaço no *setting* terapêutico como sendo o espaço da família (uma metáfora). Nesse lugar pede-se aos integrantes da família que se movam e coloquem nele todos os membros da família. Ao fazer isso se sugere que "falem" por meio da expressão corporal e das posições de cada um. Devem explicitar os vínculos de cada um com os demais de modo que fique claro como é a relação.
5) **Inversão de Papéis** – é uma técnica crida também por Moreno que consiste em sugerir que uma pessoa tome o lugar de outra e aja como ela, fale e se movimente tal qual. Esta intervenção facilita a percepção coinsciente entre as pessoas da família. Permite também acessar conteúdos até então pouco tangíveis, e permitir diferenciar conteúdos transferenciais.
6) **Hipotetizar** – Quando faz perguntas, o terapeuta pode sugerir uma hipótese do tipo provocativa se dirigindo ao esposo alcoólatra: "Se você parar de beber todos os dias, acreditamos que sua esposa vai começar a brigar mais com você". São hipóteses construídas para averiguar, provocar mudanças de comportamentos, desestabilizar velhas homeostases.
7) **Reunião Preparatória** – Quando houver trabalho em equipe, os profissionais deverão realizar uma ou mais reuniões para programar a próxima sessão, preparar material e foco de trabalho, a participação dos membros da equipe, como será a comunicação entre os profissionais etc.

8) **Genograma ou Genetograma** – Mapa que oferece uma demonstração gráfica da estrutura familiar desde sua origem. Possibilita visualizar as diversas gerações precedentes assim como permite esquematizar todas as etapas do ciclo vital da família.
9) **Diagnóstico sistêmico** – Quando os profissionais trabalham com equipe reflexiva (atrás do espelho unidirecional ou de um biombo) estes podem se reunir no intervalo da sessão e organizar novas informações sobre o problema da família.
10) **Conotação Positiva** – Dar uma conotação positiva mesmo para o pior problema da família. Esta interferência permite: 1) ter acesso ao sistema, confirmando sua tendência homeostática; 2) abrir o sistema à introdução de novas intervenções; 3) deixar todos os membros do sistema em igual nível, nem melhores nem piores; 4) deixar os terapeutas menos poderosos; 5) fazer fronteiras entre sistema terapêutico e sistema familiar.
11) **Painel de fotos** – Pede-se aos membros da família que recortem fotografias de revistas e montem uma colagem sobre qualquer tema da vida familiar.

3.4. ATUALIZAÇÕES E REFLEXÕES SOBRE TERAPIAS FAMILIARES

A contribuição das teorias sistêmicas, do psicodrama e o grande esforço de pesquisadores e terapeutas familiares de toda parte do mundo contribuíram para desvendar e alimentar novas perspectivas para o avanço nos tratamentos das relações humanas e de suas patologias.

As pesquisas continuam, e constantemente vemos a história das terapias familiares ser mais enriquecida com novas e consistentes propostas de intervenções para o resgate das competências das relações familiares e a consequente promoção da saúde coletiva.

A terapia comunitária muito difundida hoje no Brasil também utiliza técnicas referencial das escolas sistêmicas e psicodramáticas.

O campo psicojurídico, particularmente nas Varas de Família, também tem incluído a visão sistêmica nas práticas de perícia e mediação de conflitos familiares.

Os mestres e terapeutas familiares utilizam referenciais diferentes para apoiarem suas pesquisas e intervenções nas clínicas ou instituições. Vêm de diferentes escolas de formação, mas predominam ainda as abordagens sistêmicas. Dentre

as novas contribuições podemos nos referir às propostas de Carlos Sluzki, que deseja ajudar as famílias a construírem para si próprios uma nova história, mais flexível, por meio das técnicas de narrativas.

Outra novidade no campo das terapias familiares é a proposta de Mony Elkaim e Gianfrancesco Cecchin de avaliar o terapeuta concomitante à realização da terapia. Essa postura traz à tona a singularidade do sistema terapêutico. Indaga sobre o papel do psicoterapeuta ao perguntar: "O que leva determinado terapeuta a esboçar um comportamento que impede o sistema terapêutico evoluir?"

3.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÉS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica & Cols. *As Mudanças no Ciclo Vital*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CECCHIN, Gianfrancesco. "Construcionismo Social e Irreverência Terapêutica". In: SCHITMAN, D.F. (org.) *Novos Paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ELKAIM. Mony *Terapia Familiar em Transformação*. São Paulo: Summus, 2000.

MCGOLDRICK, Monica & Cols. *As Mudanças no Ciclo Vital*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MADANES, Cloé. *A Família Além do Espelho*. São Paulo: Editorial Psy, 1997.

MORENO, Jacob Levi. *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix, 1978.

OLIVEIRA, Rosiska Darcy de. *Outono de Ouro e Sangue*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

OSÓRIO, Luiz Carlos. *Família Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas 1996.

PALAZZOLI, Mara Selvini. "É Necessário Criarmos Estratégias Para Ampliar Nosso Campo de Conhecimento"; In: ELKAIM, Mony. *Terapia Familiar em Transformação*. São Paulo: Summus, 2000.

PAPP, Peggy. *O Processo de Mudança – uma abordagem prática à terapia sistêmica da Família*. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.

PORCHAT, Ieda. "Prefácio". In: *Terapia Familiar e de Casal: Introdução às abordagens sistêmica e psicanalítica*. São Paulo: Summus, 1987.

SEIXAS, Maria Rita D'Angelo. *Sociodrama Familiar Sistêmico*. São Paulo: Aleph, 1992.

SLUZKI, Carlos. "A transformação dos depoimentos na terapia". In: ELKAIM, Mony. *Terapia Familiar em Transformação*. São Paulo: Summus, 2000.

VASCONCELOS, Ângela D. Baiocchi. "Dinâmica Familiar" In: *Jovens/ Adolescentes e Sucesso Escolar. Dissertação de Mestrado*. Universidade Católica de Goiás – UCG: Goiânia, 2001.

WATZLAWICK, Paul. Escapando à repetição. In: ELKAIM, Mony. *Terapia Familiar em Transformação*. São Paulo: Summus, 2000.

3.6. QUESTÕES

1. (Cespe-UnB/UEPA/Técnico/Psicologia/2008) Assinale a opção correta acerca da concepção sistêmica da terapia familiar.

a) Nessa concepção, algumas situações são consideradas crises vitais para certas famílias, como casamento, nascimento dos filhos, adolescência, morte, ao passo que, em outras concepções, representam apenas uma fase do desenvolvimento da família, denominada crise situacional.

b) Os sintomas psiquiátricos que se manifestam dentro de determinadas famílias têm função específica relacionada com a manutenção do equilíbrio familiar.

c) Os temas com os quais as famílias se deparam não variam e sempre se relacionam com as questões existenciais: lealdade e traição, submissão e liberdade, vida e morte.

d) O núcleo da estrutura básica familiar é o casal, cuja parceria é de se apoiar mutuamente e evitar a interferência dos filhos nessa aliança para conseguir manter uma unidade básica.

2. (Ipad/Pref. Recife-PE/CODECIR/Agente da Defesa Civil/Psicólogo/2007) A respeito das configurações familiares no Brasil, assinale a alternativa incorreta.

a) Vem diminuindo o percentual de famílias compostas pelo casal e filhos e paralelamente crescendo as formadas por apenas um dos pais e seus filhos.

b) Em nossa realidade, estudos têm apontado que nas famílias de classe média permanece uma hierarquia de papéis, organizados a partir de uma visão tradicional do homem como provedor material e moral do núcleo familiar.

c) Assiste-se à transferência da autoridade familiar para a escola, organizações assistenciais e Estado, o que institui um domínio público em questões antes consideradas privadas.

d) A violência endêmica, com a consequente diminuição da utilização dos espaços públicos, vem comprometendo as relações de vizinhança, privando as famílias de uma rede de apoio social antes disponível.

e) Nem todas as formas de constituição de famílias são reconhecidas pela legislação brasileira que não reconhece o casamento homossexual nem o direito de estes adotarem filhos.

3. (Conesul/Pref. Pelotas-RS/Psicólogo/2008) De acordo com os conceitos da Terapia Familiar Sistêmica, o que é correto afirmar?

a) A coalizão é um conceito importante na Terapia Familiar e que consiste em uma aliança entre membros de uma família que constituam uma triangulação.

b) O estilo transacional no qual não existem diferenciações claras entre os subsistemas familiares é chamado de Família Desligada.

c) No desenvolvimento normal da família, cada membro de uma família exerce um papel, que o diferencia dos demais. Esse papel será estável de forma que garanta a continuidade da família.

d) A Teoria Familiar Sistêmica está fundamentada no fato de que o homem não é um ser isolado, mas sim, um sujeito ativo e reativo em sua troca com o meio, o qual influencia e é influenciado por ele.

e) Diz-se que uma família é Emaranhada quando as variações de comportamento de seus membros não afetam o comportamento dos demais membros dessa mesma família.

4. (Indec/Pref. Sumaré-SP/Psicólogo Social/2009) Assinale a alternativa correta.

a) Todo Psicólogo que é solicitado a intervir num dado problema psicológico, seja este individual ou familiar, deverá, em primeiro lugar, situar o ponto do ciclo vital em que o solicitante ou os solicitantes se encontram.

b) O genetograma é um instrumento clínico de investigação inter e transgeracional da família, baseado na teoria sistêmica familiar de Murray Bowen, que, até os anos 2980, não apresentava um formato aceito por todos os profissionais, existindo várias formas diferentes de construí-lo, de modo que cada especialista tinha seus próprios símbolos e maneiras de traçar as constelações familiares, provocando confusões e impossibilitando a sua leitura por parte de outros profissionais.

c) O pilar de sustentação de um genetograma é o retrato gráfico de como os diferentes membros de uma família estão biologicamente e legalmente relacionados uns com os outros, de uma geração para a outra. Esse mapa, ou retrato, é uma construção de figuras/símbolos (quadrados e círculos), que representam as pessoas, e de linhas (cheias ou pontilhadas), que descrevem os seus relacionamentos.

d) Todas as alternativas estão corretas.

5. (Ipad/Pref. Recife-PE/Analista da Defesa Civil/Psicologia/2008) Trabalhar com famílias considerando-as numa perspectiva sistêmica conduz o profissional a:

1. compreendê-la como sendo apenas o resultado da soma das subjetividades dos seus membros;

2. enfatizar a interação dentro dos sistemas e entre eles, assim, observar a interação entre os membros da família e desta com o meio;

3. conceber os sistemas humanos como organismos ecológicos. Isso significa que a família interage com o meio e muda a partir desta interação;

4. reconhecer a importância do sistema de crenças e dos valores ecológicos e éticos. Qualquer atividade com a família necessita de um conhecimento das suas crenças e valores. Não é desafiando as crenças que podemos ajudar as famílias.

Estão corretas apenas:

a) 1, 2 e 3;
b) 1, 2 e 4;
c) 2 e 3;
d) 3 e 4;
e) 2, 3 e 4.

6. (UEG/Assembleia Legislativa-GO/Psicólogo/2006) Em relação ao psicodrama, criado por Jacob Levi Moreno, analise a validade das proposições a seguir.

I. Baseia-se no jogo de faz-de-conta, que surge naturalmente no ser humano.

II. Tem como instrumento central a ação simbólica na qual tudo é possível.

III. É fenomenológico-gestaltático e, portanto, não interpretativo.

Assinale a alternativa correta.

a) Apenas a afirmação I é verdadeira.
b) Apenas a afirmação II é verdadeira.
c) Apenas a afirmação III é verdadeira.
d) Todas as afirmações são verdadeiras.

7. (Vunesp/IAMSPE/Psicólogo/2009) Vive-se na terapia familiar uma multiplicidade de abordagens. Uma coerência epistemológica que une as práticas pós-modernas é o pressuposto teórico de que o(a):

a) terapeuta é o responsável pela definição do problema de um grupo familiar e das possibilidades de mudança que este grupo apresenta;
b) self dos elementos do núcleo familiar é impedido de se manifestar no contexto das relações e das práticas terapêuticas discursivas;
c) mudança só pode se dar a partir da própria pessoa, sendo tarefa do terapeuta a organização da conversação terapêutica familiar;
d) adoção de uma postura neutra por parte do terapeuta permite a construção da dinâmica familiar pelos participantes do processo terapêutico;
e) estruturação da narrativa do grupo familiar deve ser orientada pelo elemento da família com maior habilidade para a escuta.

8. (Ceperj/SEE-RJ/Professor Docente/Psicologia/2007) Uma das vertentes da obra de Philippe Ariès diz respeito à ênfase com que é tratada a ruptura entre a época medieval e a época moderna. Segundo o autor, uma das características da época moderna é a:

a) falência da noção de família como instituição responsável pela moral;
b) existência de uma vida coletiva independente de classes sociais ou idades;
c) inexistência da noção de passagem entre infância e adolescência;
d) preocupação com o desenvolvimento de um sistema de educação;
e) inexistência de um sentimento de infância.

9. (Uece/SESA-CE/Psicólogo/2006) Considere as seguintes afirmativas:

I. A estrutura básica da família nuclear funcional envolve uma sólida aliança entre os cônjuges que se apoiam mutuamente na tarefa de nutrir, prover, orientar, dar afeto e limites aos filhos.

II. Há disfunção do funcionamento familiar quando ocorre ruptura duradoura da hierarquia.

III. Recentemente, novas constelações familiares, como casais homossexuais com filhos ou mulheres que decidem ter filhos sós, desafiam nossos conceitos tradicionais em relação ao que é uma família.

IV. Existem variações de estilo cultural, mas as pesquisas atuais demonstram que quanto maior a coesão, aliada ao estímulo à autonomia individual, menor é o risco para transtornos emocionais na família.

São corretas:

a) I, II, III e IV;
b) apenas III;
c) apenas II, III e IV;
d) apenas I e II.

10. (Faperp/SES-PB/Psicólogo/2007) Na psicoterapia familiar a formulação do diagnóstico deve levar em conta os seguintes aspectos:

I. estrutura; alianças e hierarquia.
II. centralidade no casal.
III. nível sócio-econômico e características étnico-culturais.
IV. capacidades de coesão e adaptação da família.

Estão corretas:

a) Apenas a I e II;
b) Apenas a I e III;
c) Apenas a I, II e IV;
d) Apenas a I, III e IV.

11. (Faperp/SES-PB/Psicólogo/2007) Entre os aspectos fundamentais da Terapia familiar sistêmica temos:

a) O ser "doente" ou a pessoa que apresenta problemas é o mais frágil representante do grupo familiar.
b) O ser "doente" ou a pessoa que apresenta problemas é aquele que tem maiores conflitos internos.
c) O ser "doente" ou a pessoa que apresenta problemas é apenas um representante circunstancial de alguma disfunção no sistema familiar.
d) O ser "doente" ou a pessoa que apresenta problemas é aquele que oprime a família.

12. (FEC/Pref. Niterói-RJ/Psicólogo/2008) Ao apresentar sua discussão sobre o tema da família no livro "Psicologia Social: o homem em movimento", Reis afirma que o tema suscita polêmica. No ponto de vista do autor a família é:

a) a garantia de uma vida social equilibrada;
b) mononuclear em todas as sociedades;
c) a formadora de nossa primeira identidade social;
d) caracterizada pela centralidade da figura materna;
e) definida como monogâmica formalmente, mas de fato é poligâmica.

Gabarito

1. B
2. B
3. D
4. D
5. E
6. D
7. C
8. D
9. A
10. C
11. C
12. C

Capítulo 4

Psicodiagnóstico

Maria Aparecida Silva Dias Vieira

A realização de diagnóstico pelo psicólogo é geralmente o passo inicial de seus trabalhos, em diferentes contextos, no intuito de delimitar caminhos, possibilidades e limites de suas intervenções. Neste capítulo estão presentes alguns conceitos e práticas referentes ao psicodiagnóstico.

4.1. BREVE HISTÓRICO

A regulamentação da Psicologia enquanto profissão ocorreu em 1962, e o disposto no § 1º do Art. 13 da Lei nº 4.119, de 27/08/1962, restringiu ao psicólogo o uso de métodos e técnicas psicológicas.

Assim, historicamente, a avaliação psicológica foi importante para a divulgação e reconhecimento da Psicologia, não só como ciência teórica, mas também prática. A psicanálise, como pressuposto teórico e muitas vezes prático, foi um ponto de partida valioso na construção deste e outros pontos da identidade profissional do psicólogo, diferenciando-a do modelo médico (Ocampo, 1981).

O psicodiagnóstico, atividade restrita aos psicólogos, tem se tornado cada vez mais útil à sociedade, sendo aplicado em diversos contextos: clínico, escolar, forense, hospitalar, institucional, organizacional, do trânsito e outros.

Integrando conceitos de Wechsler (1999) e Pasquali (2002), compreende-se por avaliação psicológica o processo técnico-científico de coleta de dados, integração e interpretação de informações psicológicas, realizada por meio de um conjunto de procedimentos confiáveis, com a finalidade de se obter maior conhecimento do indivíduo e assim fundamentar decisões e julgamento de comportamentos.

Com base nesse conceito, diferentes dimensões psicológicas poderão ser estudadas e avaliadas, conforme os objetivos propostos, ressaltando-se aqui a grande responsabilidade dos psicólogos pela competência técnica-científica e a prática da ética, ao realizarem avaliações psicológicas, uma vez que decisões e julgamentos importantes e marcantes envolvendo pessoas poderão basear-se no resultado de tais avaliações. Isso dá margem a vários questionamentos profissionais e sociais, principalmente em relação aos "rótulos diagnósticos" que poderão acompanhar quem é avaliado durante muito tempo.

A ideia da avaliação psicológica traz à tona a de diagnóstico psicológico e de psicodiagnóstico. Existe diferença entre eles?

4.2. CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO

Antes de se dispor a prestar serviços na sua área de competência, é necessário que o psicólogo saiba o que está ocorrendo e os determinantes das ocorrências, as expectativas dos solicitantes sobre seus serviços e os possíveis alcances e limites de seu trabalho, prevenindo, assim, riscos de cair em posturas inadequadas ou antiéticas.

A essas considerações acrescenta-se o comentário de Cunha (2000) sobre psicólogos em geral realizarem avaliações e psicólogos clínicos, entre outras atividades da especialidade, realizarem psicodiagnósticos.

Arzeno (1995) diferencia diagnóstico psicológico de psicodiagnóstico, uma vez que esse termo implica automaticamente a administração de testes e outros instrumentos para um estudo profundo da personalidade, enquanto no diagnóstico os testes nem sempre são necessários ou convenientes.

Cita-se aqui como exemplo dessa situação diversos contextos como o comunitário, hospitalar e institucional, apenas para citar alguns, em que nem sempre é possível, devido às condições de tempo, ambiente e materiais necessários, a aplicação de certos tipos de testes, embora o diagnóstico seja necessário.

Ocampo, Arzeno, Piccolo e colaboradores (1990), ao caracterizarem o processo psicodiagnóstico, propõem que ele configura: a) uma situação com papéis bem definidos por um contrato, no qual uma pessoa (o paciente) pede ajuda e outra (o psicólogo) aceita o pedido e se compromete a satisfazê-lo na medida de suas possibilidades; b) uma situação bipessoal (psicólogo-paciente ou psicólogo-grupo familiar); c) tem duração limitada; d) visa conseguir descrever e compreender, o mais profunda e completamente possível, a personalidade total do paciente ou do grupo familiar, incluindo a investigação de algum aspecto em particular,

conforme a solicitação; e) abrange aspectos passados, presentes (diagnóstico) e futuros (prognóstico) da personalidade; f) utiliza técnicas variadas, escolhidas de acordo com os objetivos a alcançar.

A tais características Cunha (2000) acrescenta que Psicodiagnóstico é um processo científico (baseado em pressupostos teóricos, trabalha com hipóteses, passos predeterminados e com objetivos precisos), realizado tanto para classificar ou fazer previsões sobre um caso, comunicando os resultados, quanto para propostas de soluções, decisões ou recomendações, se for o caso.

Trinca (1984), que propõe o diagnóstico de tipo compreensivo, caracteriza o processo diagnóstico como "a forma resultante de determinada organização e estruturação dos elementos de um estudo de caso, realizado segundo uma certa concepção diagnóstica" (p. 14).

O autor comenta, citando Maher (1974), que o processo será estruturado em fases e passos, conforme determinados embasamentos teóricos e práticos, nos principais tipos:

Processo psicométrico: prioriza os testes e o auxílio a outros profissionais. O psicólogo contata aspectos parciais da personalidade do paciente de modo "objetivo" e mais distante.

Processo comportamental: prioriza os dados de observação objetiva, excluindo apreciações do mundo interno do sujeito, ou seja, não enfatiza as questões subjetivas do avaliado que não podem ser observadas diretamente.

Processo psicanalítico: prioriza a Psicanálise como modelo para antevisão dos fenômenos.

Processo baseado no modelo médico: prioriza a doença, a coleta de informações e o pensamento clínico, despersonalizando o psicólogo na relação.

Processo compreensivo: abarca a multiplicidade de fatores em jogo no estudo do caso, incluindo encontrar um sentido para o conjunto de informações obtidas, tomando aquilo que é relevante e significativo na personalidade. Para isso é necessário entrar empaticamente em contato emocional e conhecer os motivos profundos da vida emocional de alguém, com uma visão totalizadora do indivíduo.

Essas diferentes caracterizações demarcam os limites e a abrangência de cada um dos tipos apresentados. Portanto, os objetivos visados serão de grande importância na organização e escolhas a serem feitas no processo.

Nota-se que a avaliação psicológica faz parte do psicodiagnóstico, porém este último é mais amplo, por não se deter em avaliar apenas "traços", "capacidades",

aptidões ou "habilidades" etc., mas buscar uma compreensão global da pessoa, inserida no contexto em que vive, num determinado momento de sua vida.

A partir da diferenciação básica dos conceitos de avaliação, diagnóstico e psicodiagnóstico, passa-se a detalhar este último, objetivo primordial deste capítulo.

4.3. OBJETIVOS DO PSICODIAGNÓSTICO

Os objetivos do psicodiagnóstico variam muito, dentre eles: a) descrever e compreender a personalidade do paciente (Ocampo e Arzeno, 1990); b) responder às questões formuladas a partir do encaminhamento e das entrevistas iniciais (Cunha, 2000); c) elucidar o significado das perturbações e buscar compreensão psicológica globalizada do paciente – forças intrapsíquicas, forças intrafamiliares e forças socioculturais (Trinca, 1984).

As queixas, as dúvidas, os quesitos a serem respondidos, o contexto e a orientação para resolução de problemas e tomada de decisões serão integrantes centrais na definição dos objetivos de cada psicodiagnóstico em particular.

Nota-se então a importância de o psicólogo esclarecer detalhadamente a demanda pela solicitação do psicodiagnóstico, a fim de planejar o processo de forma satisfatória, detalhado a seguir.

4.4. ETAPAS DO PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO

Não existe um padrão único de organização das etapas do psicodiagnóstico, mas algumas etapas são mencionadas repetidamente por vários estudiosos, como, por exemplo, Ocampo e Arzeno (1990), Arzeno (1995) e Cunha (2000).

- Contato inicial e entrevista(s)

Momento de se conhecer pessoalmente o(s) cliente(s), no qual se tenta esclarecer tanto a demanda pelo psicodiagnóstico – motivos expressos e percebidos, tanto pelo psicólogo, quanto pelo(s) cliente(s), quanto buscar conhecer sintomas, percepções, atitudes, conflitos, fantasias, expectativas e a história dos envolvidos, dentre outros dados relevantes ao processo.

Nesta etapa, também se delimita o contrato, explicitando como funcionará o processo, as funções de cada um, honorários, tempo do processo (normalmente, em média, de seis a oito sessões), esclarecem-se dúvidas e expectativas etc.

Poderão ser realizadas entrevistas individuais, familiares e vinculares, de acordo com os objetivos a alcançar.

Principalmente nas instituições de saúde, são utilizados também outros tipos de entrevistas, visando objetivos específicos, tais como: triagem (para avaliar a demanda, gravidade e fazer encaminhamentos necessários) e anamnese (para detalhar a história do examinando, avaliando seu desenvolvimento biopsicossocial).

As entrevistas semiestruturadas têm se mostrado de maior utilidade na prática clínica, notadamente em instituições, tanto por aumentar a confiabilidade ou fidedignidade, quanto por criar bancos de dados úteis a pesquisa e ao planejamento de ações.

O que as distingue é o entrevistador ter clareza de seus objetivos, do tipo de informações necessárias para atingi-los, de como essa informação deve ser obtida (perguntas sugeridas ou padronizadas), quando ou em que sequência, em que condições deve ser investigada (relevância) e como deve ser considerada (utilização de critérios de avaliação), conforme assinala Tavares (2000).

Para o mesmo autor, as entrevistas estruturadas são de pouca utilidade clínica, por privilegiarem a objetividade – as perguntas são quase sempre fechadas ou associadas a esquemas objetivos, não deixando margem para manifestações individuais.

- Estudo do material coletado e levantamento de hipóteses norteadoras

Para planejamento das estratégias e instrumentos diagnósticos a utilizar.

Neste momento, atenta-se especialmente ao *como* atingir os objetivos explicitados, levando-se em conta possibilidades e limites, tanto do(s) avaliado(s) – idade, escolaridade, aspectos étnicos, culturais, sociais e outros relevantes, como do contexto em que se pede e será realizada a avaliação. Planeja-se a sequência da aplicação das estratégias e instrumentos, que convém alternar procedimentos mais ou menos ansiógenos, com o objetivo de facilitar o processo.

- Realização das estratégias planejadas, adaptando-as segundo necessidades surgidas no decorrer do processo.

Como parte das estratégias, comenta-se brevemente a seguir sobre os testes psicológicos a serem utilizados, os quais devem preencher certas exigências regulamentadas na Resolução nº 002/2003 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), dentre as principais:

a) Devem ter evidências de fundamentação teórica, validade (medir realmente o que se propõe medir), fidedignidade (precisão das interpre-

tações para os escores dos testes, exatidão e estabilidade da medida), expectativa normativa atualizada (estudos realizados com amostras brasileiras, dentro dos prazos exigidos) e sistemas de correção e interpretação de resultados.

b) O psicólogo somente poderá utilizar testes com parecer favorável do CFP (Conselho Federal de Psicologia).

Os testes serão escolhidos, então, conforme o contexto espaço-temporal da avaliação, a demanda e a(s) pessoa(s) que se pretende avaliar, condicionados a aprovação do CFP, disponibilização para uso e a competência do psicólogo para sua utilização.

Quanto à aplicação das estratégias, é importante comentar sobre algumas das principais técnicas utilizadas atualmente no psicodiagnóstico clínico:

a) Técnicas psicométricas: são mais quantitativas e objetivas, por serem fundamentadas em normas de grupo (Cunha, 2000), ou seja, são baseadas na comparação com amostras estudadas na população e utilizam-se de números e da estatística para descrever os fenômenos psicológicos (Pasquali, 2001). Alguns exemplos dessas técnicas são as escalas (Ex.: WISC; Colúmbia – CMMS) e os inventários (Ex.: IFP; IHS). Tais técnicas são utilizadas principalmente na avaliação de traços, capacidades, habilidades, aptidões, interesses e sintomas.

b) Técnicas projetivas: são mais qualitativas, por levarem em conta as particularidades da pessoa. São utilizadas principalmente para avaliação da área afetivo-emocional (Tardivo, 2000). Dentre elas, citam-se: as projetivas gráficas, tendo como exemplo de teste bastante utilizado o H.T.P., e as verbais, que têm como exemplo o Teste de Apercepção Temática – TAT, para adultos, e o Teste das Fábulas, para crianças.

Não se pode deixar de mencionar também o Teste Gestáltico Visomotor de Bender, entre as técnicas psicomotoras, muito relevante na investigação da organicidade, problemas neurológicos e de aprendizagem.

Ressalta-se ainda a técnica bastante útil da observação lúdica, Hora do Jogo Diagnóstica, sobretudo para crianças (Aberastury, 1981, citada em Tardivo, 2000).

Na Seção 4.5, apresentamos um lista dos principais testes utilizados atualmente em avaliações psicológicas, bem como considerações quanto a seu uso.

Concluindo, na viabilização das estratégias de realização do psicodiagnóstico, os autores referenciados concordam que é necessário utilizar múltiplos instru-

mentos e técnicas. As técnicas quantitativas e qualitativas se tornam complementares, enriquecendo o processo e dando maiores subsídios às conclusões.

- Estudo de todo o material recolhido e integração das informações, buscando a compreensão mais clara possível sobre o caso estudado.

Este é um dos momentos cruciais e desafiantes no processo, pois lida-se com concordâncias, discordâncias e contradições de resultados e informações obtidos pelos vários procedimentos utilizados, que deverão ser correlacionados entre si para dar sentido e significado às conclusões a que se chegará, em resposta a objetivos e questões propostos para se realizar o psicodiagnóstico, apontando caminhos também para o prognóstico e indicações a serem feitas.

Nota-se que a análise e integração dos dados dependerão, em muito, da capacitação do psicólogo, sua experiência, atualização e exercício da ética, imprescindíveis na elaboração das conclusões do processo.

- Encerramento do processo, com a devolução de informação oral ao cliente (e/ou a seus pais ou responsáveis pela solicitação) e redação do informe escrito, se for o caso. A forma e conteúdo desse informe dependerão do solicitante e da demanda avaliada, respeitando as recomendações previstas no código de ética do psicólogo (CFP, 2005).

Na entrevista de devolução de informação, que pode ser uma ou várias, o psicólogo irá dizer suas conclusões, observar as reações provocadas no cliente e as novas informações que surgem, tendo flexibilidade para alterar as conclusões iniciais, caso seja necessário.

Quanto à devolução escrita dos resultados, ressalta-se que a Resolução CFP nº 007/2003 instituiu o manual de elaboração de documentos escritos para avaliações psicológicas, que deve ser consultado na elaboração de tais informes.

Dos informes escritos para o psicodiagnóstico, o *relatório/laudo psicológico* é o mais apropriado, pois descreve detalhadamente o que foi pesquisado no processo, com base em dados colhidos e analisados. Utiliza instrumental teórico, técnico e científico, apresenta diagnóstico, prognóstico e indicações, e limita-se às informações necessárias relacionadas à demanda, solicitação ou petição.

O *parecer psicológico* também pode ser uma alternativa, dependendo do solicitante e do objetivo inicial, pois apresenta uma resposta esclarecedora, no campo do conhecimento da Psicologia, a uma pergunta focal, após avaliação especializada, que poderá ser conclusiva para subsidiar decisões.

As etapas aqui mencionadas evidenciam a estruturação do psicodiagnóstico como sendo diferenciado da psicoterapia, pois ele prevê a realização do processo com objetivos específicos a atingir, em um tempo limitado e que deve ser acordado com os envolvidos no processo, apesar de, na maioria das vezes, ter efeitos terapêuticos, devido à compreensão profunda que propicia, tanto à pessoa avaliada, quanto aos envolvidos no processo.

4.5. TESTES PSICOLÓGICOS

4.5.1. Considerações quanto ao uso de Testes Psicológicos (Pasquali, 2001)

4.5.1.1. Para Seleção de Testes

Definir os atributos e características a avaliar, escolhendo os melhores testes para tal, conforme objetivos. Considerar idade, sexo, escolaridade, nível socioeconômico, origem, condições físicas, nacionalidade, necessidade de equipamentos para aplicação.

4.5.1.2. Cuidados a serem tomados

Com o material, padronização, aplicação, vieses do examinador, direitos dos testandos (principalmente aos resultados), sigilo e divulgação dos resultados e arquivo. Ter a análise computadorizada como apoio e não em total substituição ao psicólogo.

4.5.1.3. Aspectos importantes a considerar

- Padronização: uniformidade de procedimento na aplicação e pontuação dos testes. Envolve: instruções, materiais, tempo.
- Condições de testagem: ambiente, materiais e examinadores adequados para situação, bem como o testando em condições normais de saúde.
- Normas para correção: levam em conta o desempenho de pessoas típicas ou na média, em relação à população estudada.
- Importância do *rapport*: desenvolver um relacionamento de confiança antes da aplicação dos testes – o examinador deve ser motivador e encorajador.
- Em 1992, a APA (*American Psychological Association*) apresentou seis padrões éticos básicos ou norteadores na formação e atuação de psicólogos, presentes também nos diferentes Códigos de Ética: compe-

tência; integridade; responsabilidade científica e profissional; respeito pela dignidade e direitos das pessoas; preocupações com o bem-estar do outro e responsabilidade social.

- Faltas éticas mais graves: fotocópias; testes inadequados; desatualização na área; desconsiderar erros da medida nas interpretações; folhas de respostas inadequadas; falhas nas explicações sobre pontuação aos solicitantes; aplicação por pessoal não qualificado; desprezar condições que afetam a validade em cada cultura; arquivo do material; interpretar além dos limites dos testes.

4.5.2. Testes Psicológicos aprovados pelo CFP, atualmente mais utilizados em avaliações psicológicas (www.pol.org.br e manuais dos testes)

- **Bender** – Teste Gestáltico Viso-Motor de Bender – Sistema de pontuação gradual (B-SPG)
  - **Autor:** Lauretta Bender
  - **O que avalia:** Maturação percepto-motora.
  - **Público-Alvo:** seis a dez anos de idade.
  - **Forma de Aplicação:** Individual ou coletivo.

- **Colúmbia** – Escala de Maturidade Mental Colúmbia – CMMS
  - **Autor:** Bessie B. Burgemaster, Lucille Hollanda Blum, Irving Longe
  - **O que avalia:** Maturação percepto-motora.
  - **Público-Alvo:** Crianças, de acordo com a idade cronológica.
  - **Forma de Aplicação:** Individual ou coletivo.

- **Escalas de BECK:**
  1. **BDI** – *Beck Depression Inventory* – Inventário de Depressão Beck.
  2. **BAI** – *Beck Anxiety Inventory* – Inventário de Ansiedade Beck.
  3. **BHS** – *Beck Hopelessness Scale* – Escala de Desesperança Beck.
  4. **BSI** – *Beck Scale for suicide Ideation* – Escala de Ideação Suicida Beck
     - **Autora:** Jurema Alcides Cunha
     - **Público-Alvo:** 17 a 80 anos de idade
     - **Forma de Aplicação:** Individual ou coletivo.
     - Podem ser administradas separadamente ou não; associadas, enriquecem o entendimento. Podem ser aplicadas em uma única sessão.

- **G-36** e **G-38** – Teste de inteligência não verbal
  - **Autor:** Efraim Rojas Boccalandro
  - **O que avalia:** Inteligência, raciocínio.
  - **Público-Alvo:** A partir da 5ª série do 1º grau (atual 6º ano do Ensino Fundamental) até nível universitário (atual Ensino Superior).
  - **Forma de Aplicação:** Individual ou coletivo.
  - O G-38 é semelhante ao G-36 e é utilizado quando se é necessário fazer um reteste pouco tempo depois da aplicação do G-36.

- **Palográfico**
  - **Autor:** Salvador Escala Milá, divulgado no Brasil por Agostinho Minicucci (1976) e Iraí Cristina Boccato Alves (2004).
  - **O que avalia:** Personalidade, ritmo e qualidade de trabalho.
  - **Público-Alvo:** A partir de oito anos de idade.
  - **Forma de Aplicação:** Individual ou coletivo.
  - É um teste projetivo gráfico.

- **HTP** – *The House-Tree-Person* – Teste do Desenho Casa-Árvore-Pessoa
  - **Autor:** John N. Buck
  - **O que avalia:** Personalidade e áreas de conflito.
  - **Público-Alvo:** Acima de oito anos de idade.
  - **Forma de Aplicação:** Individual ou coletivo.

- **IFP** – Inventário Fatorial de Personalidade – e **IFP-R** (Reduzido)
  - **Autor:** Luis Pasquali, Maria Mazzarello Azevedo, Ivânia Ghesti, Instituto de Psicologia, UnB.
  - **O que avalia:** Personalidade.
  - **Público-Alvo:** 18 a 60 anos de idade.
  - **Forma de Aplicação:** Individual e/ou coletiva.

- **IHS** – Inventário de Habilidades Sociais
  - **Autor:** Del-Prette
  - **O que avalia:** Desempenho social em diferentes situações.
  - **Público-Alvo:** 17 a 25 anos de idade, com formação mínima de segundo grau (atual Ensino Médio).
  - **Forma de Aplicação:** Individual e/ou coletiva.

- **PMK** – Psicodiagnóstico Miocinético
  - **Autor:** Emílio Mira y Lopes
  - **O que avalia:** Personalidade.
  - **Público-Alvo:** Adolescentes e adultos.
  - **Forma de Aplicação:** Individual.
  - É um teste gráfico psicomotor.

- **QUATI** – Questionário de Avaliação Tipológica
  - **Autor:** José Jorge de Moraes Zacharias
  - **O que avalia:** Personalidade.
  - **Público-Alvo:** A partir da 8ª série (atual 9º ano) do Ensino Fundamental.
  - **Forma de Aplicação:** Individual ou coletivo.

- **Raven-Geral** (especialmente a partir de 12 anos); **Matrizes Progressivas Coloridas-Escala Especial** (5 a 11 anos de idade, pessoas idosas e deficientes mentais) e **Escala Avançada** (pessoas com capacidade intelectual superior à média, mais usada para pessoas com escolaridade universitária)
  - **Autor:** J. C. Raven
  - **O que avalia:** Capacidade intelectual/Idade mental (QI).
  - **Público-Alvo:** idades conforme especificado acima e todos os níveis culturais.
  - **Forma de Aplicação:** Individual ou coletivo.

- **Rorschach**
  - **Autor:** Hermann Rorschach (1921)
  - **O que avalia:** Personalidade.
  - **Público-Alvo:** Crianças e Adultos.
  - **Forma de Aplicação:** Individual.
  - É um teste projetivo baseado na construção de respostas a partir de manchas de tinta.
  - Trata-se de uma prova psicológica que oferece um paradigma do modo que a pessoa observa, sente, elabora e categoriza suas experiências no ambiente interpessoal, englobando as dimensões afetiva, conativa (preparação para a ação) e intelectual da personalidade, formadas a partir de nossa experiência cultural e em nossas disposições singulares (Coelho e Falcão, 2006).

- É considerado um complexo teste de personalidade, por avaliar a estrutura e dinâmica desta, em suas várias dimensões (cognitiva, afetiva e emocional). Tal teste é bastante respeitado, inclusive na área médica e forense, pelos seus inúmeros estudos e pesquisas, sendo frequentemente utilizado em várias áreas da Psicologia, notadamente nas áreas clínica e jurídica. Este teste conta atualmente com vários sistemas de interpretação, sendo os mais conhecidos no Brasil e aprovados pelo CFP: o da Escola Francesa, o de Exner (Compreensivo), o Sistema Klopfer e o do Dr. Aníbal Silveira (Rorschach Clínico).

- **TAT –** Teste de Apercepção Temática
  - **Autor:** Henry Murray & Cristina Morgan
  - **O que avalia:** Personalidade.
  - **Público-Alvo:** Crianças e Adultos.
  - **Forma de Aplicação:** Individual.

- **Teste AC –** Teste de Atenção Concentrada
  - **Autor:** Suzy Vijande
  - **O que avalia:** Atenção concentrada.
  - **Público-Alvo:** Aplicável em todos os níveis de escolaridade, com tabelas diferenciadas.
  - **Forma de Aplicação:** Individual ou coletivo.

- **Teste D2 –** Atenção Concentrada ou focal e visual.
  - **Autor:** Rolf Brickenkamp
  - **O que avalia:** Atenção concentrada.
  - **Público-Alvo:** 9 a 52 anos de idade.
  - **Forma de Aplicação:** Individual ou coletivo.

- **Teste das Fábulas**
  - **Autor:** Louisa Duss
  - **O que avalia:** Conflitos situacionais, de desenvolvimento e indicações de funcionamento neurótico, ou mesmo psicótico.
  - **Público-Alvo:** Crianças a partir de três anos de idade.
  - **Forma de Aplicação:** Individual.

- **WAIS** – Escala de Inteligência Wechsler para Adultos
  - **Autor:** Wechsler
  - **O que avalia:** Inteligência global.
  - **Público-Alvo:** Adultos, a partir de 16 anos de idade.
  - **Forma de Aplicação:** Individual.

- **WISC III** – Escala de Inteligência Wechsler para Crianças
  - **Autor:** Wechsler
  - **O que avalia:** Atenção, concentração e variáveis da personalidade.
  - **Público-Alvo:** Crianças, de 6 a 16 anos de idade.
  - **Forma de Aplicação:** Individual.

- **Zulliger**
  - **Autor:** Zulliger
  - **O que avalia:** Personalidade.
  - **Público-Alvo:** Crianças e Adultos.
  - **Forma de Aplicação:** Individual (no sistema compreensivo-ZSC) e Coletiva (no sistema de Vaz).

4.5.3. Aprovação e Aplicação de Testes

Para atualização constante das informações sobre testes aprovados pelo CFP, atualmente utilizados por psicólogos, e os em análise para futura aprovação, pode-se consultar em mais detalhes o site: www.pol.org.br, a fim de evitar inclusive utilização de testes não aprovados, o que pode sujeitar o psicólogo a processos éticos. Quanto à aplicação dos testes, é necessário utilizar o manual específico para cada um deles, bem como o material específico exigido, respeitando todas as orientações, a fim de não invalidar os testes e seus resultados.

4.6. ATUALIZAÇÕES E REFLEXÕES SOBRE PSICODIAGNÓSTICO

Desde o início da utilização da avaliação psicológica pelos psicólogos até os dias atuais, tem-se notado seus vários avanços, tornado-se inclusive área de especialização.

Arzeno (1995) comenta que o psicodiagnóstico está recuperando-se de uma época de crise, na qual havia caído no descrédito da maioria dos profissionais da saúde mental.

Acredita-se que tal crise deveu-se à própria construção da identidade do psicólogo – transitando por diversos modelos que não eram exatamente seus – e ao descrédito nos testes psicológicos, que foi objeto de intervenção do CFP e tem passado por constantes estudos, pesquisas, revisões e atualizações pelos profissionais da Psicologia.

Cunha (2000) assinala que as estratégias de avaliação psicológica estão em ascensão, tanto por apresentarem, cada vez mais, melhor qualidade metodológica, quanto por tornarem-se mais necessárias para resolver questões diagnósticas, mormente após a valorização científica dos quadros de comorbidade psiquiátrica. Para isso o psicólogo deve estar bem instrumentalizado, a fim de contribuir com seus conhecimentos, no atendimento de necessidades muito específicas no diagnóstico.

Assim, percebe-se que a prática tradicional do psicólogo na realização de avaliação psicológica e psicodiagnóstico tem lidado com exigências cada vez maiores e os avanços das ciências em geral. Isso se reflete também no aprimoramento dessas atividades.

Atualmente a realização do psicodiagnóstico conta com vários referenciais filosóficos, teóricos e práticos. Um dos mais recentes é a abordagem fenomenológico-existencial. Aderindo a essa abordagem, fenomenólogas como Ancona-Lopez e Yehia (1998), atuantes em clínicas-escola de psicologia em São Paulo, introduziram o *Psicodagnóstico grupal interventivo,* visando melhorias no atendimento à clientela de tais instituições.

No modelo mencionado, "o psicodiagnóstico aproximou-se da construção de um modo de compreender o cliente baseado, principalmente, na experiência do sujeito de si mesmo e do outro" (Ancona-Lopez, 1998, p. 93). Assim, são aliadas as experiências do psicólogo e do sujeito, que são validadas por ele mesmo, bem como da compreensão dos pais sobre os filhos, no psicodiagnóstico de crianças. Tal postura demanda toda uma revisão do papel tradicional do psicólogo (o qual não é mais o detentor do saber) e do(s) cliente(s) envolvido(s) no processo, que se torna(m) parceiro(s) ativo(s) e participante(s) no trabalho de compreensão e eventual encaminhamento posterior.

O modelo criado é também interventivo, contribuindo para o desenvolvimento dos que participam do processo. As intervenções não são guardadas somente para a entrevista de devolução, mas realizadas à medida que os apontamentos ocorrem naturalmente ao psicólogo, durante os encontros, o que potencializa efeitos terapêuticos.

Na experiência da autora, de supervisão de estagiários (as) no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Paulista em Goiânia/GO, desde 2006, e em pesquisa realizada com responsáveis e crianças (2009), esse modelo tem-se mostrado muito interessante e útil, tanto no aprendizado dos estagiários de Psicologia, quanto no atendimento dos clientes que procuram a instituição, inclusive acelerando e, às vezes, superando o atendimento das demandas apresentadas pelos "efeitos terapêuticos" observados, conforme relatam crianças, pais e/ou responsáveis e os próprios estagiários e supervisores envolvidos no processo.

Acredita-se que esse modelo seja uma alternativa bastante viável atualmente para ser utilizada nas instituições, sobretudo as públicas e/ou sem fins lucrativos, uma vez que a maioria delas, senão todas, lidam com questões constantes de longas filas de espera à procura de atendimento e depois para a concretização dos encaminhamentos.

Pode-se notar a evolução do psicodiagnóstico, tanto em seus objetivos de busca quanto na melhoria de suas estratégias e procedimentos, exigindo cada vez mais atualização e capacitação do psicólogo que o realiza, assim como o questionamento dos padrões e papéis tradicionais, inclusive quanto aos aspectos éticos que ele implica. Dessa forma, a atribuição exclusiva do psicólogo, o psicodiagnóstico, tende a ser cada vez mais valorizada e, ao mesmo tempo, acompanhada por quem o solicita, como uma prestação de serviço que deve ser feita com toda a responsabilidade e competência que a atividade requer.

4.7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANCONA-LOPEZ, M. (org.). *Psicodiagnóstico: Processo de intervenção*. São Paulo: Cortez, 1998.

ARZENO, M. E. G. *Psicodiagnóstico Clínico: novas contribuições*. Porto Alegre: Artmed, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resoluções CFP Nºs 02/2003 e 007/2003. *Caderno Especial de Resoluções*, 2003.

COELHO, L. M. S.; FALCÃO, M. I. *Prova de Rorschach: diretrizes gerais na interpretação dos resultados*. São Paulo: Terceira Margem, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*, 2005.

CUNHA, J. A. e Colaboradores. *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

OCAMPO, M. L. S. e colaboradores. *O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas*. São Paulo, Martins Fontes, 1981.

OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G.; PICCOLO, E. G. e colaboradores. *O Processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

PASQUALI, L. "A medida e sua prática em psicologia." *In*: *A diversidade da avaliação psicológica: considerações teóricas e práticas*. João Pessoa: Ideia-Conselho Regional de Psicologia, CRP-13ª Região, 2002.
PASQUALI, L. (org.). *Técnicas de Exame Psicológico – TEP. Vol. 1: Fundamentos e Técnicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
TARDIVO, L. S. P. C. *A prática do psicodiagnóstico*. Texto distribuído no Curso de Especialização em Psicodiagnóstico Rorschach e outras técnicas projetivas, ministrado em Goiânia, na Universidade Católica de Goiás, 2000.
TAVARES, M. A entrevista clínica. Em: CUNHA, J. A. e Colaboradores. *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
TRINCA, W. *Diagnóstico Psicológico – a prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984.
VIEIRA, M. A. S. D. (2009). *Da Família ao Grupo Social: A Complexidade no Psicodiagnóstico Infantil Grupal*. Artigo de Conclusão do Curso de Especialista em Terapia de Casais e Famílias pelo CAEP – Centro de Atendimento e Estudos em Psicodrama – Goiânia, em parceria com a PUC-Goiás, orientado pela Professora Dra. Célia Maria Ferreira da Silva Teixeira, Goiânia: UNIP, 2009.
WECHSLER, S. M. "Guia de procedimentos éticos para a avaliação psicológica." *In*: WECHSLER, S M e GUZZO, R S L (Orgs.), *Avaliação Psicológica: perspectiva internacional* (p. 133-141). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

4.8. QUESTÕES

(Cespe/INSS/Analista do Seguro Social/Psicologia/2008) Julgue os itens que se seguem, a respeito do psicodiagnóstico (C-Certo; E-Errado).

1. **O ludodiagnóstico e outros testes com partes mais lúdicas são indicados como métodos de investigação e de intervenção com crianças, podendo substituir a entrevista verbal, cuja utilização se revela ineficaz quando se trata de criança.**

2. **Em momentos de crises vitais, deve-se priorizar tratamentos visando o apaziguamento do paciente, recorrendo-se, inclusive, a medicamentos se necessário, até que haja condições de realização de psicodiagnóstico.**

3. **A abordagem clínica frente aos testes psicológicos pode causar equívocos e excessos que inviabilizam a validade do método. Nesse sentido, seria um equívoco, por exemplo, a decisão de se interromper o teste se a criança dissesse estar cansada por ter de fazer muitos desenhos.**

4. **O psicodiagnóstico pode ser encerrado, antes da realização de todos os testes previstos, uma vez que já se tenha a confirmação das hipóteses levantadas.**

5. (FCC/MPE-RS/Psicólogo/2008) A utilização de testes gráficos e de personalidade deve ser submetida à consulta:

a) prévia ao Manual de Documentos Escritos editado pelo Conselho Federal de Psicologia;
b) dos interessados na avaliação psicológica quando a situação-problema envolver transtornos psicopatológicos;
c) ao ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente – para definir os instrumentos psicodiagnósticos que poderão ser utilizados e fornecerão a base interpretativa para a confirmação das hipóteses levantadas;
d) prévia ao Conselho Federal de Psicologia que editou resolução regulamentando a avaliação dos testes psicológicos;
e) prévia à Corregedoria Geral da Justiça, que dispõe sobre o tempo necessário para a aplicação e avaliação dos testes gráficos e de personalidade.

6. (FCC/MPE-RS/Psicólogo/2008) As escalas de Quoeficiente de Inteligência produzidas pela aplicação do WISC-III podem ser organizadas enquanto QI:

a) Prático; Fatorial e Quantitativo;
b) Oral; Aritmético e Total;
c) Verbal; de Execução e Total;
d) Perceptual; de Processamento e Parcial;
e) de Vocabulário; Aritmético e Qualitativo.

7. (Funrio/Polícia Militar-RJ/Tenente/Psicólogo/2008) O primeiro encontro clínico deve voltar-se para a compreensão do paciente; para tal, o entrevistador deve:

a) ser amável, trazendo o conforto da possível resolução do sintoma;
b) atender ao pedido de ajuda, facilitando no desaparecimento do sintoma;
c) ser receptivo, humano, escutando, sem emitir juízo de valor;
d) procurar acalmar a angústia do que pede ajuda, respondendo aos seus anseios;
e) levar o paciente a ter claro o sintoma.

8. (Vunesp/Pref. São Paulo-SP/Psicólogo/2002) Quanto à sua finalidade, Cunha propõe que se classifiquem as entrevistas em: de triagem, de anamnese, diagnósticas, sistêmicas e de devolução. Assinale a alternativa que apresenta corretamente as ideias da autora sobre essa classificação.

a) A entrevista de triagem tem por objetivo primordial o levantamento detalhado da história de desenvolvimento da pessoa.
b) A entrevista de anamnese focaliza a avaliação da estrutura ou da história relacional familiar.
c) A entrevista diagnóstica inclui o exame e a análise explícitos ou cuidadosos de uma condição na tentativa de compreendê-la, explicá-la e, possivelmente, modificá-la.
d) A entrevista sistêmica tem por objetivo principal avaliar a demanda do sujeito e fazer um encaminhamento.

9. (Ipad/Pref. Recife-PE/Analista da Defesa Civil/Psicologia/2008) A respeito do diagnóstico psicológico considere as seguintes afirmativas:

1. **Um diagnóstico bem formulado leva em conta aquilo que é especifico do sujeito, os aspectos típicos do grupo sociocultural de que faz parte e os elementos característicos da categoria nosográfica em que possivelmente está inserido.**
2. **Emprego de testes psicológicos, desde que corretamente escolhidos, permite uma completa avaliação da estrutura e dinâmica da personalidade do sujeito diagnosticado.**
3. **Toda atividade diagnóstica exclui a subjetividade da pessoa em análise, reduzindo-a a uma classificação em entidades nosográficas.**
4. **A elaboração do psicodiagnóstico inclui descrições e classificações que devem ser referidas ao marco teórico que orientou a avaliação do sujeito.**
5. **A escolha do instrumental de avaliação psicológica é realizada em função dos aspectos considerados mais relevantes no caso analisado.**

Estão corretas apenas:

a) 1, 2 e 3;
b) 1, 3 e 4;
c) 1, 4 e 5;
d) 2, 3 e 4;
e) 2, 4 e 5.

10. (FCC/MPE-RS/Psicólogo/2008) Segundo o Manual de Elaboração de Documentos Decorrentes de Avaliações Psicológicas (Resolução CFP nº 007/2003), a modalidade de documento fundamentado e resumido sobre uma questão focal do campo psicológico cujo resultado pode ser indicativo ou conclusivo é:

a) o parecer;
b) o laudo;
c) o atestado;
d) a declaração;
e) o relatório psicológico.

11. (Cespe/TRE-MT/Analista Judiciário/Psicologia/2008) Acerca da redação de documentos psicológicos oficiais, assinale a opção correta.

a) Uma declaração inclui informações como tipo de atendimento realizado, data e horário de consultas marcadas, principais sintomas e estado psicológico geral da pessoa avaliada.
b) No atestado, é vedado ao psicólogo fazer uso do Código Internacional de Doenças para descrever as condições psicológicas da pessoa em questão.
c) Atestados emitidos para justificar ausências ou afastamentos devem descrever o tipo de avaliação realizada e incluir o parecer final.
d) O uso de instrumentos como entrevista, dinâmica de grupo e observação direta deve ser informado em um laudo.
e) Ao emitir um parecer, o psicólogo deve informar apenas possibilidades gerais e amplas, devido ao caráter dinâmico dos estados emocionais e à necessidade de assegurar a privacidade do cliente.

12. (Cespe/TRE-AP/Analista Judiciário/Psicologia/2007) Assinale a opção correta acerca do psicodiagnóstico.

a) É um processo que pode utilizar diferentes procedimentos e instrumentos da psicologia.
b) A entrevista clínica utilizada para realização do psicodiagnóstico não se confunde com o processo terapêutico.
c) Requer a utilização de pelo menos um instrumento psicológico padronizado de medida da personalidade.
d) A entrevista clínica para fins de diagnóstico deve ter sempre um formato estruturado.
e) Durante a avaliação psicodiagnóstica não é possível investigar processos inconscientes e conflitos.

13. (Nucepe/MPE-PI/Analista Ministerial/Psicólogo/2009) A fidedignidade de um teste de seleção de pessoal é medida:

a) pela sua capacidade de filtrar os melhores candidatos;
b) pela consistência dos resultados do escore que uma mesma pessoa obteve em situações diversas;
c) pela sua validade em relação aos critérios estabelecidos;
d) pela precisão com que é aplicado em cada situação;
e) pelo fato de estruturar-se em fatores e critérios claramente definidos.

14. (FCC/TRT-23ª Região/Analista Judiciário/Psicologia/2007) Entre as modalidades de Documentos Escritos emitidos pelo psicólogo está o parecer psicológico, que é um documento:

a) que visa informar a ocorrência de fatos ou situações objetivas relacionadas ao atendimento psicológico;
b) fundamentado e resumido sobre uma questão focal do campo psicológico, cujo resultado pode ser indicativo ou conclusivo;
c) no qual não deve ser feito o registro de sintomas, situações ou estados psicológicos;
d) com apresentação descritiva acerca de situações e/ou condições psicológicas e suas determinações históricas, sociais, políticas e culturais, pesquisadas no processo de avaliação psicológica;
e) que tem por finalidade apresentar procedimentos e conclusões gerados pelo processo da avaliação psicológica, relatando sobre o encaminhamento, as intervenções, o diagnóstico, o prognóstico e evolução do caso.

15. (Copel/ PUC-PR/Psicólogo Júnior/2010) O profissional psicólogo deve ter consciência do poder e da influência que exerce sobre a vida dos pacientes, em qualquer campo de trabalho como, por exemplo, na avaliação psicológica.

Sobre esse tema, considere as assertivas a seguir:

I. A avaliação psicológica não se esgota numa racionalidade técnica e científica, e sim no conhecimento do indivíduo como um todo.

II. A constante reavaliação das práticas, como são construídas as observações e forma de tomada de decisões no processo de avaliação, é uma atitude básica de respeito ao indivíduo.
III. A experimentação de técnicas inovadoras presentes no mercado deve ser uma prática corrente na avaliação, para atender às atuais necessidades e defasagens de instrumentos.
IV. É fundamental que o profissional mantenha um embasamento científico, objetivo e pormenorizado na sua prática profissional.

a) Apenas as assertivas I, II e IV estão corretas.
b) Apenas as assertivas II e III estão incorretas.
c) Apenas a assertiva I está correta.
d) Apenas as assertivas I, III e IV estão corretas.
e) Todas as assertivas estão corretas.

16. (NCE-UFRJ/ANAC/Psicologia/2007) Um grupo de psicometristas resolveu construir um teste de inteligência geral e validá-lo. Correlacionaram os resultados obtidos na aplicação do teste com os resultados da aplicação do G-36 e encontraram um coeficiente de correlação igual a 0,82.
Assinale a única afirmativa correta em relação ao enunciado da questão:

a) entre a variável de critério e o preditor não se pôde verificar a validade concorrente;
b) o teste deve ser desprezado, pois a validade só é considerada boa se o coeficiente for igual ou maior que 0,25;
c) o novo instrumento psicológico é válido, pois apresenta uma boa validade simultânea;
d) o teste psicológico utilizado como critério não foi capaz de indicar a validade concomitante;
e) o teste a ser validado mede o que se propõe a medir independente do preditor.

(Cespe/TJ-DFT/Analista Judiciário/Psicologia/2008) Paulo, com 16 anos de idade, foi levado ao psicólogo por sua mãe, separada, com outro filho de 10 anos de idade. Na escola, Paulo foi motivo de observação de alguns professores diante de seus comportamentos de isolamento, seu jeito triste, sempre em um canto, esquivando-se de qualquer tentativa de aproximação por parte de colegas ou professores. Para a mãe, essa passividade estava em contraponto com a rebeldia que apresentava em casa, com o que já não sabe como agir, por exemplo, quando ele se recusa a ir para a escola, chegando a agredi-la, dizendo ter medo das pessoas. Para a mãe, Paulo sempre foi uma criança tímida e agressiva em casa, e no início da adolescência parece ter ficado pior, mais fechado ainda, preferindo ficar em seu quarto, saindo de casa apenas para a escola. Ela também não o via com amigos.
Acerca do psicodiagnóstico, examinando a problemática desse caso hipotético em função das questões psicodinâmicas da fase da adolescência, julgue os itens que se seguem (C-Certo; E-Errado).

17. No primeiro passo do psicodiagnóstico de Paulo, em que se deve levantar os motivos da consulta, pode-se definir como hipótese inicial que sua problemática justifica-se pelo enfrentamento das questões sintônicas relativas à fase da adolescência e que, provavelmente, isso deve se agravar pela dificuldade da mãe em manejar suas reações.

18. Na fase de integração dos dados, pode-se inferir que os problemas de Paulo não parecem estar circunscritos à fase da adolescência, sendo necessário buscar elucidar a origem de sua timidez e do comportamento agressivo em fases anteriores que possam ter vinculação causal com os conflitos e medos atuais.

19. Na formulação de inferências pela integração dos dados, tem-se que a agressividade, a timidez e a desconfiança em relação aos que se aproximam de Paulo são vulnerabilidades típicas da adolescência, constituindo apenas uma fase crítica a ser atravessada.

20. Na última fase do psicodiagnóstico, deve-se comunicar a Paulo que ele tem problemas associados às questões psicodinâmicas da fase, vinculados à sua vulnerabilidade anterior, sua timidez, até então tolerada, e agora exacerbada, a ponto de lhe causar distorções estruturais em sua personalidade manifestada por seu medo de pessoas.

21. (Funrio/Depen/Psicologia/2009) O discurso do paciente, na entrevista inicial, deve ser encaminhado para a descrição histórica e temporal da sua vida. A riqueza desses relatos está na possibilidade de se observar como o paciente discorre, sente e reage aos eventos passados. Isso é possível quando se junta a esses dados a leitura:

a) transversal do relato;
b) longitudinal do relato;
c) espacial do relato;
d) vivencial do relato;
e) complexa do relato.

22. (IF-RS/Psicólogo/2009) A prática clínica em Psicologia aliada à pesquisa deu às técnicas projetivas um lugar de destaque e de respeito na área da avaliação psicológica. A partir da herança deixada pela psicanálise, entrou em destaque a valorização das vicissitudes subjetivas, trazendo de vez para discussão e reflexão no campo do estudo psicológico os aspectos afetivos e emocionais do ser humano. Diante dessa afirmativa é correto dizer que:

a) As técnicas projetivas passaram a ser importantes recursos de acesso a aspectos intrínsecos do sujeito, permitindo que estes fossem examinados com considerável vantagem temporal em relação a outros tipos de técnicas.
b) A técnica projetiva se tornou o grande diferencial, podendo estes substituir todos os outros componentes dinâmicos e subjetivos.

c) A psicologia vem crescendo e conquistando o seu espaço apenas para adaptar-se aos critérios da comunidade.
d) O psicólogo não necessita acompanhar as transformações sociais, pois isto não se reflete significativamente no indivíduo.

23. (IF-RS/Psicólogo/2009) Sobre a Conceituação de Avaliação Psicológica infantil segundo Noronha (2006), assinale alternativa correta.

a) A avaliação psicológica infantil é um processo que tende a proporcionar pouco entendimento da criança capaz não possibilitando uma tomada de decisões em concordância com informações acerca de suas características, potenciais e contexto nos quais ela está inserida.
b) No processo de avaliação, a entrevista com a criança pode ser útil à compreensão de como ela encara seus pais, os professores e o grupo ao qual pertence, bem como percebe a própria avaliação psicológica.
c) Os professores não são considerados fontes fundamentais de informação.
d) Os testes não são fontes que trazem informações acerca das condições neurológicas e cognitivas.

24. (Cesgranrio/SECAD-TO/Psicólogo/2009) Em pesquisa científica, usam-se instrumentos de padronização que asseguram a equivalência entre objetos de origens diversas. Assim, a utilização de métodos quantitativos para investigar o comportamento e a subjetividade humanos se justifica por:

a) garantir a certeza de previsibilidade e o estabelecimento de leis claras e observáveis;
b) dar uma ideia e uma percepção mais sutis de fenômenos subjetivos;
c) permitir afirmar que, em uma amostra de indivíduos em uma dada condição, há a probabilidade de um fenômeno ocorrer;
d) criar uma situação artificial em laboratório que replique uma situação natural e possibilite o experimento;
e) utilizar intervalos regulares para medir a frequência de um dado comportamento.

(Cespe/FUB/Psicólogo Escolar/2009) Com relação aos procedimentos de avaliação psicológica, julgue os itens seguintes (C-Certo; E-Errado).

25. A hora do jogo diagnóstico pode apontar importantes indicadores para o psicodiagnóstico, como, por exemplo, a escolha dos brinquedos e das brincadeiras, as modalidades de brincadeiras, a personificação através do brincar, a motricidade, a criatividade, a capacidade sintática, a tolerância à frustração, as noções de tempo e espaço.

26. As escalas de inteligência e o exame gestáltico visomotor têm sido técnicas de uso constante na avaliação psicológica de crianças com dificuldades de aprendizagem.

27. (Cesgranrio/BNDES/Psicólogo/2009) O tipo de validade de testes que, apesar de frequentemente citados na literatura, não podem ser utilizados para satisfazer requisitos oficiais é a validade:

a) de constructo;
b) de conteúdo;
c) relacionada ao critério;
d) aparente;
e) preditiva.

Gabarito

1. C	10. A	19. E
2. C	11. D	20. C
3. E	12. A	21. A
4. C	13. B	22. A
5. D	14. B	23. B
6. C	15. A	24. C
7. C	16. C	25. C
8. C	17. E	26. C
9. C	18. C	27. D

Página deixada intencionalmente em branco

Capítulo 5

Psicopatologia e transtornos psiquiátricos

Maria Amélia Dias Pereira
Leticia Azzolin Becker
Jussara Inez Vieira Miranda

Para realizar um exame psíquico e um diagnóstico psiquiátrico, é fundamental conhecer as funções psíquicas, identificar o normal e o patológico e analisá-los dentro do contexto e momento próprio de cada indivíduo. Numa dimensão transversal, observa-se o paciente no momento do exame e, através da perspectiva longitudinal, compreende-se o significado dentro de uma dimensão temporal e própria de cada um. Se há uma motivação para a alteração psíquica encontrada, podemos dizer que a alteração é compreensível, ou seja, é normal e esperado que outra pessoa que esteja vivendo uma situação semelhante tenha as mesmas reações. Quando não encontramos uma situação externa que a justifique, podemos, então, ir em busca de uma causa orgânica, conhecida ou pressuposta, que possa explicar o quadro clínico. Então, ao se fazer um exame clínico, o que primeiro precisamos pensar é se as características clínicas que encontramos são compreensíveis ou explicáveis. Naturalmente a resposta a essa indagação levará a condutas diferentes. Uma depressão maior, por exemplo, precisa muito mais de psicofármacos, num primeiro momento, do que de psicoterapia. Já um transtorno de ajustamento com sintomas depressivos ou ansiosos terá uma resposta mais contundente com a abordagem psicoterápica ou com intervenções no meio social do indivíduo. É importante dizer que uma abordagem não exclui a outra, pelo contrário, somam-se os benefícios, mas saber a que situações cada uma delas é mais indicada é tarefa do profissional de saúde mental.

Para se fazer um diagnóstico psiquiátrico, portanto, é fundamental o conhecimento da psicopatologia e a identificação das alterações durante o exame psíquico e o relato da história clínica do paciente. Diante dessa necessidade, este capítulo trata de Psicopatologia e transtornos psiquiátricos.

A parte de Psicopatologia é realizada através do exame psíquico que, para efeitos didáticos, foi dividido em três planos: intelectivo, afetivo e volitivo. São apresentadas, brevemente, as funções que compõem cada plano, seus conceitos e suas principais alterações.

Na parte de transtornos psiquiátricos, foram selecionados alguns transtornos, conforme frequência em que aparecem em concursos e também nos consultórios dos profissionais da saúde mental. Em linhas gerais e de forma bem resumida, apresentamos seus principais sintomas, etiologia, epidemiologia, curso clínico e tratamento.

5.1. PSICOPATOLOGIA

Conforme Campbell (1986, *apud* Dalgalarrondo, 2000), a Psicopatologia é uma ciência que tem como objeto a natureza essencial da doença mental – suas causas, as mudanças estruturais e funcionais associadas a ela, suas formas de manifestação –, ou seja, é o conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano e, como conhecimento que visa ser científico, esforça-se em ser sistemático, elucidativo e desmistificante.

Tais medidas são importantes uma vez que norteiam a conduta do profissional em relação ao paciente e/ou família deste (Amaral, 2004). Embora, como nos alerta Jaspers (1913, *apud* Dalgalarrondo, 2000), jamais devemos reduzir o ser humano a conceitos psicopatológicos.

No estudo dos sintomas psicopatológicos costuma-se enfocar dois aspectos básicos: 1) a forma dos sintomas, ou seja, sua estrutura básica, relativamente semelhante nos diversos pacientes (alucinação, ideia obsessiva, embotamento afetivo etc.); e 2) o conteúdo, isto é, aquilo que preenche a alteração estrutural (conteúdo de perseguição, culpa etc.), que é geralmente mais pessoal, depende da história de vida do paciente, de seu universo cultural e personalidade prévia ao adoecimento (Dalgalarrondo, 2000).

A psicopatologia baseia-se no conhecimento do funcionamento normal para elaborar, descrever e analisar os comportamentos patológicos (Doron & Parot, 2001). Há vários critérios de normalidade. Os principais, utilizados em psicopatologia, são: normalidade como ausência de doença; normalidade ideal; normalidade estatística; normalidade como bem-estar; normalidade funcional; normalidade como processo; normalidade subjetiva; normalidade como liberdade; normalidade operacional (Dalgalarrondo, 2000). E, de acordo com cada critério

e teoria, existe um modelo de psicopatologia: psicanalítico, piagetiano, behaviorista, da psiquiatria, entre outros. Neste capítulo, estudaremos o modelo da Psiquiatria.

Utilizaremos os conceitos seguidos por Amaral (2004). Assim, para fins didáticos, dividiremos o psiquismo em três planos: intelectivo, afetivo e volitivo. Cada um deles é composto por um conjunto de funções psíquicas.

5.1.1. Plano Intelectivo

Possui as seguintes funções: consciência, atenção, sensopercepção, memória, inteligência, pensamento e linguagem.

5.1.1.1. Consciência Neurofisiológica

Refere-se ao estado vigil, desperto, lúcido. É tudo que passa pela mente em nível consciente em determinado momento. Segundo Karl Jaspers (1985), é o todo momentâneo da vida psíquica. Portanto, a consciência é ininterrupta e se atualiza a todo o momento. Ela deve ser analisada em relação ao nível e ao campo da consciência. Se compararmos a consciência com um holofote que incide sobre um palco, a intensidade da luz do holofote é o nível da consciência, e a área iluminada por essa luz é o campo da consciência.

Alterações Quantitativas

Referem-se ao nível de consciência e suas alterações vão da vigília máxima ao coma, passando pelos níveis intermediários:

- Turvação ou obnubilação: sonolência; letargia; redução do grau de clareza do sensório; diminuição da concentração, com ou sem confusão mental.
- Torpor, sopor, estupor ou coma superficial: o despertar ocorre apenas na presença de estímulos intensos (ex. dolorosos); incapacidade de agir espontaneamente.
- Coma ou coma profundo: grau mais profundo do rebaixamento da consciência; ausência de atividade voluntária ou consciente.
- Morte cerebral: ausência irreversível de atividade mental.
- *Delirium*: síndrome psicopatológica do rebaixamento leve a moderado da consciência; acompanhada de desorientação temporoespacial, dificuldade de concentração, agitação ou lentificação

psicomotora, ilusões e/ou alucinações. Tem origem orgânica e está presente nos quadros de abstinência alcoólica, intoxicações, estados febris, encefalites, traumatismo craniano e efeito colateral de medicamentos.

Alterações Qualitativas

Referem-se ao campo da consciência. Ocorrem sem um rebaixamento do nível, mas com um estreitamento do campo. A pessoa não tem a capacidade normal de julgamento da realidade como um todo e, geralmente, não tem uma recordação do que ocorre no momento do estreitamento de campo, apesar de parecer que estava acordada.

- Estados Crepusculares: estreitamento da consciência que surge e desaparece de forma abrupta. Podem ocorrer em atos explosivos violentos, episódios de descontrole emocional, quadros histéricos agudos, pacientes epilépticos e intoxicações.
- Estados Dissociativos: fragmentação do campo da consciência com a perda da unidade psíquica. Aparece com certa frequência em quadros histéricos ou de intensa ansiedade.
- Estados hipnóticos ou de transe:[1] redução e estreitamento da consciência; semelhante a um sonho acordado. Acontecem em contextos religiosos e culturais.

É importante lembrar que os sintomas psicopatológicos perdem seu valor quando há um rebaixamento da consciência. Nesse caso, a primeira hipótese diagnóstica é um quadro orgânico neurológico e não um quadro psiquiátrico puro. Não devemos esquecer que as medicações podem alterar o nível da consciência. E também que existem alterações normais desta: o sono e o sonho.

5.1.1.2. Atenção

É a faculdade de concentrar ou direcionar a atividade psíquica para determinado objeto. Apresenta dois aspectos básicos: Vigilância (estado de alerta – é a atenção passiva, o que percebemos do mundo externo ou interno mesmo sem intenção, como uma dor forte ou um barulho brusco e intenso) e tenacidade (capacidade de concentração – é a atenção ativa, que depende de nosso desejo, como quando prestamos atenção em uma aula).

[1] Alguns autores, como Dalgalarrondo (2000), separam esses dois estados.

Alterações

- Hipoprosexia: diminuição global da atenção; perda da concentração e consequentemente da memória; fatigabilidade aumentada. Presente em estados de alteração da consciência, infecciosos, depressivos e na esquizofrenia.
- Hiperprosexia: aumento da atenção; infatigabilidade. Ocorre em quadros de grande ansiedade, maníacos, uso de psicoestimulantes e esquizofrenia.
- Aprosexia: ausência da capacidade de atenção. Aparece em estados demenciais.
- Hipervigília com hipotenacidade:[2] dificuldade de concentração em uma tarefa específica, mas com atenção ao meio. Ocorre no TDAH e nos quadros maníacos.
- Hipovigília com hipertenacidade:[5] quando há uma concentração excessiva em uma tarefa específica, com desatenção pelo meio. Pode ocorrer no deprimido (concentração no seu mundo interno e nas ruminações de cunho negativo), em momentos em que o foco é de grande interesse para o espectador ou como uma característica pessoal.

5.1.1.3. Orientação

Capacidade de situar-se quanto a si mesmo e ao ambiente. É dividida em orientação alopsíquica (tempo e espaço) e orientação autopsíquica (si mesmo).

Alterações

São muito frequentes em casos de lesões cerebrais.

- Desorientação alopsíquica. (Ex.: não saber o dia da semana, o lugar onde está).
- Desorientação autopsíquica. (Ex.: não saber o próprio nome, profissão, idade).

5.1.1.4. Sensopercepção

É a união da sensação (fenômeno neurológico gerado por uma estimulação física, química ou biológica) e da percepção (tomada de consciência do estímulo

[2] Dalgalarrondo (2000) denomina a hipervigília com hipotenacidade como distraibilidade; e a hipovigília com hipertenacidade como distração.

sensorial). O elemento básico da sensopercepção é a imagem perceptiva real ou, simplesmente, imagem, caracterizada por sua nitidez, corporeidade, estabilidade no tempo, projeção para o exterior, completitude e ininfluenciabilidade voluntária. Sua evocação denomina-se imagem representativa ou mnêmica, cujas características são: diminuição da nitidez e corporeidade, instabilidade, introjeção e incompletude.

Alterações quantitativas

- Hiperestesia: percepções (cor, sabor, odor etc.) anormalmente aumentadas. Pode estar presente na esquizofrenia, mania, enxaqueca e uso de drogas.
- Hipoestesia: percepções anormalmente diminuídas. Presente geralmente na depressão e estados alterados de consciência.
- Analgesia: ausência da percepção dolorosa de partes do corpo. Acontece por alteração neurológica (local ou central) ou psicogênica.

Alterações qualitativas

- Ilusão: percepção deformada de um **objeto real e presente**. Pode ocorrer em estados de rebaixamento da consciência, fadiga intensa ou alguns estados afetivos muito intensos.
- Alucinação: percepção clara e definida de um objeto (ruído, imagem, voz) **sem a presença do objeto** estimulante real. O paciente tem total convicção da existência do objeto. Principais tipos: auditivas (mais frequentes em esquizofrênicos), visuais (mais comuns em quadros orgânicos), táteis, gustativas, olfativas, cenestésicas (sensações incomuns e claramente anormais em partes do corpo), cinestésicas (sensações alteradas de movimentos do corpo) e sinestésicas[3] (alucinações de várias modalidades sensoriais).
- Alucinose: a alucinação é percebida como estranha à própria pessoa, ou seja, há crítica quanto à irrealidade da percepção. Ocorre geralmente em quadros psicorgânicos.
- Pseudoalucinação: percepção de uma **imagem representativa** pouco nítida, no mundo interno (Ex.: vozes dentro da cabeça). O paciente não

[3] Dalgalarrondo (2000) descreve também as *alucinações funcionais*. Dentro destas estão as sinestesias, a alucinação autoscópia, entre outras.

tem convicção da existência do objeto. Comum em psicoses orgânicas, intoxicações, estados afetivos intensos e rebaixamento da consciência.

5.1.1.5. Memória

É a capacidade de registrar, manter e evocar fatos já ocorridos. É composta por três fases: 1ª) percepção, registro e fixação; 2ª) retenção e conservação; 3ª) reprodução e evocação.

Existem três tipos de memória (Dalgalarrondo, 2000): 1) memória imediata ou de curtíssimo prazo: capacidade de reter informações imediatamente após seu recebimento (Ex.: repetir uma sequência de números); 2) memória recente ou de curto prazo: capacidade de reter informações por um período curto de tempo (de minutos a horas); e 3) memória remota ou de longo prazo: capacidade de evocar informações e fatos ocorridos no passado (há meses, anos).

A memória é comumente influenciada pelo estado emocional e pelo nível de atenção. Alterações graves na memória estão ligadas principalmente a quadros demenciais, e podem estar presentes na esquizofrenia, epilepsia e oligofrenia.

Alterações quantitativas (Dalgalarrondo, 2000)

- Hipermnésias: os elementos mnêmicos afluem rapidamente e em grande quantidade, porém com baixa clareza e precisão.
- Amnésias ou hipomnésias: perda da memória, ou seja, da capacidade de fixar, conservar ou evocar informações do passado.
- Amnésia anterógrada: incapacidade de fixar elementos mnêmicos a partir do momento em que ocorreu o dano cerebral (Ex.: lembra-se de fatos ocorridos antes do trauma, mas não depois deste).
- Amnésia retrógrada: incapacidade de evocar elementos mnêmicos registrados antes do trauma ou doença (Ex.: lembra-se de fatos atuais, mas não dos anteriores ao trauma).

Alterações qualitativas ou paramnésias (Dalgalarrondo, 2000)

- Ilusões mnêmicas: são acréscimos de elementos falsos a um núcleo verdadeiro de memória. Ocorre em esquizofrenia, histeria grave, paranoia, alguns transtornos de personalidade. (Ex.: "Tive 20 filhos", mas, na verdade, teve dois.)

- Alucinações mnêmicas: são criações imaginativas, que não correspondem a nenhum elemento mnêmico, com aparência de lembranças.
- Fabulações: as lacunas da memória são preenchidas por elementos da imaginação do sujeito. Frequentes na Síndrome de Korsakoff.
- Outras alterações: criptomnésias (fato conhecido é percebido como novo); ecmnésia (lembranças antigas reaparecem com muita nitidez); lembrança obsessiva.

5.1.1.6. Inteligência

Refere-se à totalidade das habilidades cognitivas do indivíduo, à capacidade de identificar e resolver problemas novos (Dalgalarrondo, 2000), à capacidade de adaptação ao meio (Doron & Parot, 2001). Piaget acredita que a inteligência são construções que envolvem estruturas mentais inatas e também a experiência sociocultural. Logo, podemos concluir que ao avaliarmos a inteligência de um indivíduo devemos fazê-lo em correspondência com as oportunidades que sua cultura e condição socioeconômica lhe ofereceram e sua faixa etária (*apud* Dalgalarrondo, 2000).

As deficiências cognitivas podem ocorrer por desenvolvimento insuficiente, no caso das oligofrenias ou retardo mental, ou por perda da capacidade que fora adquirida, o que acontece nas demências. Esses dois tipos de deficiência apresentam classificações, curso e tratamentos diferenciados, conforme o diagnóstico, a idade e as comorbidades presentes (Amaral, 2004).

5.1.1.7. Pensamento

É composto por três elementos: 1) conceito: elemento puramente cognitivo, intelectivo, não apresenta resquício sensorial; 2) juízo: capacidade de estabelecer relação entre conceitos, apontando o que é falso ou verdadeiro; 3) raciocínio: capacidade de interligar juízos, dando origem a conclusões.

Para avaliação do pensamento, observamos, através da linguagem, as três dimensões do processo de pensar: 1) curso: consiste na fluência, velocidade e ritmo do pensamento; 2) forma: é a estrutura básica, o formato do pensamento; 3) conteúdo: refere-se aos temas do pensamento (Amaral, 2004; Dalgalarrondo, 2000).

Alterações do curso do pensamento

- Bradipsiquismo: lentificação ou inibição do pensamento. Ocorre, geralmente, em depressões graves, alguns quadros de rebaixamento da consciência ou psico-orgânicos e algumas intoxicações (sedativos).
- Taquipsiquismo: aceleração do pensamento. Ocorre em quadros de mania, alguns esquizofrênicos, estados de ansiedade intensa, psicoses tóxicas (cocaína e anfetamina) e alguns casos de depressão ansiosa.

Alterações da forma do pensamento

- Desintegração dos conceitos: perda do significado original dos conceitos. Frequente em esquizofrenia e demências. (Ex.: a palavra "ateu" deixa de significar pessoa que não acredita em Deus e passa a expressar o contrário, "a Teu comando", a comando de Deus).
- Condensação dos conceitos: fundição de dois ou mais conceitos (Ex.: neologismos).
- Pensamento demencial: apresenta pobreza desigual (de alguns pontos) do pensamento. (Ex.: "Cadê meu... (batom), aquilo de passar na boca...").
- Roubo do pensamento: sensação que o pensamento foi roubado da própria mente. É típico da esquizofrenia.
- Fuga de ideias: perturbação das associações lógicas entre os juízos e os conceitos. A conexão entre as palavras deixa de seguir uma lógica e passa a acontecer por ressonância (Ex.: amor, cor, dor, pavor...) e conforme estímulos externos contingentes (Ex.: o telefone que toca, os móveis do ambiente, alguém que aparece...). É bastante característico das síndromes maníacas.
- Outras alterações: pensamento prolixo; pensamento vago; pensamento inibido; pensamento deficitário ou oligofrênico; pensamento confusional; pensamento desagregado; pensamento obsessivo.

Alterações do conteúdo do pensamento

- Juízo deficiente ou prejudicado: são juízos patologicamente falseados, pois sua elaboração é inconsistente. É o mesmo que **delírios**, que são crenças falsas e irremovíveis, que não se modificam com argumentos lógicos. Possuem quatro características essenciais: convicção do paciente no delírio; impossibilidade de modificação deste por argumentos lógicos ou experiência objetiva; conteúdo impossível; produção

associal, idiossincrática. Os tipos mais frequentes são: erótico, ciúmes, grandeza, infestação, autorreferência, perseguição, místico, culpa, hipocondríaco, influência, fantástico. É importante lembrar que os juízos falsos podem ser patológicos ou não. O delírio é a principal forma de juízos falsos por transtornos psíquicos, mas deve ser diferenciado das crenças culturais e religiosas (Amaral, 2004; Dalgalarrondo, 2000).

- Pensamento mágico: é contrário aos princípios da lógica formal e da realidade, pois há a adequação da realidade aos pensamentos e desejos.
- Pensamento derreísta: distorce a realidade, adaptando-a aos seus anseios. Pode aparecer em alguns transtornos de ansiedade, esquizofrenia, histeria e adolescência normal.
- Outras alterações: conteúdo megalomaníaco, místico.

5.1.1.8. Linguagem

É a capacidade de aprender e utilizar um ou mais sistemas de signos para comunicar-se com seus semelhantes e representar o mundo para si mesmo (Doron & Parot, 2001). Suas vias de expressão são: verbal (Ex.: oral, textos), não verbal (Ex.: gestos, sinais) e psicossomática (Ex.: dores, doenças).

Alterações

- Afasia: é a perda da linguagem, falada e escrita, devido à incapacidade de compreender e utilizar os símbolos verbais. Tal fenômeno é secundário à lesão neuronal identificável.
- Disartria: alterações neuronais causando desarticulação das palavras e fala pastosa.
- Logorreia ou taquifasia: produção compulsivamente aumentada e acelerada da linguagem verbal. Presente em quadros de mania ou, de forma amena, nos de grande ansiedade.
- Bradifasia: oposta a taquifasia. Frequentemente associada a depressões graves, demências e esquizofrenia crônica.
- Mutismo: ausência, por questões psíquicas, de resposta verbal oral. Observado em muitos tipos de estupor, quadros esquizofrênicos (principalmente catatônicos) e depressões graves.
- Coprolalia: emissão involuntária e repetitiva de palavras obscenas, vulgares ou relativas a excrementos.

- Mussitação: murmúrio ininteligível em tom monocórdio. Frequente na esquizofrenia.
- Outras alterações: pararrespostas; dislalia; disfonia; palilalia; logoclonia; perseveração e estereotipia verbal; ecolalia; verbigeração; tiques verbais ou fonéticos.

5.1.2. Plano Afetivo

Possui as seguintes funções: consciência do eu e afetividade.

5.1.2.1. Consciência do Eu

É formada gradualmente, durante o primeiro ano de vida, quando o bebê diferencia-se do ambiente, conscientizando-se de si através da consciência do próprio corpo. São características desta função: consciência de atividade do eu (capacidade de autodeterminar-se); consciência de unidade do eu (certeza de ser uno e indivisível); consciência da identidade do eu (consciência de ser o mesmo ao longo de toda a vida); consciência de oposição do eu em relação ao mundo (consciência de ser diferenciado do meio externo).

Alterações

- Alteração da consciência do existir: estranheza de si mesmo, do próprio corpo. (Ex.: "Eu sou um robô.").
- Alteração da consciência de execução: sentimento de que os outros têm acesso aos seus pensamentos e os influenciam.
- Despersonalização: sensação de perda ou alteração de si mesmo, com a impressão de estar enlouquecendo. É vivenciada com grande angústia e aparece, com certa frequência, em crises intensas de ansiedade e pânico, psicoses tóxicas (alucinógenos), formas graves de depressão e episódios agudos de esquizofrenias.
- Desrealização: estranheza em relação aos ambientes e às pessoas, gerando extrema angústia. Presente nos mesmos casos da despersonalização.

5.1.2.2. Afetividade

"É a dimensão psíquica que dá cor, brilho e calor a todas as vivências humanas" (Dalgalarrondo, 2000, p. 100). É dividida em cinco modalida-

des: 1) Humor ou estado de ânimo: é o tônus afetivo básico que influencia ampliando ou diminuindo o impacto das experiências cotidianas; 2) Emoções: são reações intensas, agudas, de curta duração, desencadeadas por momentos vivenciais, frequentemente acompanhadas por reações somáticas (Ex: susto, medo, prazer, simpatia); 3) Sentimentos: são estáveis, menos intensos, associados a conteúdos mentais (Ex.: insegurança, alegria, amor, vingança, saudade); 4) Afetos: é o tônus emocional que acompanha as ideias; 5) Paixões: de grande intensidade, dirigidas a um único foco, inibindo outros interesses.

Alterações

- Disforia: humor desagradável, mal-humorado.
- Hipotimia: humor alterado para tristeza.
- Hipertimia: humor alterado para exaltação e alegria.
- Apatia: diminuição da excitabilidade emotiva e afetiva.
- Embotamento afetivo: perda total da vivência de sentimentos, com inadequada expressão destes.
- Anedonia: incapacidade total ou parcial de sentir prazer.
- Labilidade afetiva: mudanças súbitas do humor, sentimentos e emoções.
- Outras alterações: puerilidade; sentimento de falta de sentimento; inadequação do afeto ou paratimia; medo; ambivalência afetiva; fobias; humor triste e ideação suicida; irritabilidade patológica.

5.1.3. Plano Volitivo

Possui as seguintes funções: vontade e psicomotricidade.

5.1.3.1. Vontade

Relacionada com os instintos, afetos, intelectualidade e valores socioculturais. "Representa o livre-arbítrio, a capacidade da pessoa de autodeterminar-se" (Amaral, 2004, p. 147). A capacidade de desempenhar plenamente o ato volitivo denomina-se **pragmatismo**.

Alterações

- Hipobulia ou abulia: diminuição ou abolição da atividade volitiva.

- Atos impulsivos:[4] atos psicomotores automáticos, impensados, instantâneos, explosivos.
- Atos compulsivos:[4] são realizados na tentativa de neutralizar/adiar pensamentos ruins, gerando sensação de alívio momentâneo, embora provoquem intenso desconforto no sujeito. Vão desde atos simples (Ex.: coçar) até rituais complexos (Ex.: lavar e secar as mãos repetidas vezes e de forma estereotipada).
- Outras alterações: negativismo, automatismo, obediência automática, ecopraxia, ecomimia, ecografia.

5.1.3.2. Psicomotricidade

Representa a última etapa do ato volitivo. Suas alterações têm origem neurológica e psíquica.

Alterações neuropsíquicas

- Estupor: ausência total da movimentação voluntária sem alteração da consciência.
- Tiques: contrações musculares repetitivas, impulsivas e estereotipadas.
- Flexibilidade cerácea: o paciente conserva a si ou seus membros na posição em que foi colocado por outrem, como se fosse uma pessoa feita de cera.
- Estereotipias motoras: repetição automática de determinado ato motor.
- Conversões: paralisias, anestesias, parestesias.
- Apragmatismo ou hipopragmatismo: dificuldade ou incapacidade de realizar atos simples do dia a dia, determinados pela vontade, como, por exemplo, arrumar a casa ou cuidar da higiene pessoal.
- Outras alterações: maneirismo (estereotipia de movimentos bizarros e repetitivos); agitação psicomotora; lentificação ou inibição psicomotora; catalepsia (tônus postural exagerado e rigidez muscular); cataplexia (perda abrupta do tônus muscular).

[4] Dalgalarrondo (2000) descreve os tipos de **impulsos e compulsões** patológicas: Agressivas auto ou heterodestrutivas (Ex.: automutilição, piromania); relacionados à ingestão de drogas ou alimentos (Ex.: bulimia, dipsomania); relacionados ao desejo e ao comportamento sexual (Ex.: fetichismo, pedofilia, zoofilia, ninfomania); outros impulsos e compulsões (Ex.: cleptomania, compulsão a comprar).

5.2. TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Adotaremos como referencial, neste capítulo, a classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 (OMS, 1993) por ser a mais utilizada no Brasil. Mas pontuaremos, no decorrer do texto, algumas divergências existentes entre essa classificação e a do DSM-IV-TR (APA, 2002), que é o Manual de Doenças Mentais utilizado nos Estados Unidos e na maioria das pesquisas.

A CID-10 agrupa os transtornos mentais de acordo com "uma família de classificações relacionadas à saúde e à doença" (OMS, 1993, p. 3), ou seja, de acordo com características comuns ou semelhantes. Na tabela a seguir, apresentamos a forma de divisão e nomenclatura dos transtornos. Na primeira coluna estão dispostos os códigos numéricos utilizados. Na segunda, a família de classificação ou blocos de agrupamentos dos transtornos. Na terceira coluna estão os transtornos que serão abordados neste capítulo.

TABELA 5.1 – CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO CONFORME A CID-10

Código numérico	Família de Classificação	Famílias de Transtornos
F00 – F09	Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos	F00 Demência na doença de Alzheimer F05 *Delirium*
F10 – F19	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa	F10 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool
F20 – F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes	F20 Esquizofrenia
F30 – F39	Transtornos do humor (afetivos)	F30 Episódio maníaco F31 Transtorno afetivo bipolar F32 Episódio depressivo F34 Transtornos persistentes do humor (afetivos)
F40 – F48	Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes	F40 Transtornos fóbico-ansiosos F41 Outros transtornos ansiosos F42 Transtorno obsessivo-compulsivo F43 Reação a estresse grave e transtornos de ajustamentos F44 Transtornos dissociativos (ou conversivos) F45 Transtornos somatoformes

Código numérico	Família de Classificação	Famílias de Transtornos
F50 – F59	Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos	F50 Transtornos alimentares F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica
F60 – F69	Transtornos de personalidade e de comportamentos em adultos	F60 Transtornos específicos de personalidade F64 Transtornos de Identidade Sexual F65 Transtornos de Preferência Sexual
F70 – F79	Retardo mental	F70 Retardo mental leve F71 Retardo mental moderado F72 Retardo mental grave F73 Retardo mental profundo
F80 – F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico	
F90 – F98	Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência	F90 Transtornos hipercinéticos
F99	Transtorno mental não especificado	

Fonte: OMS, 1993.

5.2.1. Transtornos Mentais Orgânicos

Os transtornos mentais orgânicos têm "em comum uma etiologia demonstrável de doença ou lesão cerebral" (OMS, 1993).

Esse bloco é constituído por dois agrupamentos de aspectos fundamentais: 1) perturbações de funções cognitivas (memória, inteligência, aprendizagem) ou do sensório (consciência, atenção); 2) perturbações na percepção (alucinações), no conteúdo do pensamento (delírios), no humor e emoção, ou no padrão global de personalidade e de comportamento.

Existem vários tipos de demência de etiologias diferentes. É importante que seja feita uma bateria de exames para que demências com possibilidades de serem tratadas possam ser detectadas (deficiência de vitamina B, por exemplo). A mais comum é a Doença de Alzheimer, com uma frequência maior que 50% dentre as demências.

Para o diagnóstico de demência é necessário que haja declínio sensível das capacidades cognitivas, principalmente da memória e do pensamento, comprometendo atividades pessoais do dia a dia, por pelo menos seis meses.

5.2.1.1. Demência na doença de Alzheimer

É uma doença cerebral degenerativa primária, com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos. Apresenta redução marcante dos neurônios, ou seja, seus aspectos clínicos são acompanhados por alterações cerebrais. Sua etiologia é desconhecida.

- **Sintomas**: Perda progressiva da memória (registro, armazenamento e evocação das novas informações) e do pensamento, levando ao comprometimento da vida diária e atividades pessoais. Nos estágios mais tardios da doença, há o prejuízo também da memória remota. O pensamento fica lentificado e a capacidade de raciocínio diminuída. Não há o comprometimento da consciência neurofisiológica. Caso isso ocorra, é dado o diagnóstico também (comorbidade) de *delirium*.
- **Epidemiologia**: A prevalência aumenta dramaticamente com a idade, passando de 0,6% no sexo masculino e 0,8% no feminino aos 65 anos de idade (em todos os níveis) para 11% no sexo masculino e 14% no feminino aos 85 anos. Os casos moderados e graves correspondem a 40-60% dessas estimativas de prevalência (APA, 2002). Alguns dos fatores de risco para essa doença são: ser mulher, ter um parente em primeiro grau com o transtorno e ter uma história de lesão craniana.
- **Curso clínico**: Tem início insidioso com deterioração lenta e contínua. É uma doença atualmente irreversível, apesar de existirem alguns medicamentos que retardem sua evolução. Na fase final da doença, há também perda total dos movimentos e distanciamento afetivo.
- **Tratamento**: É importante, além da intervenção medicamentosa, trabalhar e apoiar a família e o ambiente em relação aos cuidados necessários ao doente (Kay & Tasman, 2002).

5.2.1.2. *Delirium* não induzido por álcool e outras substâncias psicoativas

Não é uma doença, e sim uma síndrome psico-orgânica aguda, geralmente reversível, comum na velhice e nos quadros clínicos graves (doença hepática crônica, carcinoma etc.). Tem muitas causas possíveis. Apresenta sintomas característicos: comprometimento da atenção e da consciência, perturbação global da

cognição (confusão mental, desorientação temporo-espacial, alucinações, principalmente visuais), perturbações psicomotora, do ciclo sono-vigília e emocionais. Seu tratamento está vinculado à etiologia.

5.2.2. Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas

O bloco decorrente ao uso de substâncias psicoativas apresenta grande variação quanto à gravidade de seus transtornos e às substâncias utilizadas. A identificação do uso pode ser fornecida pelo próprio paciente ou algum exame de laboratório.

5.2.2.1. Alcoolismo

- **Sintomas**: É condição clínica caracterizada por disfunções físicas, psíquicas e/ou sociais associada ao uso abusivo e persistente de bebidas alcoólicas.
- **Etiologia**: As causas são multifatoriais: predisposição genética, fatores psicológicos e socioculturais. Seus principais fatores de risco são: ingestão de bebida alcoólica permitida e estimulada pelos pais e em determinados meios (clubes, colégios); transtornos de ansiedade e depressivo; conduta e comportamento antissociais desde a infância; e transtornos de personalidade.
- **Epidemiologia**: O risco de dependência de álcool para a vida toda era, na década de 1990, de 15%. A taxa geral de dependência de álcool atual aproxima-se dos 5% (APA, 2002). A taxa de prevalência geral pra abuso e dependência de álcool é de 8,6%, sendo 13,4% entre homens e 4,4% entre mulheres. Nos Estados Unidos, 5% de todas as mortes estão relacionadas ao álcool (Kay & Tasman, 2002).
- **Curso clínico**: O aumento da quantidade de álcool ingerida ocorre gradativamente. Entre 18 e 25 anos de idade, surgem as principais consequências (problemas na escola, no trabalho, brigas). A procura do tratamento é sempre tardia, por volta dos 35 anos de idade.
- **Tratamento**: Não existe um único tratamento que seja eficaz para todos os alcoolistas. Mas, de forma geral, obedece a alguns princípios básicos: tratamento deve ser voluntário para ter melhores resultados; tratamento compulsório deve ocorrer somente quando o paciente corre risco de morte ou se encontra incapaz de controlar seus próprios atos;

familiares devem estar envolvidos no tratamento; internação indicada em alguns casos para iniciar o tratamento, promover a abstinência e tratar complicações. O tratamento pode ser dividido em três fases: 1) promoção da abstinência; 2) tratamento das complicações; e 3) prevenção de recaídas. É importante saber a diferença entre uso, abuso e dependência do álcool, pois o tratamento e o prognóstico serão diferentes (Pereira, 2010).

TABELA 5.2 – FORMAS DE MANIFESTAÇÃO DO ALCOOLISMO (PEREIRA, 2010)

Intoxicação aguda	Efeitos transitórios da ingestão de grande quantidade de etanol, que será de acordo com sua dosagem: até a sanguínea de 0,5 g/litro, sedação ou leve sensação de euforia; entre 0,5 e 1,5 g/litro, agitação e descoordenação; de 1,5 a 2 g/litro, perda do controle emocional e delírio; acima de 2 g/litro, interferência no nível de consciência, podendo o paciente entrar em coma.
Intoxicação patológica	Intensa mudança de comportamento e agressividade após ingestão de pequena quantidade de **álcool**. Nesses casos são frequentes as amnésias lacunares (*blackouts*).
Síndrome de abstinência	Inicia algumas horas ou até dois dias após interrupção ou diminuição da ingestão do álcool em um bebedor crônico. Principais sintomas: tremores, náuseas e vômitos, fraqueza, taquicardia, sudorese, aumento da pressão arterial, ansiedade, humor depressivo, irritabilidade, alucinações transitórias, ilusões, cefaleia e insônia. Podem ocorrer convulsões tônico-clônicas generalizadas. Normalmente regride espontaneamente entre cinco e sete dias, mas pode evoluir para óbito.
Delirium tremens	Forma grave de abstinência do **álcool** caracterizada pela presença de *delirium*, tremores e hiperatividade autonômica. Alucinações visuais, auditivas ou táteis são frequentes. É uma urgência médica, e 5% a 15% dos pacientes morrem quando não tratados.
Alucinose alcoólica	Alucinações vívidas e persistentes, sem alteração do nível de consciência e com a capacidade crítica preservada. Podem durar dias ou meses e raramente se tornam crônicas.

Síndrome de Wernicke-Korsakoff	Decorrente da deficiência severa de tiamina (vitamina B) que impossibilita a utilização da glicose. Inicia-se com confusão mental, ataxia cerebelar, oftalmoplegia e nistagmo no caso agudo – Síndrome de Wernicke. Sem rápido tratamento pode evoluir para comprometimento grave e irreversível de memória de fixação, que é o quadro crônico, a Demência de Korsakoff.
Demência	Instala-se após um período prolongado de ingestão de grandes quantidades de álcool e é comprovada por atrofia cortical.
Comprometimento agudo ou crônico de diferentes órgãos	Hepatite alcoólica, cirrose hepática, pancreatite, miocardiopatia, polineuropatia, hipertensão arterial.
Alterações Comportamentais que indicam que o uso da bebida alcoólica está deixando de ser apenas um uso social	Disfunção psicológica e social; problemas conjugais; ansiedade, depressão, insônia; isolamento social ou mudanças frequentes (comportamento, trabalho, relações afetivas etc.); prisões ou problemas com a lei; tentativas frustradas para parar ou reduzir a quantidade de bebida alcoólica; perda de interesse em atividades que não incluem bebida alcoólica; problemas no trabalho (absenteísmo, produtividade reduzida, problemas de relacionamento, mudanças frequentes de emprego); perda temporária da consciência durante o período de embriaguez; queixas de familiares ou de amigos sobre o comportamento relacionado a ingestão do álcool.

Fonte: Baseada em Pereira, 2010.

5.2.3. Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes

5.2.3.1. Esquizofrenia

A esquizofrenia recebe esta classificação somente na presença de delírios e alucinações durante um período de pelo menos um mês. Antes disso considera-se como **transtorno psicótico esquizofreniforme**.

- **Sintomas**: na fase ativa da doença, existem os sintomas produtivos, chamados de positivos, que são: delírios, alucinações (principalmente auditivas e cenestésicas), discurso desorganizado, pensamento desagregado, neologismos, comportamento inadequado, podendo ser catatônico, inquieto ou agressivo. A clareza da consciência e a capacidade intelectual são frequentemente mantidas. O pensamento é vago, elíptico e obscuro, e sua expressão, às vezes, incompreensível. O humor é

superficial ou incongruente. Os sintomas negativos – que representam a diminuição ou perda de uma função normal – aparecem geralmente num curso crônico e deteriorante: embotamento afetivo, alogia (discurso sem lógica), apragmatismo, abulia.

- **Etiologia**: multicausal e com um forte componente genético, sendo que a taxa de concordância da esquizofrenia em gêmeos monozigóticos é de 50%.
- **Epidemiologia**: A prevalência entre adultos é de 0,5 a 1,5% da população geral (APA, 2002).
- **Curso clínico**: mostra grande variação e não é, sem dúvida, inevitavelmente deteriorante. Seu início ocorre tipicamente entre o final da adolescência e meados da faixa dos 30, sendo raro o início antes da adolescência. A idade de início para homens é entre 18 e 25 anos e em mulheres, entre 25 e 35 anos. Seu início pode ser abrupto ou insidioso. O curso pode ser variável com alguns indivíduos, exibindo exacerbações e remissões, enquanto outros permanecem cronicamente enfermos (APA, 2002). Pode ter uma evolução que caminha para uma completa ou parcial recuperação, caso seja feito o tratamento adequado.
- **Tratamento**: é muito importante que o diagnóstico seja precoce e se institua o tratamento correto, que se constitui de intervenções farmacológicas e psicossociais, além de uma relação médico-paciente terapêutica para favorecer a adesão do paciente.

Principais tipos de esquizofrenia:

- Paranoide: é a mais comum, caracterizada por delírios persecutórios, autorreferentes, frequentemente acompanhados por alucinações (vozes que ameaçam, dão ordens ou comentam sobre o paciente) e perturbações da percepção. A afetividade, a volição e o discurso geralmente não estão alterados.
- Hebefrênica: este tipo não é descrito no DSM. A principal característica é um comportamento irresponsável e infantil (maneirismos, brincadeiras inadequadas), com afeto superficial, inadequado e pueril. Pensamento desorganizado, discurso incoerente e com divagações. Seu início é mais precoce que nos demais e tem um prognóstico ruim devido ao rápido desenvolvimento dos sintomas negativos.

- Catatônica: é mais rara. Sua principal característica são as alterações psicomotoras que oscilam entre uma extrema agitação e violência ao estupor, obediência automática, flexibilidade cérea e negativismo.
- Depressão pós-esquizofrênica: episódio depressivo, prolongado ou não, que surge após uma doença esquizofrênica e guarda também alguns dos sintomas desta, positivos ou negativos.
- Residual: é caracterizada, no seu estágio tardio, por sintomas negativos, de longa duração e ausência de sintomas produtivos; sem delírios e alucinações evidentes.
- Simples: este tipo não é descrito no DSM. Apresenta um desenvolvimento insidioso e progressivo de conduta estranha e inadaptação social, levando a uma deterioração gradativa e empobrecimento da vida afetiva.
- Desorganizado: este tipo é descrito apenas no DSM, sendo ausente na CID. É caracterizado por discurso incoerente, comportamento estranho e afeto embotado ou inadequado. Assemelha-se à esquizofrenia simples, descrita na CID.
- Indiferenciada: os sintomas não satisfazem critérios para nenhuma das anteriores.

5.2.3.2. Outros transtornos

Transtornos esquizotípico; transtornos esquizoafetivos.

5.2.4. Transtornos do Humor

Os transtornos de humor referem-se fundamentalmente, como o próprio nome indica, a uma alteração do humor ou afeto, para elação ou depressão – intercalada com períodos de normalidade –, acompanhada por alteração no nível global de atividade. Tendem a ser recorrentes e relacionados com situações estressantes.

Em uma visão de espectro, vão desde o bipolar clássico (com manias francas e depressões melancólicas) até as variações normais, fisiológicas do humor, passando pelo transtorno unipolar e pelos transtornos crônicos do humor (distimia e ciclotimia).

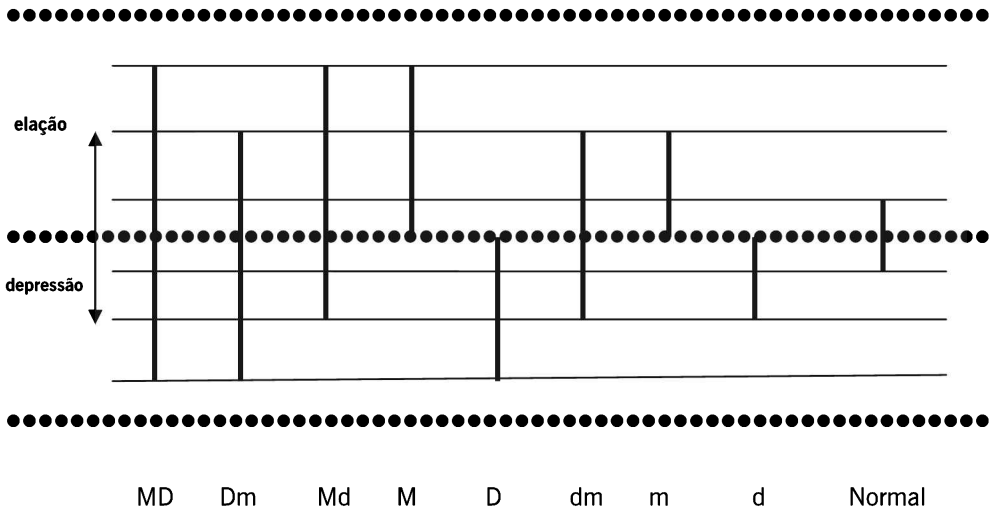


Figura 5.1 – Noção de espectro dos transtornos do humor.

5.2.4.1. Episódio Depressivo

Há três gravidades de episódio depressivo: leve, moderado e grave. A diferença entre eles é basicamente a quantidade e gravidade dos sintomas depressivos. Para que haja um diagnóstico desse episódio é necessário apresentar os sintomas durante pelo menos duas semanas.

- **Sintomas**: alteração do humor para depressivo, irritável ou desinteresse e falta de motivação; redução da energia ou fadiga; anedonia (prazer diminuído ou ausente); agitação ou retardo psicomotor; lentificação dos pensamentos; dificuldade de concentração e memória; distorção recorrente dos pensamentos e afetos para o negativo; sentimentos como: angústia, culpa, insegurança, baixa autoestima, pessimismo, indecisão, inutilidade; falta de iniciativa; insônia ou hipersonia; falta ou aumento de apetite e peso; diminuição da libido; dores ou sintomas físicos difusos e não explicados por outro problema médico; pensamentos recorrentes sobre morte.
- **Epidemiologia**: Estudos recentes sugerem que metade dos deprimidos pode pertencer ao espectro bipolar. Prevalência em 16% a 18% da população, sendo 3% a 12% em homens e 20% a 26% em mulheres (APA, 2002). Somente um terço dos deprimidos procura tratamento. A maioria não é diagnosticada nem adequadamente tratada. Na fase reprodu-

tiva é duas vezes mais frequente em mulheres. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, p. 9): "a depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia, em nível mundial. Se estiverem corretas as projeções, caberá à depressão, nos próximos 20 anos [...] ser a segunda das principais causas de doenças no mundo".

- **Diagnóstico diferencial e comorbidade**: a diferenciação entre episódios depressivos unipolares e bipolares é importante, pois o tratamento destes inclui necessariamente o uso de estabilizadores de humor, pelo risco de ciclagem para mania e de piora do curso e do prognóstico da doença. Algumas características associadas à evolução bipolar são: início precoce e/ou agudo; aparência menos depressiva do que o paciente sente; preservação da energia e do interesse apesar da grave depressão; sintomas psicóticos, principalmente alucinações; lentificação psicomotora importante; história familiar de transtorno bipolar; qualquer transtorno de humor em gerações consecutivas; hipomania induzida por antidepressivos. A depressão e a ansiedade estão frequentemente associadas. De um terço à metade dos pacientes com pânico tem agorafobia e destes mais de 50% tem ou terá depressão. Transtorno de ansiedade generalizada (TAG) associado à depressão pode chegar a 90% ao longo da vida, e esta com fobia social, 80%.
- **Curso clínico**: Pode ocorrer em qualquer idade, mas, em média, seu início se dá aos 27 anos. Os sintomas se desenvolvem em um período de dias ou semanas, e suas primeiras manifestações podem incluir ansiedade, insônia, preocupação e ruminações, antes de a tristeza tornar-se evidente. Episódios não tratados duram em média de 6 a 24 meses (Kay & Tasman, 2002).
- **Tratamento**: o tratamento farmacológico é importante, pois muda a gravidade e duração da depressão, mas não reduz a frequência dos episódios, sendo que em alguns casos é indicado o uso contínuo de medicamentos devido às constantes recaídas. A psicoterapia também é indicada. O apoio familiar e a psicoeducação melhoram o prognóstico. Para quadros depressivos graves ou refratários aos medicamentos, pode-se considerar a eletroconvulsoterapia.

5.2.4.2. Episódio Maníaco

Há três graus de gravidade de episódio maníaco, todos com características de humor elevado e um aumento na quantidade e velocidade da atividade mental e física.

Hipomania

Sintomatologia da mania de forma mais branda.

Mania sem Sintomas Psicóticos

O episódio deve durar, pelo menos, uma semana e ser grave o suficiente para perturbar o ritmo normal de trabalho e as atividades sociais.

- **Sintomas**: exaltação do humor; autoestima aumentada/exagerada; diminuição da necessidade de sono; logorreia; fuga de ideias; hipervigilância e hipotenacidade; aumento de atividades ou agitação psicomotora; envolvimento em atividades de risco; labilidade afetiva; irritabilidade, se contrariado; aumento na velocidade do pensamento; hipermnésia; aumento dos gastos financeiros e do uso de drogas; ausência de autocrítica; ideias deliroides de grandeza.

Mania com Sintomas Psicóticos

É a forma mais grave de mania.

- **Sintomas**: A autoestima inflada e ideias grandiosas podem evoluir para delírios de grandeza, e a irritabilidade e a desconfiança, para delírios de perseguição. Em casos graves, pode apresentar fuga de ideias e pressão para falar, tornando o indivíduo incompreensível. A atividade física e excitação graves e continuadas podem resultar em agressão ou violência, e a negligência com alimentação, ingestão de líquidos e higiene pessoal podem resultar em perigosos estados de desidratação e autonegligência.

5.2.4.3. Transtorno Afetivo Bipolar

É "caracterizado por episódios repetidos nos quais o humor e os níveis de atividade do paciente estão significativamente perturbados" (OMS, 1993, p. 113-114). É obrigatória a presença de, pelo menos, um episódio maníaco.

Diferentemente da CID-10, no DSM-IV há uma distinção entre: transtorno bipolar I, caracterizado por um ou mais episódios maníacos ou mistos (apresen-

ta sintomas concomitantes maníacos e depressivos), geralmente acompanhados por episódios depressivos maiores; e o transtorno bipolar II, que se caracteriza por um ou mais episódios depressivos maiores acompanhados por um ou mais episódios hipomaníacos.

- **Etiologia**: Tem origem genética. Mas os eventos estressantes aumentam em cinco vezes as possibilidades de recorrência. Dentro do possível, a pessoa deve evitar estresse.
- **Epidemiologia**: prevalência de 0,2 a 0,9%. Início mais frequente no final da adolescência ou início da idade adulta. Aparece em frequência semelhante entre os dois sexos (Kay & Tasman, 2002).
- **Curso clínico**: Tem início, na maioria das vezes, entre os 15 e 30 anos de idade. Os episódios depressivos costumam ser mais longos que os maníacos (Kay & Tasman, 2002). Os cicladores rápidos têm quatro ou mais episódios por ano. O prognóstico é pior quando o primeiro episódio é o maníaco e tem alternância de crises maníacas.
- **Tratamento**: os estabilizadores de humor são as drogas de escolha, sendo o principal o carbonato de lítio, que exige a dosagem sérica do lítio para o ajuste da dose. Também podem ser usados os anticonvulsivantes e antipsicóticos atípicos. A psicoeducação, a psicoterapia, a não estigmatização e o envolvimento da família e do paciente são fundamentais para a adesão ao tratamento. A aderência ao tratamento medicamentoso acontece em menos da metade dos pacientes bipolares. Quando há um bom suporte social, as crises diminuem.

5.2.4.4. Transtornos Persistentes do Humor (afetivos)

Distimia

- **Sintomas**: Humor deprimido por pelo menos dois anos; distúrbio de apetite e do sono, sentimentos de desesperança, baixa energia e concentração.
- **Epidemiologia**: Prevalência vitalícia de 4,1% em mulheres e de 2,2% em homens. Em adultos, o transtorno aparece mais em mulheres; em crianças, aparece igualmente entre os dois sexos (Kay & Tasman, 2002).
- **Curso clínico**: apresenta curso crônico. Geralmente tem início no final da adolescência ou início da idade adulta.

- **Tratamento**: A psicoterapia é fundamental, e o tratamento medicamentoso (antidepressivos) pode ser efetivo. É recomendada atividade física regular.

Ciclotimia

Alternância de episódios hipomaníacos e períodos de humor depressivo por pelo menos dois anos. Apresenta sintomatologia mais branda.

5.2.5. Transtornos Neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes

Estes transtornos são assim denominados por serem associados a uma causação psicológica. De modo geral, o tratamento mais recomendado é a terapia cogitivo-comportamental em parceria com a medicamentosa.

5.2.5.1. Transtornos Fóbico-Ansiosos

As fobias (medos exagerados) encontram-se entre os transtornos psiquiátricos mais comuns.

Agorafobia

- **Sintomas**: Medo de ficar em espaços abertos ou que dificultem o escape imediato para um lugar seguro. Esses pacientes costumam ter medo de sair de casa, entrar em lojas, multidões, viajar sozinhos e ficar em lugares públicos. Sentem-se mais seguros em casa.
- **Epidemiologia**: É mais frequente em mulheres.
- **Comorbidades**: Está geralmente associada ao transtorno de pânico e pode apresentar sintomas depressivos, obsessivos e fobias sociais.
- **Curso clínico**: Geralmente começa na vida adulta, e sua gravidade é bem variável, sendo o mais incapacitante dos transtornos fóbicos. Quando não tratada, frequentemente se torna crônica, embora usualmente flutuante.
- **Tratamento**: A resposta ao tratamento medicamentoso não é tão eficaz. Apresenta, geralmente, uma boa resposta à Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) e também a outras abordagens psicoterapêuticas.

Fobias Sociais

- **Sintomas**: Caracteriza-se pelo medo de expor-se a outras pessoas mesmo em pequenos grupos, levando a uma evitação das situações sociais em que o paciente imagina que sua performance pode ser avaliada. Podem ser restritas a algumas situações como falar ou escrever em público. As queixas mais frequentes são: rubor, tremores nas mãos, náuseas ou urgência miccional.
- **Epidemiologia**: A prevalência vitalícia é de 2,7% da população geral (Kay & Tasman, 2002). Aparecem em frequência semelhante entre homens e mulheres.
- **Comorbidades**: Estão usualmente associadas à baixa autoestima e ao medo de críticas. É frequente sua correlação com o uso abusivo de bebida alcoólica e também com a depressão e outros transtornos de ansiedade.
- **Curso clínico**: Frequentemente inicia-se na adolescência. Pode ter períodos de agravamento e de melhora. (Kay & Tasman, 2002).
- **Tratamento**: Tem uma boa resposta ao tratamento medicamentoso associado com a psicoterapia, especialmente com a TCC. É importante fazer um diagnóstico diferencial com o Transtorno de Personalidade Evitativa, pois este praticamente não responde à farmacoterapia.

Fobias específicas (isoladas)

- **Sintomas**: São fobias restritas a situações específicas, como por exemplo, determinados animais, altura, trovão, escuridão, voar, espaços fechados, comer alimentos específicos, dentistas, visão de sangue ou ferimentos, exposição a determinadas doenças. Mesmo o pequeno contato com essas situações evoca pânico. Assim, os prejuízos na vida do paciente são inversamente proporcionais à possibilidade da evitação da situação fobiogênica.
- **Epidemiologia**: A prevalência na população geral é de 7,2 a 11,3%. É duas vezes mais frequente em mulheres. A prevalência declina na velhice (APA, 2002).
- **Curso clínico**: A idade média de início varia de acordo com o tipo de fobia, variando entre a infância até o início da idade adulta (Kay & Tasman, 2002). Comorbidades não são frequentes. As fobias que persistem na vida adulta raramente têm remissão.
- **Tratamento**: Psicoterapia associada a tratamento medicamentoso.

5.2.5.2. Outros transtornos ansiosos

Transtorno do Pânico

- **Sintomas**: Caracterizado por ataques recorrentes de ansiedade grave, de início súbito e sem motivação e com duração de poucos minutos. Apresentam palpitações, dor no peito, tontura, despersonalização ou desrealização, dormência, falta de ar, medo de perder o controle ou enlouquecer e sensação de morte iminente. Frequentemente há a procura por uma saída para um lugar mais seguro e a evitação dos lugares e situações em que teve a crise.
- **Epidemiologia**: 1 a 2% da população geral. Nos consultórios de cardiologia chega a 60%. Os ataques apresentam a mesma incidência entre homens e mulheres, embora a associação com a agorafobia aconteça de duas a quatro vezes mais em mulheres (APA, 2002).
- **Comorbidade**: De um terço à metade dos indivíduos com transtorno do pânico têm agorafobia. É frequente estar associado a outros transtornos ansiosos e à depressão.
- **Curso clínico**: Sua frequência e curso são variáveis. A idade de início varia muito. Pode apresentar um pico no final da adolescência e outro na faixa dos 30 anos. A evolução geralmente é crônica, porém flutuante. O prognóstico torna-se pior quando acompanhado por agorafobia (APA, 2002).
- **Tratamento**: É indicada uma terapia mais focal, como a TCC, e/ou medicamentos. A psicoeducação é fundamental.

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

- **Sintomas**: É uma ansiedade generalizada e persistente, e os sintomas dominantes são variáveis, podendo haver sentimentos contínuos de nervosismo, preocupações exacerbadas, pensamentos catastróficos, tremores, tensão muscular, sudorese, sensação de cabeça leve, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico.
- **Epidemiologia**: É um dos transtornos psiquiátricos mais comuns, dentre os de ansiedade é o mais encontrado. Atinge entre 4,1 a 6,6% da população geral (Kay & Tasman, 2002).
- **Comorbidade**: É frequente a comorbidade com as fobias e transtorno do pânico, depressão, alcoolismo e transtornos de personalidade.

- **Curso clínico**: O curso é variável, mas tende a ser flutuante e crônico. Costuma provocar prejuízo moderado na vida do paciente (Kay & Tasman, 2002).
- **Tratamento**: As formas leves podem responder bem a intervenções psicológicas simples e não necessitam de tratamento medicamentoso. As formas mais severas demandam farmacoterapia e psicoterapia.

5.2.5.3. Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

- **Sintomas**: O aspecto essencial são pensamentos obsessivos (ideias, imagens ou impulsos que "entram na mente" repetida e involuntariamente) e atos compulsivos recorrentes (comportamentos estereotipados que se repetem numa tentativa de neutralizar o pensamento obsessivo). O paciente tem consciência da inadequação dos pensamentos e atos, tenta resistir, mas não tem controle sobre eles. Seus pensamentos, embora indesejáveis e, muitas vezes, repugnantes, são reconhecidos como próprios. Os rituais mais comuns são: checagem, limpeza, simetria, evitação (por medo de contaminação), todos se apresentando de forma exagerada ou estereotipada e reconhecidos como despropositados.
- **Epidemiologia**: É igualmente comum entre homens e mulheres. A prevalência é de 2,5% na população geral (APA, 2002; Kay & Tasman, 2002).
- **Comorbidade**: É frequente a comorbidade com depressão, transtorno de Tourette, outros transtornos de ansiedade e transtorno de personalidade anancástica.
- **Curso Clínico**: O início acontece comumente na adolescência e no início da idade adulta, podendo aparecer durante a infância; é mais precoce nos homens. A maioria tem curso crônico com exacerbações em períodos relacionados a estresse (APA, 2002).
- **Tratamento**: Terapias farmacológicas associadas à psicoterapia mais focal (TCC) são eficazes. Para pacientes severamente incapacitados, considerar a psicocirurgia.

5.2.5.4. Reação a Estresse Grave e Transtornos de Ajustamento

Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)

Surge "como uma resposta tardia e/ou protraída a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de uma natureza excepcionalmente amea-

çadora ou catastrófica, a qual provavelmente causa angústia invasiva em quase todas as pessoas" (OMS, 1993, p. 145).

- **Sintomas**: Episódios de repetidas revivescências do trauma sobre forma de memórias intrusas (*flashbacks*) ou sonhos, ocorrendo contra o fundo persistente de uma sensação de entorpecimento e embotamento emocional, afastamento de outras pessoas, falta de responsividade ao ambiente, anedonia e evitação de atividades e situações recordativas do trauma, medo e evitação de indicativos que relembrem o trauma original, estado de hiperexcitação autonômica com hipervigilância, reação de choque aumentada.
- **Epidemiologia**: A prevalência durante a vida é de aproximadamente 8% da população adulta dos Estados Unidos. No caso de indivíduos expostos a situações de risco pode chegar a mais da metade deles (APA, 2002).
- **Comorbidade**: Comumente associadas a este transtorno estão a ansiedade e a depressão. Pode apresentar ideação suicida.
- **Curso Clínico**: O início segue o trauma com o período de latência que pode variar de poucas semanas a meses. Pode ocorrer em qualquer idade. O curso é flutuante, mas a recuperação acontece na maioria dos casos. Em uma pequena proporção de indivíduos, o curso se torna crônico por muitos anos ou altera permanentemente a personalidade, neste caso denominado Alteração Permanente da Personalidade após Doença Psiquiátrica.
- **Tratamento**: é indicada Terapia Cognitivo-Comportamental com aplicação de técnicas de controle da ansiedade, treinamento de inoculação de estresse e psicoeducação. Dependendo da gravidade dos sintomas faz-se necessária a utilização de medicamentos.

Outros transtornos

Reação Aguda ao Estresse; Transtorno de Ajustamento (no DSM-IV-TR, aparece como Transtorno de Adaptação).

5.2.5.5. Transtornos Dissociativos (ou Conversivos)

Os transtornos dissociativos recebiam até a CID-9 o nome de histeria. São incluídos pelo DSM-IV-TR na categoria dos transtornos somatoformes.

Os transtornos dissociativos têm origem psicogênica e estão intimamente associados a eventos traumáticos, problemas insolúveis e intoleráveis ou relacionamentos perturbados. Afetos desprazerosos relacionados a esses conflitos, insolúveis ao paciente, são transformados em sintomas. Esses pacientes apresentam frequentemente negação de problemas e dificuldade em estabelecer a correlação dos sintomas com fatores psicológicos.

São eles: amnésia dissociativa; fuga dissociativa; esturpor dissociativo; transtornos motores dissociativos; convulsões dissociativas; anestesia e perda sensorial dissociativas; síndrome de ganser; e transtorno de personalidade múltipla.

- **Sintomas**: Apresentam uma perda parcial ou completa de integração normal entre as memórias do passado, consciência de identidade e sensações imediatas e controle dos movimentos corporais. Não estão presentes a despersonalização nem a desrealização. Apenas aspectos limitados da identidade social são usualmente afetados. Os sintomas específicos dependem do tipo de transtorno, mas estão comumente presentes: dor crônica, sudorese, palpitações, fadiga crônica, tosse, prurido, diarreia, flatulência, disfagia.
- **Epidemiologia**: Tem sido relatado com maior frequência em populações rurais, indivíduos com situação socioeconômica inferior e indivíduos menos familiarizados com conceitos médicos e psicológicos. Parece ser mais frequente em mulheres do que em homens, com taxas variando de 2:1 a 10:1. A incidência geral relatada é amplamente variável, entre 11:100.000 e 500:100.000 (APA, 2002).
- **Curso clínico**: O início e o término dos estados dissociativos são frequentemente súbitos, e tendem à remissão em poucas semanas ou meses. Estados mais crônicos, particularmente paralisias e anestesias, podem desenvolver-se quando associados a problemas insolúveis ou dificuldades interpessoais. Seu curso é flutuante e variado.
- **Tratamento**: É indicado tratamento psicoterápico e, se necessário, medicamentoso. A psicoeducação é fundamental. É importante destacar que estados dissociativos prolongados por mais de um ou dois anos e sem tratamento psiquiátrico são frequentemente resistentes à terapia (OMS, 1993).

5.2.5.6. Transtornos Somatoformes

O aspecto principal destes transtornos é a apresentação repetida de sintomas físicos com solicitações persistentes de investigações médicas, apesar da ausência de achados clínicos e laboratoriais que justifiquem a sintomatologia descrita pelo paciente. Há clara correlação etiológica com fatores psicológicos (estresse grave), seja causando ou agravando a doença ou interferindo na sua evolução.

Alguns fatores predispõem a pessoa à somatização: alguns tipos específicos de personalidade, história de vida, mecanismos de defesa utilizados pelo ego nos conflitos emocionais e o grau de desenvolvimento emocional alcançado.

Os principais transtornos são:

Transtorno Hipocondríaco

- **Sintomas**: o paciente apresenta preocupação persistente com a possibilidade de ter um ou mais transtornos físicos sérios e progressivos ou um processo mórbido com consequências incapacitantes; manifesta queixas somáticas persistentes ou preocupação excessiva com sua aparência física. Sensações ou aparências normais ou banais são muitas vezes interpretadas como anormais e angustiantes, e a atenção é usualmente focalizada em apenas um ou dois órgãos ou sistema do corpo. Não apresenta delírios fixos sobre funções ou forma corporal (Pereira, 2010).
- **Epidemiologia**: Não há diferença marcante quanto à incidência por sexo nem conotações familiares especiais. Raramente tem início em pessoas com mais de 50 anos. A prevalência na população geral é desconhecida; na prática médica geral, é de 1% a 5% (APA, 2002).
- **Comorbidade**: Depressão e ansiedade marcantes estão normalmente associadas a este transtorno e demandam diagnóstico e tratamento adicionais específicos.
- **Curso clínico**: Tanto os sintomas deste transtorno quanto a incapacidade gerada por ele (cujo grau é muito variável) apresentam curso em geral crônico e flutuante. Pode iniciar em qualquer idade, supostamente com maior frequência no adulto jovem (OMS, 1993; APA, 2002).
- **Tratamento**: É indicada psicoterapia, principalmente a Terapia Cognitivo-Comportamental, e, se necessário, farmacoterapia.

Outros transtornos

Transtorno de Somatização; Transtorno Doloroso Somatoforme Persistente.

5.2.6. Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos

As síndromes associadas a transtornos fisiológicos e fatores físicos incluem os transtornos alimentares; os transtornos não orgânicos do sono; disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica; entre outros.

5.2.6.1. Transtornos alimentares

São caracterizados por preocupação exagerada com o próprio peso e com o comportamento alimentar, causando prejuízo na saúde física e nas relações interpessoais.

Anorexia nervosa

- **Sintomas**: É uma perturbação profunda da percepção da imagem corporal com busca incessante de tornar-se magro(a), resultando em acentuada perda de peso, que pode chegar à inanição. O paciente se considera gordo, disforme, apesar de toda evidência do contrário. O peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado. O termo anorexia, embora consagrado, é inadequado, uma vez que não existe perda do apetite, exceto nas fases finais da doença.
- **Etiologia**:

  Embora as causas fundamentais da anorexia nervosa permaneçam imprecisas, há evidência crescente de que a interação sociocultural e fatores biológicos contribuem para sua causação, assim como mecanismos psicológicos menos específicos e uma vulnerabilidade de personalidade. O transtorno é associado a desnutrição de gravidade variável, resultando em alterações endócrinas e metabólicas e perturbações de função corporal secundárias (OMS, 1993, p. 173).
- **Epidemiologia**: A prevalência na população geral é de 0,5% (Kay & Tasman, 2002). Mais comum em pessoas de classes sociais mais elevadas e em profissões relacionadas com a imagem corporal como em modelos, bailarinos e jóqueis. É dez vezes mais frequente no sexo feminino.
- **Comorbidades**: Cerca de 30% a 40% dos pacientes apresentam também bulimia nervosa (Amaral, 2010).
- **Curso clínico**: A evolução é variável. Inicia, em geral, na adolescência, gerando alterações e atraso no desenvolvimento psicossocial e menor interesse por sexo. A perda de peso inicial é mantida em segredo, o

paciente nega e resiste aos sintomas. Pode haver remissão, um único surto ou cronificação. O prognóstico é reservado. A taxa de mortalidade é de 5% a 18% em decorrência de alterações metabólicas (Amaral, 2010).

- **Tratamento**: Tem como objetivo a conscientização da doença, a restauração do corpo e a prevenção de recaída. Deve-se avaliar e tratar as consequências clínicas. A família do paciente deve envolver-se no tratamento, e é fundamental o aspecto psicoeducacional. Psicoterapia individual e em grupo são indicadas. O tratamento medicamentoso depende das manifestações clínicas, podendo usar antidepressivos, ansiolíticos e neurolépticos; a ciproeptadina tem sido testada objetivando ganho de peso.

Bulimia nervosa

- **Sintomas**: Episódios repetidos e incontroláveis de ingestão exagerada de alimentos, seguidos de comportamentos compensatórios: vômitos autoinduzidos, abuso de laxante ou diurético, jejuns prolongados e exercícios intensos. Apesar da preocupação intensa com o peso, este geralmente se mantém na normalidade. Percebe-se baixa autoestima, traços de caráter impulsivo e autoexpectativa elevada.
- **Epidemiologia**: A incidência é dez vezes maior no sexo feminino. Afeta cerca de 1% a 4% da população jovem (Kay & Tasman, 2002).
- **Comorbidades**: Em cerca de 30% dos casos, há história anterior de anorexia nervosa, frequentemente associada a transtorno de ansiedade e do humor. É comum a associação com abuso de drogas, álcool e transtorno de personalidade.
- **Curso clínico**: As manifestações clínicas podem iniciar-se após períodos de dietas para emagrecimento. Períodos de exacerbação e melhora dos sintomas, com curso crônico. Apresenta difícil aderência ao tratamento.
- **Tratamento**: Conscientização da doença, envolvimento familiar, psicoterapia individual (preferencialmente comportamental-cognitiva) e de grupo (com abordagem psicoeducacional e temáticos) e tratamento psicofarmacológico, principalmente antidepressivo (Amaral, 2010).

5.2.6.2. Disfunção Sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica

O indivíduo sente-se incapaz de participar de um relacionamento sexual como desejaria. Na resposta sexual há um envolvimento psicológico e somático cujos distúrbios causam suas disfunções (OMS, 1993). São transtornos relacionados a uma fase particular do ciclo de resposta sexual, e os principais estão listados na tabela a seguir.

TABELA 5.3 – PRINCIPAIS TRANSTORNOS RELACIONADOS A RESPOSTA SEXUAL

Fase	Características	Principais Transtornos (CID-10)
1 – Fase do desejo	Fantasias sexuais e desejo de praticar sexo.	• Falta ou perda do desejo sexual; • Aversão sexual e falta de prazer.
2 – Fase de excitação	Alterações fisiológicas concomitantes a sensação subjetiva de prazer.	• Falha na resposta genital; • Dispaurenia (dor antes, durante ou depois da relação sexual); • Vaginismo (constrição muscular involuntária da vagina que evita a inserção peniana); • Impulso sexual excessivo.
3 – Orgasmo	Clímax de prazer sexual, liberação da tensão e contração rítmica dos músculos perineais e dos órgãos reprodutivos.	• Disfunção orgásmica; • Ejaculação precoce.
4 – Resolução	Relaxamento e bem-estar após o orgasmo. É seguido de período refratário nos homens e não nas mulheres, que são capazes de orgasmos múltiplos.	• Disforia pós-coital; • Cefaleia pós-coital. (Estes dois transtornos foram acrescentados pelas autoras.)

- **Etiologia**: Uma combinação de fatores psicológicos, culturais e orgânicos. Os conflitos psicológicos superficiais são os mais frequentes causadores das disfunções, como a ansiedade acerca da sexualidade e do desempenho, a preocupação excessiva em agradar o parceiro e as inibições culturais leves. A repressão sexual precoce e os preconcei-

tos podem levar ao medo de envolvimentos afetivos mais profundos e dificuldade com a intimidade. Conflitos parentais precoces também repercutem nesta área.

- **Comorbidade**: As disfunções sexuais são frequentes nos quadros depressivos e ansiosos.
- **Curso clínico**: Depende da etiologia. Se o fator desencadeante for solucionado (depressão ou uso de determinados medicamentos, por exemplo), a disfunção pode se reverter definitivamente. Em outros casos pode ser necessário um acompanhamento a médio e longo prazo.
- **Tratamento**: A maioria dos pacientes que buscam um tratamento especifico pode beneficiar-se com as orientações gerais citadas a seguir. Apenas uma pequena porcentagem necessitará de terapia individual e/ou de terapia conjugal. As orientações são as seguintes: redução da ansiedade sexual; maior conhecimento sobre as respostas sexuais e sensuais; redução da raiva e ambivalência em relação ao parceiro; aquisição de novas técnicas sensuais e sexuais; maior comunicação entre os parceiros; exclusão de pensamentos não eróticos durante o ato sexual; aceitação de fantasias eróticas; diminuição da primazia dada ao orgasmo; compreensão da disfunção sexual como um produto do casal; considerar a idade, o contexto de vida pessoal e o interesse sexual antes do início do distúrbio; deve-se descartar sempre outra patologia que justifique a disfunção; o médico deve ouvir sem críticas ou julgamentos e encaminhar para a psicoterapia; é importante reforçar a ideia de que os transtornos da sexualidade provavelmente estão associados a experiências traumáticas na infância e, para lidar com isso, é necessário um profissional da área psi que tenha muita competência; afastar as causas orgânicas e tratar as comorbidades.

5.2.7. Transtornos de personalidade e de comportamentos em adultos

Os transtornos de personalidade e comportamento em adultos "incluem uma variedade de condições e de padrões de comportamento clinicamente significativos, os quais tendem a ser persistentes e são a expressão do estilo de vida e do modo de se relacionar, consigo mesmo e com os outros, característicos de um indivíduo", ou seja, expressam o jeito de ser do indivíduo (OMS, 1993, p. 196).

- **Sintomas**: Abrangem padrões de comportamento profundamente arraigados, permanentes e estáveis, variando de acordo com o tipo de

personalidade. Estão frequentemente, mas não sempre, associados a graus variados de angústia subjetiva e a problemas no funcionamento e desempenho sociais. É importante contar com uma quantidade maior de entrevistas que o habitual, incluindo o contato com informantes (familiares, companheiros ou amigos do paciente), para formulação do diagnóstico.

- **Epidemiologia**: Prevalência na população geral de 5% (Silva, 2005).
- **Curso clínico**: Aparecem na infância ou adolescência e continuam pela vida adulta. Frequentemente os transtornos de personalidade do grupo B (conforme o DSM-IV-TR, 2002) apresentam um abrandamento dos sintomas com a idade. Um dado importante para o diagnóstico é a idade, já que não se costuma falar em transtorno de personalidade em crianças e adolescentes de até 17 anos, uma vez que sua personalidade está em formação. Nesse caso, utiliza-se o termo Transtorno de Conduta.
- **Comorbidade**: Não são secundários a um outro transtorno mental ou doença cerebral, embora possam preceder ou coexistir com outros transtornos.
- **Tratamento**: Não existe tratamento medicamentoso específico, mas deve-se atentar para as comorbidades que podem ser tratadas. O uso da medicação para diminuir as alterações comportamentais pode ser benéfico. Atualmente, estabilizadores de humor têm sido usados, principalmente nos transtornos de personalidade do grupo B (segundo o DSM-IV-TR, 2002), para conter a impulsividade e a labilidade de humor. A psicoterapia é o tratamento de escolha, mas deve haver um desejo por parte do paciente para aderir ao tratamento.

5.2.7.1. Transtornos específicos de personalidade

Existem, conforme o quadro a seguir, algumas diferenças entre as classificações dos transtornos de personalidade segundo a CID-10 (OMS, 1993) e o DSM-IV-TR (APA, 2002). Neste, estão descritos dez tipos de transtornos de personalidade. Na CID-10 são apresentados apenas oito, sendo que um deles é subdividido em dois (o transtorno de personalidade emocionalmente instável divide-se em tipo impulsivo, que não tem correspondência específica no DSM-IV-TR, e o tipo *borderline*). Já a personalidade narcisista do DSM-IV-TR não aparece especificada

na CID-10, embora seja semelhante ao emocionalmente instável. O transtorno esquizotípico (do DSM-IV-TR) entra no grupo de transtornos delirantes.

Apresentamos o quadro com os transtornos de personalidade e suas principais características segundo a CID-10 (OMS, 1993).

TABELA 5.4 – PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE APRESENTADOS NA CID-10

Transtornos de Personalidade	**Características** (para caracterização do transtorno é, em geral, requerida a existência clara de pelo menos três dos traços ou comportamentos descritos a seguir)
Paranoide	Sensibilidade excessiva a contratempos e rejeições; tendência a guardar rancores persistentemente; desconfiança e tendência invasiva a distorcer ações neutras ou amistosas como hostis ou desdenhosas; combativo e obstinado senso de direitos pessoais em desacordo com a situação real; suspeitas recorrentes e sem justificativa com respeito à fidelidade do parceiro sexual; autovalorização excessiva, manifesta por persistente autorreferência; explicações "conspiratórias" e não substanciadas dos eventos ao seu redor e no mundo.
Esquizoide	Poucas ou nenhuma atividade produz prazer; frieza emocional, afetividade distanciada ou embotada; capacidade limitada para expressar sentimentos calorosos, ternos ou raiva com os outros; indiferença aparente a elogios ou críticas; pouco interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa; preferências por atividades solitárias (inclusive as sexuais); preocupação excessiva com fantasia e introspecção; falta de relacionamentos íntimos e de desejo por estes; insensibilidade marcante para com normas e convenções sociais predominantes.
Antissocial Inclui: Transtorno de personalidade psicopática e sociopática	Indiferença/insensibilidade aos sentimentos alheios; irresponsabilidade e desrespeito por normas, regras e obrigações sociais; incapacidade de manter relacionamento, embora não haja dificuldade em estabelecê-los; muito baixa tolerância à frustração e baixo limiar para descarga de agressão/violência; incapacidade de experimentar culpa e de aprender com a experiência/punição; propensão a culpar os outros; é comum apresentar transtorno de conduta durante a infância ou adolescência; irritabilidade persistente pode aparecer como um aspecto associado.

Emocionalmente instável	Tendência marcante em agir impulsivamente sem considerar as consequências; instabilidade afetiva; capacidade de planejamento mínima e acessos intensos de raiva podem levar à violência/explosões comportamentais, facilmente precipitadas pela crítica ou impedimento de seus atos impulsivos; falta de autocontrole. Duas variantes deste transtorno são:
	Tipo Impulsivo: Instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; violência ou comportamento ameaçador diante de críticas.
	Tipo *borderline* (limítrofe): Inclui: Transtorno de personalidade borderline Estão presentes várias características da instabilidade emocional; quando adicto, apresenta frequentemente perturbação ou falta de clareza na autoimagem, objetivos e preferências internas (inclusive sexual); sentimentos crônicos de vazio; propensão a envolver-se em relacionamentos intensos e instáveis, causando-lhes repetidas crises emocionais associadas; pode apresentar esforços excessivos para evitar o abandono e ameaças de suicídio e/ou atos de autolesão.
Histriônica Inclui: Transtorno de personalidade histérica e psicoinfantil	Autodramatização, teatralidade, expressão exagerada das emoções; sugestionabilidade; afetividade superficial e lábil; busca contínua de excitação, apreciação pelos outros e de ser o "centro das atenções"; sedução inapropriada; preocupação excessiva com atratividade física; pode apresentar associadamente autoindulgência, egocentrismo, comportamento manipulativo persistente para alcançar seus objetivos.
Anancástica Inclui: Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva	Sentimentos de dúvida e cautela excessivas; preocupação com detalhes, regras, organização, listas; perfeccionismo que interfere na conclusão das tarefas; rigidez e teimosia; consciencioso em excesso; escrupulosidade e preocupação indevida com produtividade, excluindo prazer e relações interpessoais; pedantismo e aderência excessivos às convenções sociais; intrusão de pensamentos ou impulsos insistentes e inoportunos; insistência desmedida para que os outros se submetam exatamente à sua maneira de fazer as coisas ou relutância em permitir que os outros façam.

Ansiosa (de evitação)	Sentimentos invasivos e persistentes de tensão/apreensão; crença de ser socialmente inepto, pessoalmente desinteressante ou inferior aos outros, gerando relutância em envolver-se com pessoas; medo/preocupação excessiva em ser criticado ou rejeitado, evitando assim atividades sociais/ocupacionais que envolvam contato interpessoal significativo; restrições no estilo de vida devido à necessidade de segurança física.
Dependente Inclui: Transtorno de personalidade passiva e autoderrotista	Encorajar ou permitir a outros tomarem a maioria das importantes decisões de sua vida; subordinação de suas próprias necessidades às dos outros, de quem é dependente, e aquiescência aos desejos destes; relutância em fazer exigências, mesmo que razoáveis, às pessoas das quais depende; sentimento de desconforto/desamparo quando sozinho por medo exagerado de incapacidade de autocuidar-se; preocupação em ser abandonado e deixado para cuidar de si próprio; dificuldade de tomar decisões cotidianas sem um excesso de conselhos/reasseguramento pelos outros.

Fonte: Baseada em OMS, 1993.

No DSM-IV-TR estão citados dez transtornos de personalidade, divididos em três grupos com algumas características em comum, conforme a tabela a seguir.

TABELA 5.5 – GRUPOS DE TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE CONFORME O DSM-IV-TR

Grupo	Transtornos de Personalidade	Principais características
A	Paranoide, Esquizoide e Esquizotípica.	Frequentemente parecem "esquisitos" ou "excêntricos".
B	Antissocial, *Borderline*, Histriônica e Narcisista.	Mostram-se dramáticos, emotivos e imprevisíveis.
C	Dependente, Obsessivo-compulsivo e Esquiva.	Geralmente são ansiosos ou medrosos.

Fonte: Baseada em APA, 2002.

É importante conhecer, além das principais características de cada um dos transtornos de personalidade, como cada tipo percebe a si mesmo, como vê os outros, quais as crenças básicas utilizadas e quais as estratégias de adaptação adotadas. Para isso apresentamos a seguinte tabela, baseada em Beck (2005), desta vez orientada pelos tipos de transtornos de personalidade descritos no DSM-IV-TR (APA, 2002).

TABELA 5.6 – CARACTERÍSTICAS DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE CONFORME DSM-IV-TR

Transtorno de Personalidade	Sintomas	Visão do *self*	Visão dos outros	Principais crenças	Principais estratégias
Esquiva	Sentimento persistente de tensão/apreensão, de insuficiência pessoal e de inferioridade. Excessiva preocupação com crítica ou rejeição, causando evitação de contato interpessoal.	Vulnerável à rejeição; socialmente inepto; incompetente.	Críticos; exigentes; superiores.	"É terrível ser rejeitado, desprezado". "Se as pessoas conhecessem o meu 'verdadeiro' eu, elas me rejeitariam". "Não posso tolerar sentimentos desagradáveis".	Evitar situações de avaliação. Evitar sentimentos ou pensamentos desagradáveis.
Dependente	Dificuldade de tomar decisões, deixando para que os outros a tomem. Sensação persistente de desamparo, incompetência e falta de vigor.	Carente; frágil; incapaz; incompetente.	Idealizada: nutridores; apoiadores; competentes.	"Eu preciso das pessoas para sobreviver, ser feliz". "Eu preciso ter uma fonte constante de apoio, de encorajamento".	Cultivar relacionamentos dependentes.
Obsessivo-Compulsiva	Perfeccionista, preocupação com detalhes, regras, listas, ordem, organização. Tendência a ser rígido, teimoso e procrastinador.	Responsável; confiável; meticuloso; competente.	Irresponsáveis; casuais; incompetentes; autoindulgentes.	"Eu sei o que é melhor". "Os detalhes são cruciais". "As pessoas *deveriam* fazer melhor, se esforçar mais".	Aplicar regras. Perfeccionismo. Avaliar, controlar o que *deveria* fazer, criticar, punir.
Paranoide	Traços de desconfiança devido a interpretações distorcidas da realidade e, com isso, atuações desproporcionais e hostis. Sensibilidade excessiva à rejeição e à frustração, experiência de rancores que perpetuam.	Cheio de razão; inocente; nobre; vulnerável.	Interferentes; maliciosos; discriminadores; abusivos.	"Os motivos dos outros são suspeitos". "Preciso estar sempre em guarda". "Eu não posso confiar nas pessoas".	Ser cauteloso. Procurar motivos ocultos. Acusar, contra-atacar.

Transtorno de Personalidade	Sintomas	Visão do *self*	Visão dos outros	Principais crenças	Principais estratégias
Antissocial	Irresponsabilidade e desrespeito por normas/regras/obrigações sociais. Incapacidade de sentir culpa e de aprender com as punições. Desconsideração pelo outro. Facilidade para estabelecer relacionamentos, embora não os mantenha.	Solitário; autônomo; forte.	Vulneráveis; exploradores.	"Eu tenho direito de *quebrar* regras". "Os outros são otários, covardes". "Eu sou melhor do que os outros".	Atacar, roubar, enganar, manipular.
Borderline	Autoimagem, objetivos e preferência interna pouco clara ou perturbada. Relacionamentos instáveis com crises emocionais repetidas. Reações inadequadas à ideia de abandono com frequentes ameaças de suicídio e atos de automutilação.	Vulnerável (à rejeição, traição, dominação); destituído do apoio emocional necessário; desamparado; fora de controle; defeituoso; indigno de amor; mau.	Idealizada: poderosos, amorosos, perfeitos. Ou desvalorizada: rejeitadores, controladores, traidores, abandonadores.	"Não consigo enfrentar nada sozinho". "Preciso de alguém em quem confiar". "Não tolero sentimentos desagradáveis". "Se confiar em alguém serei maltratado, considerado insignificante e me abandonarão". "A pior coisa possível seria o abandono". "É impossível me controlar". "Eu mereço ser punido".	Subjugar as próprias capacidades. Mostrar necessidades para manter conexão. Protestar dramaticamente, ameaçar ou tornar-se punitivo em relação àqueles que sinalizam possível rejeição. Aliviar a tensão por meio da automutilação e do comportamento autodestrutivo. Tentar o suicídio como escape.
Narcisista	Padrão global de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia. Idealizam seu sucesso, poder, inteligência e beleza. Acreditam ser superiores, especiais ou únicos e esperam ser reconhecidos como tal.	Especial; único; merecedor de regras especiais. Acima das regras.	Inferiores; admiradores.	"Já que sou especial, eu *mereço* regras especiais". "Eu estou acima das regras". "Eu sou melhor do que os outros".	Usar os outros. Transcender as regras. Manipular, competir.

Transtorno de Personalidade	Sintomas	Visão do *self*	Visão dos outros	Principais crenças	Principais estratégias
Histriônica (Histérica)	Teatralidade, dramatização, superficialidade nos sentimentos e nas relações. Sedutor, monopolizador, busca ser o centro das atenções. São facilmente influenciáveis por outros ou por circunstâncias.	Glamouroso; impressionante.	Seduzíveis; receptivos; admiradores.	"As pessoas estão aqui para me servir ou admirar". "As pessoas não têm direito de me negar o que eu mereço". "Devo seguir meus sentimentos".	Usar dramaticidade, charme. Ter ataques de raiva, chorar. Comportamentos suicidas.
Esquizoide	Frieza emocional, distanciamento afetivo. Não usufruem do prazer de maneira geral. Reduzido interesse sexual. Tendência ao isolamento. Irresponsabilidade, insensibilidade e menosprezo por normas e convenções.	Autossuficiente; solitário.	Intrusivos.	"Os outros são frustrantes". "Os relacionamentos são complicados, indesejáveis".	Isolamento social
Esquizotípica	Padrão global de déficits sociais e interpessoais. Reduzida capacidade para relacionamentos íntimos. Distorções cognitivas e comportamento excêntrico. Crenças bizarras, ideias de referência, desconfiança, ausência de amigos íntimos.	Irreal, isolado, solitário. Vulnerável, socialmente conspícuo. Sobrenaturalmente sensível e talentoso.	Não confiáveis. Malevolentes.	(Pensamento idiográfico, peculiar, supersticioso, mágico. Por exemplo: crenças na clarividência, telepatia ou sexto sentido são centrais na estrutura de crenças). "É melhor ficar isolado dos outros".	Ficar atento e neutralizar a atenção malevolente dos outros. Isolar-se. Estar vigilante quanto às forças ou eventos sobrenaturais.

Fonte: Baseada em APA, 2002.

5.2.7.2. Transtornos de identidade sexual

Transexualismo	Desejo de viver e ser aceito como uma pessoa do sexo oposto, podendo levar a tratamentos hormonais e cirurgias.
Transvestismo de duplo papel	Uso de roupas do sexo oposto, mas sem desejo de mudança permanente de sexo.
Transtorno de identidade sexual *na infância*	Inicia na primeira infância, é caracterizado por uma angústia com relação ao sexo designado e um desejo de ser do outro sexo.

5.2.7.3. Transtornos de preferência sexual (Parafilias)

Fetichismo	É a necessidade de objetos como estímulo para excitação e satisfação sexual. Geralmente o fetiche é um objeto relacionado ao corpo humano (Ex. sapatos, calcinhas ou meias femininas) que está associado com a infância do paciente. Normalmente inicia-se na adolescência e torna-se crônico. É bem mais frequente nos homens.
Transvestismo fetichista	É a utilização de roupas do sexo oposto para a excitação sexual. É comum ser uma fase precoce nos casos de transexualismo.
Exibicionismo	É o impulso e desejo recorrente de expor os genitais a uma pessoa estranha ou em lugar público. É normalmente seguido de masturbação. Mais frequente nos homens.
Voyeurismo	É a tendência recorrente ou persistente a olhar pessoas nuas, despindo-se ou em atividades sexuais. Também é mais frequente nos homens e usualmente leva a excitação sexual e masturbação.
Pedofilia	Intenso e recorrente impulso ou excitação sexual por crianças. Geralmente ocorrem molestações a crianças sem penetração. É mais frequente nos homens, sendo que 95% deles são heterosexuais e 50% consumiram álcool em excesso no momento do abuso.
Sadomasoquismo	É a preferência por atividade sexual envolvendo dor ou humilhação. Masoquista é o que sofre a dor e sádico o que a executa. Chega a ser patológico, dependendo da intensidade.

Outras parafilias menos frequentes	Escatologia telefônica (prazer com telefonemas obscenos), necrofilia (obsessão por gratificação sexual com cadáveres), zoofilia (com animais), coprofilia (prazer sexual associado ao desejo de defecar sobre o parceiro) ou urofilia (urinar) e hipoxifilia (alteração do estado de consciência devido à hipóxia durante o orgasmo).

Fonte: Baseada em capítulo de Pereira, 2010.

Pereira (2010) considera também como Parafilia a **masturbação** (obtenção de prazer sexual sozinho, autoerotismo), quando esta é constantemente preferida ao sexo com o parceiro ou quando for o único tipo de atividade sexual realizada. A CID (OMS, 1993) a considera como anormal, quando inclui comumente práticas extremas como introdução de objetos no reto ou uretra peniana, autoestrangulamento.

- **Epidemiologia**: Dentre as parafilias, a pedofilia é a mais comum. Dez a 20% das crianças foram molestadas e 20% das mulheres adultas já foram alvo de exibicionistas ou voyeurs. É duas vezes mais frequente nos homens que nas mulheres. Mais de 50% das parafilias iniciam-se antes dos 18 anos de idade, atingem um pico entre 15 e 25 anos e declina gradualmente com a idade (Pereira, 2010).
- **Comorbidade**: É frequente a associação com transtorno de personalidade, oligofrenia e esquizofrenia.
- **Etiologia**: A teoria psicanalítica relaciona as parafilias ao fracasso em resolver a crise edipiana por causa da identificação com o pai ou a mãe, levando a uma inadequada escolha do objeto de desejo sexual. Outras teorias associam as parafilias a experiências sexuais precoces inadequadas ou abuso sexual na infância. Os fatores orgânicos ainda não foram comprovados como causais, mas observou-se uma incidência mais alta de alterações nos níveis hormonais (Pereira, 2010).
- **Diagnóstico diferencial**: É necessário diferenciar uma parafilia de uma experiência sexual isolada e não compulsiva. Algumas vezes fazem parte de outro transtorno mental, especialmente as mais bizarras.
- **Curso clínico**: Associado ao mau prognóstico: início precoce; alta frequência dos atos; ausência de culpa ou vergonha; abuso de substâncias psicoativas; presença de transtorno de personalidade grave. Associado

ao bom prognóstico: história de relação sexual normal além da parafilia; motivação para mudança; busca espontânea do tratamento.

- **Tratamento**: O mais indicado é a psicoterapia orientada para o *insight*. Tornar-se consciente dos fatores desencadeantes e compreender a causa da parafilia é o primeiro passo para a mudança. A terapia comportamental tenta interromper o padrão parafílico através de estímulos aversivos. A medicação está indicada quando há comorbidades (antipsicóticos ou antidepressivos). Na Europa e nos Estados Unidos tem sido usado antiandrógenos em caráter experimental (Pereira, 2010).

5.2.8. Retardo Mental

Retardo mental é uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto das capacidades mentais (incluindo principalmente as aptidões intelectivas, a linguagem e a capacidade da adaptação social), manifestando-se pelo comprometimento das habilidades cognitivas que são adquiridas ao longo do desenvolvimento na infância e adolescência. Com relação às habilidades, podem aparecer grandes discrepâncias entre elas. Mas, para diagnóstico, é necessário que o comprometimento seja detectado através de uma avaliação global de capacidade, sendo um fator decisivo para seu diagnóstico o QI (quociente intelectivo) abaixo de 70. A presença de retardo mental não exclui diagnósticos adicionais codificados em outros blocos neste capítulo (Dalgalarrondo, 2004; OMS, 1993).

TABELA 5.9 – RETARDO MENTAL: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

	Q.I.	Principais Características
Inteligência Limítrofe	70 – 85	Não é considerado retardo mental. Apresenta apenas maior lentidão no processo de aprendizagem.
Retardo Mental Leve	50 – 69	Ritmo de desenvolvimento consideravelmente mais lento que o normal; A maioria consegue independência em cuidados próprios e em habilidades práticas e domésticas; Alguns conseguem estudar e trabalhar, mas com restrições; Normalmente não está ligado a uma etiologia orgânica; Podem ser grandemente auxiliados pela educação planejada.

	Q.I.	Principais Características
Retardo Mental Moderado	35 – 49	São lentos no desenvolvimento da compreensão e uso da linguagem; Alguns necessitam de supervisão para os cuidados pessoais a vida toda; São fisicamente ativos; Alguns conseguem se engajar em atividades sociais simples; O nível de desenvolvimento da linguagem é variável; Na maioria, pode-se identificar uma etiologia orgânica.
Retardo Mental Grave	20 – 34	Identifica-se, na maioria, a presença de uma etiologia orgânica e das condições associadas; A maioria sofre um grau marcante de comprometimento motor e outros déficits associados.
Retardo Mental Profundo	Abaixo de 20	Gravemente limitados em sua capacidade de entender ou de agir de acordo com pedidos/instruções; A maioria é imóvel ou gravemente restrito em sua mobilidade; Uma etiologia orgânica pode ser identificada na maioria dos casos.

Fonte: Baseada em OMS, 1993.

- **Epidemiologia**: Compreendem cerca de 2% a 3% da população geral (Kay & Tasman, 2002).
- **Curso clínico**: Inicia-se num período bem precoce da vida. Não há reversão do quadro clínico, podendo desenvolver-se algumas potencialidades do paciente, desde que corretamente estimulado. De acordo com as características da personalidade de cada um, pode ter dificuldades maiores ou menores na convivência interpessoal. Dependendo do nível do comprometimento, necessita de cuidados de terceiros por toda a vida.
- **Tratamento**: Não há tratamento específico para a deficiência mental, mas além da psicoeducação, pode-se usar medicação sintomaticamente quando necessário (agitação psicomotora, alteração do comportamento, por exemplo).

5.2.9. Transtorno do Desenvolvimento Psicológico

Neste bloco, estão os seguintes transtornos: transtornos específicos do desenvolvimento da fala e linguagem; transtornos específicos do desenvolvimento

das habilidades escolares; transtornos específicos do desenvolvimento da função motora; transtornos invasivos do desenvolvimento (autismo e outros) etc.

As principais características de todos esses transtornos são: o início invariavelmente durante a infância, a presença de comprometimento ou atraso no desenvolvimento de funções (na maioria: linguagem, habilidades visuoespaciais e/ou coordenação motora) fortemente relacionadas à maturação biológica do sistema nervoso central (SNC) e o curso estável deste, ou seja, ausência de remissões e recaídas. Acontecem em maior frequência no sexo masculino.

Apesar de não se saber ao certo sobre a etiologia dessas doenças, acredita-se que os fatores genéticos e também os ambientais exerçam grande influência.

5.2.10. Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência

Os transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência são divididos em transtornos: hipercinéticos; de conduta; mistos de conduta e emoções; emocionais; de funcionamento social; de tique; e emocionais e de comportamento. Todos com início na infância ou adolescência (OMS, 1993).

5.2.10.1. Transtornos Hipercinéticos

Segundo a CID-10, este "grupo de transtornos é caracterizado por: início precoce; uma combinação de um comportamento hiperativo e pobremente modulado com desatenção marcante e falta de envolvimento persistente nas tarefas e conduta invasiva nas situações e persistência no tempo dessas características de comportamento" (OMS, 1993, p. 256).

Perturbação da Atividade e Atenção

Conhecido também, no DSM-IV-TR (APA, 2002), como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – TDAH.

- **Sintomas**: Alteração do desenvolvimento caracterizada por um nível de desatenção impróprio para a idade, com ou sem hiperatividade (aumento da atividade motora) e impulsividade (deficiência no controle dos impulsos; resposta automática e imediata a um estímulo), ocorrendo em diferentes ambientes (casa, escola, lazer...). Acompanha-se de comprometimento funcional que não pode ser atribuído a outro distúrbio (Brasil, 2005; ABDA, s/d). Para a CID-10 (OMS 1993), como

o próprio nome induz, as duas características, atenção comprometida e hiperatividade, são necessárias para o diagnóstico de perturbação da atividade e atenção.

- **Etiologia**: É hereditário ou associado a eventos que resultam em disfunção cerebral. Os fatores orgânicos causam um comprometimento generalizado das atividades no SNC (Sistema Nervoso Central). Os fatores ambientais e psicodinâmicos atuam como desencadeadores e são cruciais na determinação do grau de comprometimento e comorbidade (Brasil, 2005; ABDA, s/d).
- **Epidemiologia**: De 3% a 7% entre as crianças em idade escolar. Nítido predomínio no sexo masculino. Representa 50% da população que busca assistência psiquiátrica na infância (Brasil, 2005).
- **Classificação**: O DSM-IV-TR (APA, 2002) divide este transtorno em três: Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, tipo combinado; tipo predominantemente desatento; e tipo predominantemente hiperativo-impulsivo.
- **Curso clínico**: Inicia na infância e, na maioria das vezes, alguns sintomas continuam na vida adulta (Brasil, 2005; ABDA, s/d).
- **Evolução e prognóstico**: Cerca de 30% dos pacientes têm recuperação completa no início da juventude. Em torno de 40% continuam apresentando manifestações do transtorno na vida adulta, podendo vir acompanhadas de dificuldades emocionais e sociais. Nos restantes 30% associam-se graves manifestações psicopatológicas, como alcoolismo, abuso de drogas, depressão e criminalidade (Brasil, 2005).
- **Tratamento**: Intervenções psicossociais adequadas a cada paciente (incluindo psicoterapia), orientações à família e uso da medicação apropriada.

5.2.11. Atualizações e Reflexões sobre Psicopatologia e Transtornos Psiquiátricos

Em Saúde Mental, a relação profissional-paciente é fundamental para o bom andamento do tratamento. É imprescindível uma relação de confiança, em que o paciente sinta-se confortável para dizer ao médico coisas que, às vezes, não tem coragem de dizer para ninguém. Mesmo que para o profissional não seja difícil em poucos minutos saber qual a prescrição terapêutica para o paciente, é importante que a consulta tenha o tempo necessário para que o paciente sinta-se

suficientemente ouvido e compreendido. Muitas vezes, o mais importante que o paciente tem a dizer só fica claro após vários minutos, quando ele já está mais confiante e desarmado.

A adesão do paciente ao tratamento em Saúde Mental geralmente é dificultada por várias razões: há o preconceito cultural sobre os medicamentos "controlados", o medo da dependência aos remédios, a crença popular de que o que é mental deve ser resolvido com "coragem" e "força de vontade". Nada é mais equivocado e prejudicial ao paciente, pois além de ele já estar sofrendo, ainda carregará a culpa de não ser capaz de melhorar por conta própria. É possível que os familiares e amigos que tentam estimular os pacientes com esse tipo de postura só queiram ajudar, mas é importante que eles sejam esclarecidos sobre as patologias e a forma correta de colaborar.

O ideal é que o profissional da área de saúde mental tenha momentos de intimidade e privacidade com o paciente, mas que também trabalhe em parceria com a família de uma forma empática e educativa.

5.3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Geraldo F. Guia para o Exame Clínico em Psiquiatria. In: REZENDE, Joffre M.; PORTO, Celmo C.; JARDIM, Paulo C.B.V.; PERINI, Gil E. *Guia para o Exame Clínico*. Goiânia: Editora UFG: Vieira, 2004.

_____. Transtornos Alimentares. In: PORTO, Celmo Celeno. *Vademecum de Clínica Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR*. Trad. Cláudia Dornelles; 4. ed. rev. – Porto Alegre: Artmed, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO (ABDA). *Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade*. Rio de Janeiro: ABDA, s/d.

BECK, Aaron T.; FREEMAN, Arthur; DAVIS, Denise D. e cols. *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BRASIL, Maria G. N. Transtorno do Déficit de Atenção. In: PORTO, Celmo Celeno. *Vademecum de Clínica Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DORON, R.; PAROT, F. *Dicionário de Psicologia*. São Paulo: Ática, 2001.

JASPERS, Karl. Psicopatologia Geral – *Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenológica*. 2ª edição. Rio de Janeiro-São Paulo: Livraria Atheneu, 1985.

KAY, Gerald e TASMAN, Allan. *Psiquiatria: Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos*. Barueri/SP: Manole, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. *Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança.* Lisboa, 2002. Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf em 27/07/2010.

PEREIRA, Maria Amélia D. Alcoolismo. In: PORTO, Celmo Celeno. *Vademecum de Clínica Médica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

_____. Dependência Química. In: PORTO, Celmo Celeno. *Vademecum de Clínica Médica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

_____. Transtorno Hipocondríaco. In: PORTO, Celmo Celeno. *Vademecum de Clínica Médica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

_____. Transtornos da Sexualidade. In: PORTO, Celmo Celeno. *Vademecum de Clínica Médica.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2010.

_____. Transtornos Somatoformes. In: PORTO, Celmo Celeno. *Vademecum de Clínica Médica.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2010.

SILVA, Abrão M. Transtornos de Personalidade. In: PORTO, Celmo Celeno. *Vademecum de Clínica Médica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

5.4. QUESTÕES

1. (UPENET/IAUPE/HSE-PE/Psicólogo/2009) Quanto às noções básicas das características das Psicoses, assinale a alternativa correta.

a) Alucinação e delírios, pensamento desorganizado, perda de contato com a realidade.
b) Alucinação e delírios sem perda de contato com a realidade.
c) Os sintomas negativos das psicoses esquizofrênicas preservam as funções psíquicas de seus portadores.
d) Nas psicoses, um dos sintomas é o aumento da fluência verbal e do potencial volitivo.
e) As parafrenias não são formas de psicose.

2. (ASPERHS/Pref. Vertentes-PE/Psicólogo/2010) Transtorno Mental Orgânico: é muito importante a avaliação de uma causa orgânica como determinadora de agitação psicomotora. Nestes casos, em vez de somente controlar a violência, devemos tratar o distúrbio orgânico adjacente. Dentre as etiologias orgânicas, podemos citar, EXCETO:

a) Intoxicação por álcool ou outras drogas;
b) Infecções do SNC;
c) Boderline;
d) Doenças metabólicas: hipoglicemia etc.;
e) Hipóxia.

3. (ASPERHS/Pref. Vertentes-PE/Psicólogo/2010) Caso clínico: A. F. G., 40 anos, Encaminhado ao urologista com quadro de urgência miccional. Quadro clínico: Nervosismo ao ter que falar com estranhos, conhecidos e às vezes até amigos. Do qual sente dificuldade de falar por conta da face tensa, dor no peito, urgência miccional e boca seca, zumbido e sensação de estar fora de seu próprio corpo. Estes ataques aparecem repentinamente e sempre que está próximo a outras pessoas. Relata ter poucos amigos e sempre teve medo de ir a atividades festivas e recreativas com receio de comporta-se inadequadamente.
Diante da descrição acima, o diagnostico mais provável é:

a) Fobia social;
b) Síndrome do pânico (transtorno do pânico);
c) Transtorno persecutório;
d) Transtorno de personalidade esquizóide;
e) Transtorno dissociado (conversivo).

4. (INDEC/Pref. Sumaré-SP/Psicólogo Social/2009) O transtorno de ansiedade generalizada envolve ansiedade persistente que dura pelo menos _____ e não está associada a nenhum objeto ou situação particular (Rapee, 1991). A presença da ansiedade é constante e não há como escapar dela. A natureza prolongada da ansiedade a separa do transtorno de pânico e, via de regra, é menos intensa do que o observado no transtorno de pânico. A natureza generalizada onipresente da ansiedade resulta em alguns problemas adicionais que não são observados em outros transtornos e Ansiedade. Uma vez que a ansiedade é geral, sem associação como um objeto particular, o indivíduo não sabe de onde a ameaça e condenação virão e deve, portanto, ser excepcionalmente vigilante e deve continuamente pesquisar os arredores procurando a ameaça. Isto pode resultar em efeitos debilitantes como distração e fadiga.

a) um mês.
b) três dias.
c) nove meses.
d) um ano.

5. (UPENET-IAUPE/HSE-PE/Psicólogo/2009) Quando se estudam os sintomas psicológicos, quais aspectos básicos costuma-se enfocar?

a) A forma dos sintomas, isto é, sua estrutura básica (alucinação, delírio, ideia obsessiva, labilidade afetiva etc.) e o seu conteúdo (conteúdo de culpa, religioso, de perseguição etc.), ou seja, aquilo que preenche a alteração estrutural.
b) Conteúdo (alucinação, delírio, ideia obsessiva, labilidade afetiva), Formas dos Sintomas (conteúdo de culpa, religioso, de perseguição).
c) Entrevista psicológica/anamnese e descrição nosológica.
d) Sintomas neuróticos e sintomas psicóticos.
e) Funções psíquicas elementares e suas alterações.

6. (FUNRIO/Polícia Militar-RJ/Tenente/Psicólogo/2008) Qual o quadro psicopatológico em que o indivíduo vive seu corpo de forma muito peculiar e sofrida, investido intensa e globalmente na atenção e na libido?

a) Hipocondria.
b) Depressão.
c) Despersonalização.
d) Estados maníacos.
e) Esquizofrenia.

7. (FADEMS/TJ-MS/Psicólogo/2009) Irritabilidade, instabilidade, esquecimento, chorar sem razão aparente, não conseguir relaxar, aumentar o consumo de álcool e fumo, tiques nervosos, insônia, cefaleias, cervicalgia ou lombalgia, perda de interesse pelo sexo, depressão e medo são alguns sinais e sintomas de:

a) transtorno obsessivo-compulsivo;
b) estresse;
c) esquizofrenia;
d) transtorno do humor;
e) demência.

8. (ASPERHS/Pref. Vertentes-PE/Psicólogo/2010) O transtorno obsessivo--compulvivo (TOC) classifica-se, atualmente, em duas subformas: TOC com sintomas predominantemente compulsivos e TOC com predomínio de sintomas obsessivos. A alternativa que identifica corretamente esta diferenciação é:

a) No TOC-obsessivo predominam ideias desagradáveis recorrentes, enquanto no TOC-compulsivo predominam atos repetitivos, às vezes ritualizados.
b) No TOC-obsessivo os sintomas geram ansiedade, enquanto no TOC-compulsivo os sintomas não geram ansiedade.
c) O TOC-obsessivo não responde a tratamento medicamentoso, enquanto o TOC--compulsivo responde melhor ao tratamento medicamentoso.
d) No TOC-obsessivo predomina a etiologia psicogênica, enquanto no TOC-compulsivo há predomínio da etiologia neurobiológica.
e) O TOC-obsessivo apresenta sintomas mais leves, enquanto no TOC-compulsivo os sintomas são mais graves.

9. (Conesul/CERON-RO/Psicólogo/2006) A diferença fundamental entre as patologias psicossomáticas e a hipocondria em relação a lesão provocada no órgão, consiste em que:

a) na primeira existe a lesão do órgão e na segunda não existe a lesão;
b) na primeira não existe a lesão do órgão e na segunda existe a lesão;
c) nenhuma tem efeito clínico significativo;
d) as duas tem sequelas importantes para o órgão enfermo;
e) nenhuma resposta está adequada com as patologias propostas.

10. (IPAD/Pref. Recife-PE/Analista de Defesa Civil – Psicologia/2008) O estresse é definido como o conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para adaptação. Assinale a alternativa correta em relação ao estresse.

a) A Síndrome Geral de Adaptação é um conjunto de reações específicas e dependentes do fator estressor desencadeante.
b) A reação ao estresse é constituída de três fases: excitação, platô e resolução.
c) Os estressores físicos desencadeiam reações orgânicas mais acentuadas do que aquelas decorrentes de estressores psicossociais.
d) O estresse psicossocial, ainda que prolongado e de grande intensidade, é insuficiente para originar transtornos orgânicos funcionais.
e) A exposição a agentes estressores muito intensos ou prolongados aumenta a predisposição ao desenvolvimento de doenças.

11. (ASPERHS/Pref. Vertentes-PE/Psicólogo/2010) Referente à embriaguez patológica é incorreto afirmar:

a) A embriaguez patológica é um diagnóstico de importância clínica, muito embora seja uma ocorrência pouco frequente.
b) Também é importante do ponto de vista da psiquiatria legal pela alteração da consciência e as consequências que pode proporcionar nesse período.
c) A embriaguez patológica é uma reação absolutamente anormal à ingestão de pequenas quantidades de bebidas alcoólicas e que se caracteriza por brusca excitação e estado crepuscular da consciência, amnésia lacunar, reações emocionais excessivas (sobretudo angústia e furor) e, frequentemente, ilusões e alucinações.
d) O acontecer patológico dura de horas a dias. Em função do estado crepuscular e amnésia lacunar, o indivíduo não consegue lembrar do que fez e dos fatos em que se envolveu durante esse período.
e) A embriaguez patológica caracteriza-se por: ingestão de pequenas doses de álcool, crespuscularização da consciência e amnésia lacunar.

12. (Funrio/Ministério da Justiça/Psicólogo/2009) Em relação às noções de espaço e de tempo, qual o quadro patológico que vive uma passagem lenta e vagarosa do tempo e onde o espaço exterior se apresenta pouco penetrável?

a) Esquizofrenia.
b) Intoxicações por alucinógenos.
c) Depressão.
d) Estado maníaco.
e) Estado paranoide.

13. (FUNDAPE/Pró-Saúde-AC/Psicólogo/2009) Os sinais clínicos de: baixa autoestima, sentimento culposo sem causa definida, exacerbada intolerância a perdas e frustrações, alto nível de exigência consigo próprio, extrema submissão aos julgamentos dos outros, sentimento de perda do amor, entre outros, são sintomas da psicopatologia:

a) transtorno obsessivo-compulsivo – TOC;
b) autismo;
c) depressão;
d) esquizofrenia.

14. (ASPERHS/Pref. Vertentes-PE/Psicólogo/2010) Sobre bulimia nervosa é incorreto afirmar:

a) O quadro de bulimia nervosa é caracterizado pela presença de episódios bulímicos, ou seja, momentos onde a pessoa tem compulsão alimentar (come uma quantidade significativa de alimento em curto período de tempo), relatando um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar; em seguida empenhase em comportamentos compensatórios para prevenir o ganho de peso como: vômitos autoinduzidos, uso inadequado de laxantes, diuréticos, enemas e outros medicamentos, dieta restritiva, jejum, exercícios excessivos.

b) A autoavaliação é inadequadamente influenciada pelo peso e forma corporal acompanhada por um medo excessivo de engordar. A atitude em relação ao peso é extrema: pesam-se compulsivamente ou evitam a balança.

c) A pessoa com Bulimia Nervosa encontra-se presa a um ciclo vicioso iniciado com regimes rigorosos e dieta restritiva. Tais estratégias estabelecem um estado de privação que aumenta a probabilidade de engajamento em nova compulsão alimentar que, por sua vez, aumentam os comportamentos compensatórios, como o vômito. Em seguida, o vômito é mantido pela redução do desconforto físico decorrente da distensão abdominal e pela redução do medo de engordar, tornando um redutor geral da ansiedade. Nesse caso, ele torna um fim em si mesmo, pois o que a pessoa julga ser a solução, na realidade mantém o problema. Os episódios de compulsão geram culpa, sentimento de fracasso e medo de engordar. Já os comportamentos compensatórios geram alívio imediato sem culpa nem vergonha.

d) A Bulimia Nervosa produz alterações cardiovasculares, gastrintestinais, hidroeletrólíticas e metabólicas nocivas à saúde. Secundariamente aos vômitos pode-se observar desgaste dentário, hipertrofia das glândulas salivares e cicatrizes no dorso da mão.

e) O tratamento analítico comportamental é direcionado para o estabelecimento de um comportamento alimentar adequado, isto implica na extinção de regimes e dietas restritivas. Um dos instrumentos importantes é a automonitoria que consiste no preenchimento por parte do paciente de sua rotina alimentar diariamente, com isso sua consciência acerca do seu padrão alimentar será ampliada. A meta é o estabelecimento e manutenção de refeições e lanches regulares, inserindo gradativamente "alimentos proibidos" nas refeições. Monitora-se o peso uma vez por semana, aproveitando tal situação para identificar e modificar suas regras, valores, pensamentos em relação ao seu peso e forma corporais. A extinção dos episódios bulímicos será auxiliada pela aprendizagem de comportamentos incompatíveis com a compulsão alimentar, adquirindo novos interesses e engajando em outros comportamentos que gerarão sentimentos positivos em relação a si mesma.

15. (FUMARC/Pref. Contagem-MG/Técnico em Psicologia/2005) As afirmativas abaixo são críticas comumente feitas aos manuais de psiquiatria (DSM e CId), considerados como manuais de diagnóstico, exceto:

a) São uma inversão do procedimento psiquiátrico, no âmbito da ética médica, em que os medicamentos determinam os diagnósticos e servem ao discurso capitalista.

b) São uma opção pela descrição e comunicação dos transtornos entre colegas de trabalho.
c) Os manuais de diagnóstico são ateóricos e qualquer hipótese etiopatogênica é excluída, assim como o conceito de doença.
d) Os manuais de diagnóstico descrevem fenômenos relatados pela psiquiatria clássica sem a contextualização sócio-histórica dos pacientes.

16. (ASPERHS/Pref. Vertentes-PE/Psicólogo/2010) Referente a Terapia Sexual, Disfunções Sexuais e Parafilias é incorreto afirmar:

a) A terapia sexual é o tratamento das disfunções ou inadequações sexuais. Como exemplo de disfunções sexuais no homem, pode-se citar a disfunção erétil, a ejaculação prematura e o transtorno orgásmico. Na mulher, exemplos de disfunções sexuais podem ser a falta de desejo sexual e a anorgasmia.
b) Outros problemas sexuais podem ser tratados pela terapia sexual. São eles as parafilias (desvios sexuais) e o transtorno de identidade de gênero.
c) A sexualidade humana é um fenômeno complexo onde estão presentes fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Na identificação e definição das disfunções e desvios do comportamento sexual, está presente a multideterminação.
d) As disfunções sexuais relacionam-se ao intercurso sexual em uma das seguintes fases: conhecimento, excitação, ou orgasmo. Incluem o vaginismo, ejaculação precoce, anorgasmia e outros.
e) As parafilias ou desvios sexuais são os comportamentos sexuais que se dirigem a objetos ou eventos que escapam à normas socialmente aceitas e estabelecidas. O fetichismo, o masoquismo e a pedofilia se enquadram neste grupo. O transtorno de identidade de gênero caracteriza-se pelo desconforto e dificuldade do sujeito com o próprio sexo biologicamente determinado. Essas classificações são meramente descritivas e diagnósticas. Isto é, servem mais aos profissionais para fins de registro. Para cada um dos problemas sexuais acima citados, é importante o levantamento detalhado do histórico da pessoa que os vivencia.

17. (UPENET-IAUPE/HSE-PE/Psicólogo/2009) Em relação ao conceito de deficiência mental, assinale a alternativa correta.

a) Associação Americana de Deficiência Mental (AAMd) e a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM – IV) definem o Retardo Mental como um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, associado com limitações concomitantes no comportamento adaptativo e manifestado durante o período de desenvolvimento, isto é, antes dos 18 anos. O escore que define o termo "significativamente inferior à média" é definido como quociente de inteligência (Q. I.) de aproximadamente 70 ou menos, ou dois desvios-padrão abaixo da média em determinado teste.
b) Associação Americana de Deficiência Mental (AAMd) e a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM – IV) definem o Retardo Mental como um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, associado com limitações concomitantes no comportamento adaptativo e manifestado durante o período de desenvolvimento, isto é, antes dos 18

anos. O escore que define o termo "significativamente inferior à média" é definido como quociente de inteligência (Q. I.) de aproximadamente 100 ou menos, ou dois desvios-padrão abaixo da média em determinado teste.

c) O conceito de Deficiência Mental refere-se, apenas, ao baixo desempenho do funcionamento intelectual, excluindo a necessidade deste portador desenvolver o comportamento adaptativo.

d) A décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) usa o termo "Retardo Mental" com a seguinte conceituação: 'Retardo Mental é uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, mas com total preservação das áreas motoras e sociais.

e) Os estudos atuais excluem, por completo, das hipóteses etiológicas do retardo mental os fatores de anormalidades cromossômicas.

18. (IPAD/Pref. Recife-PE/Analista de Defesa Civil – Psicologia/2008) O Transtorno de Stress Pós-traumático se constitui numa resposta frequente a situações ameaçadoras ou catastróficas. A respeito deste transtorno, considere as seguintes afirmativas.

1. Consiste de uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante.

2. Os sintomas típicos incluem a revivescência repetida do evento traumático sob a forma de lembranças invasivas ("flashbacks"), de sonhos ou de pesadelos.

3. Entre os sintomas desta síndrome existe habitualmente uma hiperatividade neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insônia.

4. A presença de depressão ou ideação suicida é rara no Transtorno de Stress Pós-traumático.

5. A personalidade prévia do indivíduo não tem relação com a ocorrência ou evolução da síndrome.

Estão corretas apenas:

a) 1, 2 e 3.
b) 1, 2 e 5.
c) 1, 3 e 4.
d) 2, 3 e 4.
e) 2, 3 e 5.

19. (INDEC/Pref. Sumaré-SP/Psicólogo Social/2009) "Transtorno caracterizado por suspeição injustificada e desconfiança de pessoas. Difere do transtorno delirante (paranoia) em sua ausência de delírios claramente formados."

O texto acima se refere ao transtorno de:

a) personalidade narcisista;
b) personalidade paranoide;
c) ruminação;
d) personalidade histriônica.

20. (INDEC/Pref. Sumaré-SP/Psicólogo Social/2009) O principal sintoma de bulimia nervosa é:

a) parar de comer totalmente;
b) comer compulsivamente;
c) se alimentar somente de líquidos;
d) parar de comer gradativamente.

21. (ASPERHS/Pref. Vertentes-PE/Psicólogo/2010) Sobre Critérios diagnósticos da dependência de substâncias psicoativas em compulsão para o consumo é INCORRETO afirmar:

a) A experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância: O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.
b) Aumento da tolerância: A necessidade de doses crescentes de uma determinada substância psicoativa para alcançar efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.
c) Síndrome de abstinência: O surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando o consumo de substância psicoativa cessou ou foi reduzido.
d) Relevância do consumo: O consumo de uma substância torna-se prioridade, mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.
e) Estreitamento ou empobrecimento do repertório: O ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período de abstinência. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar em poucos dias, mesmo o indivíduo tendo atravessado um longo período de abstinência.

Acerca das teorias e transtornos de personalidade, do psicodiagnóstico desses transtornos e das abordagens terapêuticas a eles aplicadas, julgue os itens abaixo (C – Certo; E – Errado).

22. (Cespe-UnB/TRE-BA/Analista Judiciário – Psicologia/2010) Um sujeito com personalidade antissocial desrespeita as normas, manipula os outros em proveito próprio e, sem sentir-se culpado, tem frequentes problemas legais e criminais. O sujeito obsessivo, ao contrário, é extremamente escrupuloso e respeitoso em relação às normas. A abordagem terapêutica para ambos os casos deve começar por um estudo completo da biografia do paciente.

23. (Cespe-UnB/TRE-BA/Analista Judiciário – Psicologia/2010) A personalidade anancástica aproxima-se da personalidade antissocial no que se refere ao desrespeito às obrigações e normas sociais. As pessoas com esse tipo de personalidade são emocionalmente frias, formais e intelectualizadas, e, mesmo com a família, costumam ser reservadas e inflexíveis. Apesar disso, nas primeiras consultas psicológicas, mostram-se amáveis e cooperativas.

24. (Cespe-UnB/TRE-BA/Analista Judiciário – Psicologia/2010) A personalidade borderline apresenta um padrão de relacionamento flutuante e confuso, variando rapidamente entre a idealização e o total desprezo, com comportamento impulsivo autodestrutivo, que pode levar ao suicídio. A psicoterapia de inspiração psicanalítica estabelece para os sujeitos com esse transtorno um contrato inicial destinado a limitar os comportamentos suicidas e aditivos, privilegiando o suporte psicológico e o aconselhamento em detrimento da interpretação da transferência.

25. (Cespe-UnB/TRE-BA/Analista Judiciário – Psicologia/2010) Há na personalidade paranoide uma tendência à desconfiança, com insistentes suspeitas injustificadas relativas à fidelidade do parceiro conjugal, por exemplo. O sujeito que apresenta esse tipo de personalidade é hostil — dificilmente reconhece seus defeitos — e rancoroso, podendo romper definitivamente uma relação se julgar que foi insultado. Nesses casos, a intervenção terapêutica se aproxima da realizada para a depressão, com a reinterpretação dos eventos negativos, afirmação de si e treinamento ao convívio social.

26. (Cespe-UnB/TRE-BA/Analista Judiciário – Psicologia/2010) A personalidade dependente, ou limítrofe, caracteriza-se pelo excessivo grau de dependência nos outros e pela constante busca de apoio emocional. O sujeito com personalidade desse tipo permite que tomem decisões importantes a respeito de sua vida e resigna-se com os maus tratos.

27. (Cespe-UnB/TRE-BA/Analista Judiciário – Psicologia/2010) O sujeito com personalidade narcísica tem uma excelente opinião sobre si próprio, necessidade de admiração constante, intolerância a críticas, indiferença em relação aos outros e tendência a explorá-los. O sujeito narcísico é tão satisfeito consigo mesmo que nunca busca, por espontânea vontade, ajuda psicológica. Esse tipo de personalidade é uma das melhores indicações para a terapia cognitiva, depois das histriônicas, com a condição de que os comportamentos de exploração e as condutas aditivas não sejam preponderantes.

28. (Cespe-UnB/TRE-BA/Analista Judiciário – Psicologia/2010) A personalidade esquizoide compartilha com a personalidade de evitação o retraimento social, caracterizado por uma incapacidade de formar relações pessoais ou de expressar emoções. O sujeito com personalidade esquizóide, devido à baixa expressividade emocional, não se perturba com elogios ou críticas.

29. (Cespe-UnB/TRE-BA/Analista Judiciário – Psicologia/2010) Com sujeitos que apresentam personalidade histriônica, que têm tendência à dramatização, a intervenção do terapeuta deve ser no sentido de cortar rapidamente as dramatizações. Além disso, é necessário evitar as mudanças de assunto e retomar os objetivos definidos, estando atento à sedução ou à hostilidade que lhe serão dirigidos.

30. (Funrio/Ministério da Justiça/Psicólogo/2009) A possibilidade que as pessoas têm de se orientar depende da integração de três capacidades:

a) atenção, temporalidade e memória;
b) memória, atenção e sensação;
c) atenção, percepção e retenção;
d) memória, espacialidade e atenção;
e) atenção, percepção e memória.

31. (ASPERHS/Pref. Vertentes-PE/Psicólogo/2010) Os Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes configuram um dos blocos da CID-10 (10a edição da Classificação Internacional de Doenças), sobre estes, é incorreto afirmar:

a) F40 – F48. Este bloco inclui: agorafobia, fobia social, fobias específicas, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, transtorno obssessivo--compulsivo, reações ao estresse grave, transtornos dissociativos e transtornos somatoformes, entre outros.
b) Agorafobia, fobia social e fobias específicas fazem parte do subgrupo de transtornos fóbico-sansiosos.
c) O transtorno de ansiedade generalizada, como o próprio nome diz, traduz uma condição onde há ansiedade generalizada e persistente, não restrita ou fortemente predominante em quaisquer circunstâncias.
d) Os transtornos obssessivo-compulsivos denotam presença de pensamentos ou impulsos que acometem o indivíduo repetidamente e de maneira estereotipada e comportamentos repetidos de maneira ritualizada.
e) Os transtornos dissociativos incluem amnésia, fuga e estupor dissociativos, além de trantornos de transe e possessão, e transtornos dissociativos de movimento e sensação, já há corrrelação etiológica definida do ponto de vista neuroanantômico ou neurofisiológico.

32. (Funrio/Polícia Militar-RJ/Tenente – Psicólogo/2008) Nos quadros patológicos de alteração da consciência, pode-se encontrar um rebaixamento da consciência em grau leve ou moderado, provocando uma diminuição do grau de clareza sensorial com lentidão de concentração, levando o pensamento à ligeira confusão. A esse estado dá-se o nome de:

a) desorientação temporal;
b) obnubilação da consciência;
c) sopor;
d) amência;
e) dissociação da consciência.

33. (Funrio/Furnas/Psicólogo/2009) O CID-10 e o DSM-IV diz que os transtornos da personalidade podem ser estudados em três grandes grupos: esquisitice, impulsividade e ansiedade. Determine nas opções a seguir aquela em que o sujeito tem um comportamento erotizável, necessita de atenção e se apresenta manipulador:

a) dependente;
b) anancástica;
c) histriônica;
d) esquizotípica;
e) ansiosa.

34. (NCE-UFRJ/Pref. Santana-AP/Psicólogo/2007) Um problema é identificado quando são reconhecidas alterações ou mudanças nos padrões de comportamento comum.
Entre as opções abaixo, assinale a que não está correta.

a) A observação da intensidade e/ou persistência constitui um critério para a avaliação de uma alteração de comportamento enquanto sintoma clínico.
b) Alguns comportamentos podem ser considerados como sintomáticos em um determinado contexto cultural e não em outro.
c) O conceito de crise é extremamente fértil em psicodiagnóstico, contribuindo para a compreensão do funcionamento psicológico de um indivíduo em pontos específicos do seu desenvolvimento.
d) Quando são observados sintomas psicopatológicos, antes de serem consideradas outras variáveis é preciso levar-se em conta a influência do fator econômico.
e) Dois modelos se destacam quando se trata de avaliação de casos clínicos: o categórico (qualitativo) e o dimensional (quantitativo). No processo psicodiagnóstico os dois modelos podem ser associados.

35. (NCE-UFRJ/Eletrobrás/Psicólogo/2007) Geraldo, há cinco anos funcionário administrativo de uma empresa de grande porte, é conhecido entre os colegas por seu mau humor e pessimismo. Essas características acabaram por isolá-lo no setor em que trabalha. Os colegas evitam incluí-lo em suas equipes e pararam, inclusive, de chamá-lo para eventos sociais ligados à empresa. De acordo com essa descrição, Geraldo apresentaria um quadro psiquiátrico de:

a) transtorno bipolar do tipo II;
b) hipomania;
c) depressão aguda;
d) distimia;
e) psicastenia.

36. (UPENET-IAUPE/Pref. Recife-PE/IASC/Psicólogo/2006) Observe a seguinte definição: "Trata-se da vivência de percepção de um objeto, de forma clara e definida (voz, ruído, imagem), sem o estímulo sensorial respectivo, ou seja, sem a presença real do objeto" (Souza, Guimarães & Balone, 2004). Assinale o item que identifica corretamente essa alteração psicopatológica.

a) Delírio.
b) Neologismo.
c) Perseveração.
d) Estado oniroide.
e) Alucinação.

37. (Cespe-UnB/TRE-AP/Analista Judiciário – Psicologia/2007) Lourdes tem 35 anos de idade e desde a adolescência apresenta muitos problemas pessoais e relacionais, tornando a vida em família muito difícil e reduzindo

muito suas relações sociais. Entre os comportamentos mais problemáticos de Lourdes, destacam-se a constante desvalorização das pessoas que não correspondem a suas expectativas sempre idealizadas, o comportamento sedutor e sexualmente provocativo com mudanças constantes de parceiro, as manifestações de raiva desproporcionais ao fato, a instabilidade emocional, a automutilação e o uso de substâncias ilícitas.
Diante desse quadro hipotético, é correto concluir que Lourdes apresenta um transtorno de personalidade do tipo

a) paranoide.
b) antissocial.
c) dependente.
d) borderline.
e) histriônica.

38. (NCE-UFRJ/Eletrobrás/Psicólogo/2007) Helena é uma competente bioquímica e integra uma equipe de pesquisa de novos produtos em uma importante empresa do ramo farmacêutico, exercendo suas funções prioritariamente em um laboratório da empresa. Sempre que era convidada a expor os resultados de seu trabalho em público, Helena sentia-se muito insegura, suas mãos e sua voz ficavam trêmulas, a face ficava ruborizada e ela tinha distúrbios gastro-intestinais. Atualmente, Helena declina dos convites e outro membro da equipe se encarrega das apresentações. Trata-se aqui de quadro de:

a) síndrome do pânico;
b) agorafobia;
c) fobia social;
d) transtorno de ansiedade generalizada;
e) transtorno de estresse pós-traumático.

Paula recebeu o diagnóstico de transtorno bipolar durante consulta psiquiátrica e foi encaminhada ao psicólogo por ter dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso prescrito. Paula diz não sentir melhora com o uso da medicação, ao contrário, sente-se bem em alguns momentos sem a medicação, e menos produtiva quando toma o remédio, como se a doença não existisse, manifestando sua desconfiança em relação ao diagnóstico e ao médico.
A propósito dessa situação hipotética, julgue os itens a seguir, acerca dos fatores responsáveis pela difícil adesão de Paula ao tratamento (C-Certo; E-Errado).

39. (Cespe-UnB/IEMA-ES/Analista de Meio Ambiente e Recursos Hídricos – Psicologia/2007) As taxas de adesão ao tratamento são altas em paciente com diagnóstico de transtorno bipolar, devido à eficácia dos estabilizadores de humor, o que produz benefícios clínicos. Portanto, a interrupção do tratamento medicamentoso não tem a ver com a medicação.

40. (Cespe-UnB/IEMA-ES/Analista de Meio Ambiente e Recursos Hídricos – Psicologia/2007) A dificuldade de adesão ao tratamento pode estar associada à negação que Paula faz da doença e (ou) a receio que ela possa ter a respeito dos efeitos adversos da medicação, o que configura um

desconhecimento da doença ou ainda crenças distorcidas em relação ao tratamento.

41. (Cespe-UnB/IEMA-ES/Analista de Meio Ambiente e Recursos Hídricos – Psicologia/2007) A não adesão ao tratamento é responsável por frustrações na área da saúde em geral, sendo que, no caso de Paula, sua desconfiança em relação ao médico manifesta uma atitude pouco acolhedora por parte do médico prejudicando a interação com a paciente, consequentemente sua adesão ao tratamento.

Quanto aos objetivos de uma avaliação psicológica clínica, julgue o item seguinte (C-Certo; E-Errado).

42. (Cespe-UnB/MPE-TO/Analista Ministerial – Psicologia/2006) Os resultados do exame do estado mental do paciente, de sua história clínica e pessoal permitem atender ao objetivo de classificação nosológica, isto é, do psicodiagnóstico propriamente dito. Nessa avaliação, o psiquiatra ou o psicólogo analisa a psicopatologia à luz de um modelo categórico, que subsidia o julgamento clínico sobre a presença ou não de uma configuração de sintomas significativos, que classificam o paciente em uma categoria diagnóstica similar à de outros pacientes.

43. (ACAFE/MPE-SC/Psicólogo/2004) A gravidade da depressão pode ser avaliada:

I. pelo grau de lentificação do comportamento e da ideação, com prejuízo na concentração.
II. pela substituição da tristeza por um humor vazio e congelado.
III. pela presença de um senso subjetivo de despersonalização.
IV. pela presença ou ausência de sintomas biológicos característicos.

A alternativa contendo todas as afirmações corretas é:

a) I – II – III.
b) Apenas a IV.
c) Apenas a II.
d) I – II.
e) I – II – III – IV.

44. (UFPA/MPE-PA/Psicólogo/2004) Os transtornos psicóticos podem ser descritos como transtornos mentais em que não há perda da realidade, e os conflitos psíquicos têm características temporárias.

a) Transtornos que apresentam perturbações do pensamento, frequentemente com delírios e alucinações.
b) Transtornos em que, raramente, os pacientes precisam de medicação antipsicótica e/ou antidepressiva.
c) Psicose puerperal que se caracteriza, principalmente, por processos infecciosos e um estado confuso-onírico de pouca relevância.
d) Transtornos nos quais a manifestação primária é um delírio fixo.

45. (ASPERHS/Pref. Vertentes-PE/Psicólogo/2010) Nos quadros neuróticos, o paciente:

a) Apresenta alucinações.
b) Sente-se descriminado por todo mundo.
c) Tem crises repetidas de raiva e agressão.
d) Queixa-se de sintomas psicológicos e/ou somáticos, mantendo contato com a realidade.
e) Perde totalmente o sentido da realidade de consumo.

Gabarito

1. A	11. D	21. E	31. E	41. E
2. C	12. C	22. C	32. B	42. E
3. A	13. C	23. E	33. C	43. E
4. A	14. C	24. C	34. D	44. B
5. A	15. D	25. C	35. D	45. D
6. A	16. D	26. E	36. E	
7. B	17. A	27. E	37. D	
8. A	18. A	28. E	38. C	
9. A	19. B	29. C	39. E	
10. E	20. B	30. E	40. C	

Capítulo 6

Ética profissional

Maria Fernanda M. Barreto
Nilton Júlio de Faria

Para falar sobre a relação entre ética e psicologia não poderíamos deixar de abordar a Declaração Universal dos Direitos Humanos, já que, além de fundamentar o Código de Ética profissional do Psicólogo, ela defende uma determinada concepção de indivíduo e de sociedade, o que, por sua vez, remete-nos a várias áreas de conhecimento, como: Filosofia, Sociologia, História, dentre outras. Tais saberes, embora constituídos com metodologias distintas, voltam seus estudos para a cultura, com o objetivo de, além de atingir a mera compreensão, trazer contribuições para uma suposta harmonia social, negando as diferenças culturais.

6.1. BREVE HISTÓRICO

Os modelos éticos contemporâneos têm servido a uma concepção de indivíduo que foi construída historicamente, como discutido por Adorno e Horkheimer (s/d), principalmente quando se crê que o indivíduo sozinho pode se constituir segundo suas vontades. Tal afirmação reporta-se a uma concepção subjetivista, cuja decorrência ética implica uma ética do desejo, na qual há o pressuposto de uma subjetividade que nega toda e qualquer mediação social que a constitui (Bertazzoni e Faria, 2007).

A bandeira erguida pela Revolução Francesa já anunciava o que estava por ser vivido no século XIX. A noção de liberdade rompia com a velha ordem econômica e política, a de igualdade promulgava o Direito positivo que se instalava naquele momento e, por fim, a de fraternidade dava-nos a dimensão do outro, dissimulando uma tendência ao individualismo.

Mas de que igualdade falamos? O pensamento liberal deixa bastante claro que os homens são iguais em dignidade e direitos. Nesse novo modelo social há uma

maior complexidade nas relações construídas pelos valores burgueses, sejam elas entre os indivíduos, entre os indivíduos e as instituições e entre estes e o Estado Moderno.

O pensamento liberal, na luta por fazer valer seus princípios e instalar de vez a lógica capitalista, desencadeou, dentre outras, a Primeira e a Segunda Guerra Mundial. Nelas até mesmo os princípios iluministas foram destruídos. Que interesses defendiam? Senão aos princípios iluministas, a quem interessou tais destruições?

As áreas de saber que nos acenam com resposta a essas questões são a História, a Antropologia, a Sociologia e a própria Psicologia. A História, em especial, demonstra que o desenvolvimento econômico vai culminar nas guerras que o século XX assistiu, destruindo valores que não se coadunavam com a nova ordem social.

É nesse cenário de destruições que emerge, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos que, fruto do pensamento liberal, imprime um determinado modo de vida e constitui subjetividade; nele a própria ideia de direito passa a ser entendida como natural, e não como uma construção de valores que visam reger a vida social.

Mas não podemos deixar de comentar que essas mudanças constituíram-se e se difundiram numa sociedade economicamente desenvolvida. O que não significa que todos os povos, ainda hoje, têm nesses valores a orientação para suas vidas cotidianas.

A Declaração, desde então, sempre foi considerada um instrumento na defesa da dignidade humana, principalmente quando se tratava da Guerra Fria. Mas, nas décadas de 1970/1980, portanto, 30/40 anos depois de promulgada, a Declaração começa a ganhar um novo significado social.

Coimbra *et al* (2008) apresentam uma crítica à naturalização dos valores defendidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, uma vez que ela se circunscreve a determinada classe social e a indivíduos produtivos, entendendo tais direitos como essência universal. Construídos que são historicamente, sugere a autora a necessidade de que outras construções contemplem diferentes expressões do viver e do organizar-se socialmente, sem que haja a naturalização do que é historicamente construído.

O reconhecimento da liberdade, por sua vez, não implica o aceite incondicional da diferença. Paul Ricoeur, ao tratar da liberdade, discorre sobre o tolerável e o intolerável, sobre este último, diz ele:

> Há para cada indivíduo, para cada comunidade, para cada coletividade nacional, o intolerável. Não citarei exemplos sobre os quais existe precisamente um consenso: nós não toleramos o racismo, o antissemitismo, o apartheid ou, num outro campo, a exploração sexual das crianças em benefício da pornografia comercial. E por quê? Por timidez? Inconsequência? Retorno perverso à vitimização do bode expiatório? Ou, de modo menos escandaloso, medo de ser confrontados com a insolência, com a provocação, com a blasfêmia, em última análise, com a perturbadora diferença? Qual é o critério do intolerável? Não pode haver senão um: é o que não merece respeito, se o respeito é a virtude da tolerância no plano cultural. O que não merece respeito, porque fundado precisamente sobre o irrespeitável, a saber, a recusa de presumir a liberdade de adesão na crença adversa. (Ricoeur, 1995: 185)

O respeito à vida e à dignidade humana é o exercício da liberdade, segundo Paul Ricouer, a negação da liberdade do outro, para além do exercício de nossa intolerância, torna-se intolerável frente ao valor máximo da liberdade.

6.2. ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO E DIREITOS HUMANOS

Figueiredo & Santi (2008) argumentam que a emergência da Psicologia científica só foi possível num cenário histórico-social pautado pelos ideários iluministas. Ela buscava contribuir para a solidificação de um modo de vida que não estivesse mais referenciado na vida pública, mas sim na vida privada, favorecendo a construção de noções de subjetividade e outras tantas categorias que faziam desprender o indivíduo de sua vida social.

Desde a constituição da profissão de psicólogo no Brasil, ao menos duas dicotomias estavam expressas na sua formação, segundo Sílvia Leser, em pesquisa realizada em 1975, portanto, enquanto a Psicologia ainda se constituía como profissão: uma delas é a separação entre ciência e técnica, enfatizando que, por vezes, a primeira é apresentada como acessória à segunda, objetivando a aplicação imediata. A outra dicotomia está presente na implementação da Lei nº 4.119/1962, quando os cursos de formação de psicólogos fazem distinção entre ciência e profissão, que eliminando a formação de técnicos, valorizou a profissão, e o fez "ao custo de uma adesão indiscriminada aos padrões societários de culto ao profissional liberal" (Leser, 1975:41). Por meio da regulamentação da profissão, naquele momento, buscava-se, segundo a autora, não só demonstrar a

importância social da profissão, mas também os cursos de formação como única via de acesso a ela.

O cenário político/científico no qual se deu o reconhecimento da profissão de psicólogo no Brasil contava, dentre outros elementos, com debate acadêmico que nas décadas de 1960 e 1970 era relativo ao socialismo e ao capitalismo. A defesa do socialismo apresenta-se como forma de resistência ao regime militar e, consequentemente, ao capitalismo, isto é, uma luta contra a exploração de classes e a dependência cultural. A expansão universitária, tão almejada pela classe média, ao mesmo tempo em que era valorizada por possibilitar o acesso de um maior número de pessoas ao sistema, foi criticada pela massificação e pelo esvaziamento político da formação superior. Sobre isso, escreveu Cecília Coimbra (1995:34):

> aumentam a preocupação e o investimento com as questões relativas ao "interior", e o conhecimento de si mesmo torna-se uma finalidade, em vez de um meio para se conhecer o mundo. Essa visão intimista é extremamente valorizada nos anos 1970, quando a realidade social, o domínio público são esvaziados e desprovidos de sentido.

Por outro lado, é inegável que naquele momento encontrávamos uma preocupação com a vida pública representada em diferentes segmentos sociais, tais como: a reativação e a criação de partidos políticos (alguns clandestinos), os movimentos sociais, a teologia da libertação na Igreja Católica, e ainda a arte de protesto, em especial no teatro e na música.

Na Psicologia, o debate não foi diferente, apesar da hegemonia da psicologia individual, voltada para o fazer clínico e para a atuação como profissional liberal, o que era considerado extremamente elitista por uns, e salvador por outros; o entrave acirrou-se quando foi empreendida a busca de uma melhor adequação do modelo clínico aos setores populares. Exemplos disso podem ser verificados tanto no movimento da antipsiquiatria quanto, mais especificamente, na América Latina, na experiência do argentino Alfredo Mofatt, publicada no livro *Psicoterapia do Oprimido*.

Por meio da Lei nº 5.766, de 20/12/1971, que cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia, o fazer profissional do psicólogo ganhou novas referências. A lei que foi regulamentada somente em 1977 pelo Decreto nº 79.822, de 17/06/1977, deixa bastante explícitas as funções desses Conselhos, quais sejam: "...orientar, supervisionar e disciplinar o exercício da profissão de

Psicólogo, em todo o território nacional". As novas referências para a atuação profissional estavam sendo construídas em consonância com os embates políticos e científicos daquele momento.

A década de 1980, no Brasil, iniciou-se com a abertura política, fruto de lutas infindáveis, de movimentos sociais pela anistia ampla, geral e irrestrita e por eleições diretas, visando o fim do Regime Militar. A Psicologia, como profissão, nessa época, estava por completar 20 anos. A vinculação com as áreas tradicionais de atuação profissional, especialmente a clínica, havia sido rompida já no final da década de 1970, quando a atuação do psicólogo passou a integrar serviços públicos de saúde e hospitais psiquiátricos. Esse foi o momento oportuno para se repensar a Psicologia, para se avaliar o seu compromisso social, sobre os serviços que ela prestava à sociedade e rever seu corpo teórico/técnico.

As três diferentes versões do Código de Ética Profissional do Psicólogo, desde o reconhecimento da profissão no Brasil, sempre mostraram seu compromisso com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual é enunciada em seus princípios fundamentais expressando, assim, a concepção de homem e de sociedade construída pelo pensamento liberal iluminista.

Por certo, um Código de Ética, apesar de defender princípios considerados universais, não se coloca como um ideário universal, já que a sociedade constantemente se transforma, constituindo diferentes valores, sejam eles morais, políticos, econômicos, religiosos, dentre outros, assim como pelo fato de convivermos com diferenças de todos os aspectos.

Um Código de Ética, ao mesmo tempo em que pode servir para garantir a dignidade humana, pode também servir para o confinamento das ideias e das ações, homogeneizando a prática profissional do psicólogo e naturalizando valores que foram construídos historicamente. Como uma orientação para a ação, um Código de Ética jamais pode ser confundido com dogmas, nem, por outro lado, com relativismos.

O Código de Ética Profissional do Psicólogo, em vigor desde 27 de agosto de 2005, em seus princípios fundamentais, logo no inciso I diz: "o psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos."

Ao iniciar o Código de Ética dessa forma deixa-se explicito qual é o compromisso social do psicólogo, o qual, construído em longos debates entre a categoria,

é explicitado no inciso subsequente: "O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e da coletividade e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão."

Neste inciso encontramos claramente a intenção de fazer valer os princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos, uma vez que sugere a possibilidade da diferença, seja ela de gênero, etnia, religião etc., ao mesmo tempo em que não aceita qualquer negação da liberdade do indivíduo ou de um grupo social.

O Código de Ética Profissional do Psicólogo faz referência a valores que são considerados necessários para a manutenção da dignidade humana, portanto servem como norteadores para reflexões e ações do exercício profissional cotidiano do psicólogo.

Ainda é importante ressaltar que, além do Código de Ética Profissional do Psicólogo, O Conselho Federal de Psicologia, órgão máximo de legitimação da categoria, faz uso, dentre outras atribuições, de Resoluções para explicitar as constantes mudanças vividas pela sociedade, quer no âmbito dos valores, do técnico/científico dessa área de saber ou do legal, orientando, assim, a prática cotidiana do fazer psicológico.

Comentar ou discutir um Código de Ética não é uma tarefa a ser desenvolvida com tranquilidade, já que implica julgamentos valorativos pautados em concepções ideológicas e/ou epistemológicas específicas. Para se evitar essa armadilha, escolhemos comentar alguns temas do Código de Ética à luz da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ainda que se possa incorrer em algum juízo, se é que a escolha já não o é.

Os temas escolhidos referem-se aos mais debatidos em sala de aula com os alunos, em concursos de Psicologia, em fóruns científicos, em artigos científicos de psicologia e, por que não dizer, pela mídia e pela população em geral, já que envolvem dilemas vividos em nosso cotidiano e aos quais muitas vezes não temos respostas imediatas.

Tais dilemas não são exclusivos da Psicologia, mas somos chamados, muita vez, a nos posicionarmos sobre um problema ou outro no nosso cotidiano profissional, principalmente aqueles relacionados à vida privada que envolve dilema moral, acaba por se confundir com o que é o campo da ética, da Psicologia ou mesmo do Direito.

6.3. AS CRIANÇAS E OS ADOLESCENTES

Considerando que cada vez mais psicólogos têm encontrado nas políticas sociais espaços para atuação profissional, é decorrente que novas configurações de dilemas éticos se coloquem, e como já dito, se inter-relacionem com a legislação nacional.

Uma delas diz respeito à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual tem sido a referência para a atenção à adolescência em diferentes instâncias, sejam elas familiares ou nas políticas de assistência, educação e Saúde.

Em seu exercício profissional e de cidadania, o psicólogo não deve se furtar a discutir, bem como a fazer a defesa do bem-estar da criança e do adolescente, demonstrando, assim, um compromisso não só ético como político.

A violência doméstica, a exploração do trabalho infantil, o abuso e a exploração sexual, assim como a ausência de atenção pública à criança e ao adolescente são, conforme o caso, formas de **negligência**, **violência**, **exploração**, **crueldade** e **opressão**; o que tem sido objeto de discussão da sociedade brasileira contemporânea, em especial para se fazer cumprir o disposto no ECA.

A violência doméstica merece um destaque especial por ter menor visibilidade social, uma vez que, ocorrendo na privacidade da vida familiar, oculta o agressor e perpetua a agressão. Oliveira & Milnitsky-Sapiro (2007) expõem que a violência doméstica, enquanto um risco psicossocial, demanda um enfoque muldimensional que contemple desde aspectos individuais até uma análise mais ampla da sociedade, devendo-se tomar o cuidado para não limitar a análise a relações pontuais de causa e efeito.

A situação não é diferente quando se trata de atenção à adolescência. São diversas as circunstâncias que necessitam da intervenção social e do psicólogo na busca da manutenção de sua integridade, evitando, assim, situações de vulnerabilidade. Concordamos com o fato de que uma explicação de relação causal direta acaba por incorrer em equívocos analíticos e éticos, já que não atenta para a complexidade das políticas e dos atores envolvidos.

Ao tratar do atendimento psicológico não eventual à criança e ao adolescente, incluindo-se aqui também o interdito, cabe destacar o Art. 8º do Código de Ética, que orienta para a necessidade da autorização de ao menos um dos responsáveis, de acordo com o que rege a legislação nacional. Na ausência de um responsável, autoridades competentes deverão ser comunicadas, como é o caso dos Conselhos Tutelares, por exemplo.

Vale destacar que não se trata do mero cumprimento da lei. Trata-se, acima de tudo, do compromisso com a vida humana, como reza o art. 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos: "*toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal*".

6.4. O SIGILO E A PROTEÇÃO DA PESSOA E DA SOCIEDADE

O sigilo profissional sempre foi muito debatido no âmbito da profissão. Encontrávamos sempre a defesa da necessidade da manutenção do sigilo argumentada pela própria redação da versão do Código de Ética de 1987, em seu art. 21, que dizia: "*o sigilo profissional protegerá o atendido em tudo aquilo que o psicólogo ouve, vê ou de que tem conhecimento como decorrência do exercício da atividade profissional*".

O enunciado deste artigo evidencia uma concepção de homem muito presente no pensamento iluminista, ao fazer a defesa da privacidade do indivíduo sob a nomenclatura de proteção. Ainda na versão de 1987, só seria admitida a quebra de sigilo quando se tratasse de fato delituoso; um fato delituoso rompe com a dimensão da privacidade e se instala na vida pública, gerando um dilema ético a ser vivenciado pelo psicólogo.

O Código de Ética vigente faz uma defesa ainda mais explícita da valorização da privacidade, embora a estenda para grupos e organizações. Segundo seu art. 9º: "*É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional*".

A proteção à intimidade de pessoas, grupos ou organizações faz resguardar o que lhe é direito no exercício da liberdade e da dignidade.

Ao contrário da versão de 1987, que admitia a quebra do sigilo por uma iniciativa individual do psicólogo, o Código vigente admite a quebra de sigilo remetendo ao próprio Código as condições em que isso pode ocorrer, a primeira delas é relativa a situações em que se configure conflito entre a **defesa da pessoa e a defesa de seus direitos**, indicando que o psicólogo deve basear sua decisão na busca do menor prejuízo.

A manutenção ou quebra do sigilo deve se pautar na proteção da pessoa que, no usufruto de seus direitos, possa proteger também a sociedade. Dessa forma, várias referências deverão ser utilizadas para a tomada de decisão, tais como a legislação nacional e as políticas sociais.

Vale destacar que o sigilo não se torna um dilema apenas em situações de delito, ele se faz presente em diferentes situações, tais como no trabalho multiprofissional, na elaboração de documentos de cunho psicológico e outras diferentes formas de registros referentes ao exercício profissional.

No seu exercício profissional o psicólogo tende a relacionar-se com profissionais de outras áreas de conhecimento o que, por vezes, exige a troca de informações; o art. 6º do Código de Ética determina que em situações como essa o psicólogo deverá assinalar o caráter confidencial de suas informações, assim como transmitirá as informações relevantes para a qualificação do serviço prestado.

Os registros realizados pelo psicólogo no que concerne ao trabalho multiprofissional, em prontuários, por exemplo, deve restringir-se ao necessário para o cumprimento dos objetivos do trabalho, como reza o art. 12 do Código de Ética.

Os documentos confidenciais produzidos pelo psicólogo também merecem cuidados especiais visando a manutenção do sigilo. Um deles é o fato de que os envolvidos devem ser comunicados sobre esses registros e, de acordo com a legislação nacional, o interessado poderá ter acesso às informações registradas. Em caso de interrupção do trabalho do psicólogo, este deverá favorecer o acesso aos arquivos, ao psicólogo que vier a substituí-lo, ou lacrá-los, registrando sua confidencialidade em caso de extinção do serviço de Psicologia. Além disso, diz o art. 15 que o psicólogo deverá comunicar o fato ao Conselho Regional de Psicologia, que deliberará sobre a destinação dos referidos arquivos.

O que observamos é que o sigilo tem um significado importante na defesa dos Direitos Humanos, que é a manutenção da dignidade e da liberdade, ao mesmo tempo em que deve se voltar à proteção da vida em sociedade. Observamos, ainda, que a manutenção ou a quebra do sigilo, embora de responsabilidade do psicólogo, não é uma decisão particular dele, e sim um compromisso social com o qual deve estar envolvido, compromisso este pautado nas políticas sociais.

6.5. A CIÊNCIA E A PROFISSÃO DO PSICÓLOGO

Parece-nos redundância reafirmar as dimensões da ciência psicológica e a profissão de Psicologia, mesmo porque, falar em dimensões pode sugerir uma dicotomia entre o pensar e o fazer dessa área de conhecimento. É exatamente para não consolidar uma pseudodicotomia que o Código de Ética Profissional do Psicólogo explicita no inciso 4º dos Princípios Fundamentais que "(...) *o psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, con-*

tribuindo para o desenvolvimento da psicologia como campo científico de conhecimento e de prática".

Esse princípio pode nos remeter, ao menos, a duas reflexões: a primeira é a necessidade de o psicólogo estar envolvido com um processo constante de formação, especializando-se e/ou produzindo saber, evitando a mera reprodução de conhecimento, traduzida, muitas vezes, na simples aplicação de técnicas de avaliação e/ou de intervenção. A segunda diz respeito à cientificidade do conhecimento produzido, o que no Código, fica mais explicito no inciso *c* do art. 1º, que trata dos deveres fundamentais dos psicólogos: "*prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalhos dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional*".

Diante do exposto, é um dos deveres do psicólogo uma prática profissional pautada em modelos reconhecidos pela ciência, assim como na ética e na legislação. Isso implica dizer que o fazer do psicólogo está circunscrito aos seus objetos e aos seus métodos, construídos e reconhecidos pela comunidade científica. Importante destacar que tais métodos se coadunam com os propósitos da ciência e da profissão do psicólogo, que visa o desenvolvimento da autonomia do indivíduo, (e dos) grupos ou organizações.

No seu exercício profissional o psicólogo se depara com muitas questões impostas pelo cotidiano que requerem a emissão de documentos que visam atender a alguma necessidade específica de quem recorre ao serviço do psicólogo, tais como declarações, laudos e pareceres psicológicos. A Resolução nº 007/2003 do Conselho Federal de Psicologia institui um manual para a elaboração de documentos, o qual traz significativas contribuições para a comunicação por escrito de qualquer avaliação psicológica.

6.6. ATUALIZAÇÕES SOBRE ÉTICA PROFISSIONAL

Vale a pena repetir que o tema da Ética Profissional do Psicólogo é sempre inesgotável, já que envolve nuanças e interpretações, o que nos coloca frente a divergentes compreensões. Pois bem, a apresentação anterior convida ao debate e à reflexão sobre a ética profissional e o compromisso social do psicólogo.

Entendemos que para se exercer uma atuação profissional ética, o psicólogo deve estar envolvido com as atividades propostas pela sua categoria profissional. O Conselho Federal e os Regionais de Psicologia propõem continuamente atividades que visam à discussão da prática profissional. Estes são os momentos

privilegiados para que o psicólogo possa fazer parte da construção da Psicologia que fazemos no Brasil, além da participação dos encontros organizados pela comunidade científica.

O avanço tecnológico que vivemos, cada vez mais, tem encurtado distâncias e facilitado a comunicação entre as pessoas, por isso, dúvidas quanto à legislação profissional podem ser facilmente acessadas nos sítios dos Conselhos, assim como poderão ser encontradas publicações em revistas ou jornais que tratam de questões atuais e relevantes para a Psicologia nacional e internacional.

6.7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Theodor W; HORKHEIMER, Max. *Temas Básicos de Sociologia*. São Paulo: Cultrix, 2ª Edição, s/d.

BERTAZZONI, Evelyn Aline & FARIA, Nilton Júlio. Ética, subjetividade e psicoterapia. In vários autores. *Teoria crítica e formação do indivíduo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

COIMBRA, Cecília. *Guardiães da Ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do "Milagre"*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças; LOBO, Lilia Ferreira; NASCIMENTO, Maria Lívia do. Por uma invenção ética para os Direitos Humanos For an ethical invention for Human Rights. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0103-56652008000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2009. doi: 10.1590/S0103-56652008000200007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. 2005

FIGUEIREDO, Luís Claudio M. & SANTI, Pedro Luís Ribeiro. *Psicologia uma (nova) introdução*. – 3ª ed. – São Paulo: Educ, 2008.

LESER DE MELO, Sílvia. *Psicologia e Profissão em São Paulo*. São Paulo: Ática, 1975.

OLIVEIRA, Ana Paula Granzotto de e MILNITSKY-SAPIRO, Clary. *Políticas públicas para adolescentes em vulnerabilidade social: abrigo e provisoriedade*. Psicol. cienc. prof., dez. 2007, vol. 27, nº 4, p. 623-635. ISSN 1414-9893.

RICOEUR, Paul. *Em torno ao político*. São Paulo: Loyola, 1995.

6.8. QUESTÕES

1. (Funrio/Polícia Militar-RJ/Tenente/2008) Indique a opção correta referente à responsabilidade profissional do psicólogo.

a) Levar o paciente a encarar novas práticas e formas de enfrentamento de seus conflitos.

b) Utilizar o conhecimento de práticas psicológicas como recurso de favorecimento social.

c) Acumpliciar-se com organizações que favoreçam o exercício da profissão.

d) Permitir que as relações de poder, no contexto em que atua, sirvam de recurso à prática de atendimento psicológico.
e) Fornecer a informação, a quem de direito, sobre seu trabalho a ser realizado e seu objetivo profissional.

2. (Instituto Ludus/Pref. São João dos Patos-MA/Psicólogo/2010) Dentre as responsabilidades gerais do psicólogo, previstas no Código de Ética Profissional dos Psicólogos, não é vedado:

a) Apresentar, publicamente, através dos meios de comunicação, resultados de psicodiagnóstico de indivíduos ou grupos, bem como interpretar ou diagnosticar situações problemáticas, oferecendo soluções conclusivas.
b) Desviar para atendimento particular próprio, com finalidade lucrativa, pessoa em atendimento ou atendida em instituições com a qual mantenha qualquer tipo de vínculo.
c) Sugerir serviços de outros profissionais, sempre que se impuser à necessidade de atendimento e este, por motivos justificáveis, não puder ser continuado por quem o assumiu inicialmente.
d) Atender, em caráter não eventual, a menor impúbere ou interdito, sem conhecimento de seus responsáveis.
e) Prestar serviços ou mesmo vincular seu título de psicólogo a serviços de atendimento psicológico via telefônica.

3. (UPENET-IAUPE/HSE-PE/Psicólogo/2009) No que concerne aos Princípios Fundamentais do Código de Ética Profissional do Psicólogo de agosto de 2005, assinale a alternativa correta.

a) O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integralidade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.
b) O psicólogo trabalhará, visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e não se envolverá em questões que contribuirão para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
c) O pPsicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente, apenas, a realidade política.
d) O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo, apenas, para o desenvolvimento da psicologia no seu campo clínico.
e) O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos que atuam os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se, de forma passiva, aos demais princípios do Código.

4. (Consulplan/Pref. Paulo Afonso-BA/Psicólogo/2008) O Código de Ética Profissional do Psicólogo, em vigor desde o dia 27/08/2005, atribui responsabilidades ao exercício profissional. Marque a alternativa que não constitui um dever fundamental:

a) Fornecer a quem de direito, na prestação de serviços psicológicos, informações concernentes ao trabalho a ser realizado e ao seu objetivo profissional.
b) Prestar serviços profissionais em situações de calamidade pública ou de emergência, sem visar benefício pessoal.
c) Zelar para que a comercialização, aquisição, doação, empréstimo, guarda e forma de divulgação do material privativo do Psicólogo sejam feitas conforme os princípios regimentais da instituição a que se presta serviço.
d) Levar ao conhecimento das instâncias competentes o exercício ilegal ou irregular da profissão, transgressões a princípios e diretrizes do Código ou legislação profissional.
e) Assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente.

5. (IPAD/Pref. Barreiros-PE/Psicólogo/2008) Toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos potenciais. Analise as alternativas a seguir quanto às condições em que são permitidas essas pesquisas.

1. Quando o risco envolvido na pesquisa se justifica pela importância do benefício gerado, o pesquisador está dispensado de apresentar o termo de consentimento livre e esclarecido.
2. Estão proibidas pesquisas que não gerem benefícios diretos aos indivíduos que dela participam.
3. Os sujeitos da pesquisa que sofrerem qualquer tipo de dano resultante de sua participação têm direito a assistência integral para sanar o prejuízo sofrido.
4. Os sujeitos pesquisados podem se recusar a participar em qualquer fase da pesquisa sem sofrer nenhuma penalização nem ter seus cuidados prejudicados.
5. A pesquisa deve prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a proteção da imagem das pessoas e comunidades envolvidas.

Estão corretas apenas:

a) 1, 2 e 3.
b) 1, 3 e 5.
c) 2, 3 e 4.
d) 2, 4 e 5.
e) 3, 4 e 5.

6. (IF-RS/Psicólogo/2009) Segundo o Código de Ética do Psicólogo, art. 2º, ao psicólogo é vedado, exceto:

a) Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão.
b) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito.
c) Prestar serviços profissionais em situações de calamidade pública ou de emergência, sem visar beneficio pessoal.
d) Induzir qualquer pessoa ou organização a recorrer a seu serviço.

7. (ASPERHS/Pref. Vertentes-PE/Psicólogo/2010) Do Código de Ética de Psicologia. As transgressões dos preceitos deste Código constituem infração disciplinar com a aplicação das seguintes penalidades, na forma dos dispositivos legais ou regimentais das quais é incorreto afirmar:

a) advertência;
b) multa;
c) censura pública e divulgação em reuniões sobre o feito;
d) suspensão do exercício profissional, por até 30 (trinta) dias, *ad referendum* do Conselho Federal de Psicologia;
e) cassação do exercício profissional, *ad referendum* do Conselho Federal de Psicologia.

8. (Cespe-UnB/TRE-PA/Analista Judiciário/Psicologia2007) Um médico encaminhou um pedido de parecer psicológico ao psicólogo de um paciente comum, assistido por ambos no mesmo período. Ao emitir seu parecer, o psicólogo deixou de informar o uso de instrumentos de avaliação psicológica e encaminhou o documento ao solicitante em termos conclusivos. Assinale a opção correta acerca dos procedimentos do psicólogo e do documento emitido nessa situação.

a) Ao emitir o parecer, o psicólogo formulou um documento que tem por objetivo auxiliar na tomada de decisão do solicitante.
b) É necessário que o psicólogo tenha utilizado pelo menos um teste psicológico para emitir o parecer.
c) O parecer foi emitido de forma correta, pois, por se tratar de solicitação de profissional que não é psicólogo, não eram permitidas informações sobre os instrumentos utilizados para subsidiar o parecer.
d) O parecer psicológico é um documento apenas indicativo, não é conclusivo.
e) O parecer psicológico tem validade de 18 meses.

9. (Fundape/Pró-Saúde-AC/Psicólogo/2009) A Resolução nº 001/1999 do Conselho Federal de Psicologia define que os psicólogos:

a) não exercerão qualquer ação que favoreça a normalização de comportamentos homoeróticos e adotarão ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados;
b) exercerão ações que favoreçam à patologização de comportamentos homoeróticos e adotarão ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados;
c) não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos homoeróticos, nem adotarão ação coercitiva que tenha tendência a orientar clientes homossexuais para tratamentos não solicitados;
d) nunca se manifestarão publicamente a favor ou contra a patologização de comportamentos homoeróticas, mas poderão adotar ações tendentes a orientar clientes homossexuais para tratamentos de reeducação sexual.

Acerca da habilitação e do exercício profissional do psicólogo, segundo regulamentação em seu código de ética, julgue os itens subsequentes (C-Certo; E-Errado).

10. (Cespe-UnB/TRT – 17ª Região-ES/Analista Judiciário/Psicologia/2009) A partir de 2005 foram regulamentados o atendimento psicoterapêutico e outros serviços psicológicos mediados por computador e por telefone.

11. (Cespe-UnB/TRT – 17ª Região-ES/Analista Judiciário/Psicologia/2009) Em uma de suas resoluções, o Conselho Federal de Psicologia reconhece a neuropsicologia como especialidade da neurologia a fim de concessão e registro do título de especialista.

12. (Cespe-UnB/TRT – 17ª Região-ES/Analista Judiciário/Psicologia/2009) Em 2000, foi aprovada resolução que regulamenta o uso da hipnose como recurso auxiliar de trabalho do psicólogo.

13. (Cespe-UnB/TRT – 17ª Região-ES/Analista Judiciário/Psicologia/2009) Em resolução de 1996, o Conselho Federal de Psicologia instituiu e regulamentou a concessão de atestado psicológico para tratamento de problemas de saúde em geral.

14. (FCC/MPE-RS/Psicólogo/2008) O Código de Ética do psicólogo pode deixar de ser um instrumento eficiente, quando o profissional:

a) teme quebrar o sigilo e mantém o silêncio em casos de violência contra a criança ou o adolescente;
b) apresenta uma fatura após o término do tratamento de seu cliente;
c) mantém-se em dia com o pagamento do CRP – Conselho Regional de Psicologia – ainda que não esteja exercendo a profissão;
d) coloca seus serviços à disposição do menor impúbere ou interdito;
e) valoriza as graves consequências para a criança maltratada e para terceiros envolvidos.

Gabarito

1. E
2. C
3. A
4. C
5. E
6. C
7. C
8. A
9. C
10. E
11. E
12. C
13. E
14. A

Página deixada intencionalmente em branco

Capítulo 7

Terapias cognitivas e comportamentais

Luc Vandenberghe
Fabiana Gauy

Nos últimos 30 anos, as terapias comportamentais e cognitivo-comportamentais se destacaram em diferentes ambientes clínicos, hospitalares e institucionais. O presente capítulo abordará brevemente como estas abordagens surgiram, os modelos teóricos nos quais são fundamentadas, a prática clínica-institucional, incluindo as técnicas mais utilizadas, e as perspectivas futuras da área.

7.1. BREVE HISTÓRICO

O surgimento e os avanços das diferentes abordagens comportamentais e cognitivo-comportamentais ocorreram em processos paralelos. A terapia comportamental clássica – primeira onda – baseada na tradição de pensadores como Watson e Pavlov, desenvolveu-se de forma mais marcante entre 1952 e 1980, enquanto a terapia cognitivo-comportamental – segunda onda – gradualmente se tornou um movimento importante a partir de 1960. O advento da terceira onda, na década de 1980, trouxe novas visões teóricas, mas as duas ondas anteriores continuam sendo praticadas e geram novas contribuições na atualidade.

Independente dessas ondas, a análise aplicada do comportamento evoluiu, a partir da análise experimental de Skinner. Trata-se de programas de intervenção em instituições para pessoas com atraso mental, em escolas e outros *settings* de relevância social. Com o advento da terapia comportamental de fornagem brasileira, suas ideias encontraram um novo campo de aplicação no consultório, com clientes adultos, casais e famílias.

Primeira onda: Terapia comportamental clássica

O psicólogo americano John Watson (1878-1958), fundador do behaviorismo, defendeu a ideia de que toda aprendizagem dependia de processos de condi-

cionamento clássico. Publicou experimentos sobre estudos realizados com bebês, considerando as três emoções fundamentais: medo, raiva e amor, operacionalizados como respostas eliciadas por estímulos específicos. Mostrou, ao menos no caso do medo, que respostas emocionais podem ser adquiridas e extintas por procedimentos Pavlovianos.

Essa ideia foi levada para a prática terapêutica por Mary Cover Jones (1896-1987). Na década de 1920, ela introduziu o uso de métodos de extinção Pavloviana para tratar respostas de ansiedade em crianças. Hans Eysenck (1916-1997) e Joseph Wolpe (1915-1997) seguiram a linha iniciada por essa autora. Seus trabalhos sobre fobias e outros transtornos neuróticos, na década de 1950, consideravam que respostas irracionais de ansiedade não eram manifestações superficiais de um problema metapsicológico, e sim respostas aprendidas, decorrentes de vivências emocionais no decorrer da vida da pessoa. O modelo do condicionamento clássico descreve como estímulos que normalmente deveriam ser neutros podem vir a eliciar respostas de ansiedade. O modelo descreve também como, pela exposição prolongada e intensa ao estímulo condicionado, a resposta de ansiedade pode desaparecer. Esse modelo auxilia, ainda hoje, na compreensão da etiologia de alguns transtornos de ansiedade. Tratamentos por exposição a estímulos condicionados também continuam a ser usados.

Segunda onda: Terapia cognitivo-comportamental

A segunda onda das terapias comportamentais tomou inicio a partir dos trabalhos de dois clínicos norte-americanos. Baseando-se na sua experiência de consultório, Albert Ellis (1913-2007) propôs, no final dos anos 1950, que problemas emocionais diversas seriam resultado de erros de interpretação da realidade que ocorrem por causa de crenças rígidos do cliente. Em investigações mais sistemáticas, no início da década de 1960, Aaron Beck (nasc. 1921) observou a importância de suposições irracionais no desenvolvimento de quadros depressivos. De acordo com as ideias de Ellis e Beck, as causas do mal-ajustamento emocional são crenças e maneiras de pensar do cliente. Ambos os autores desenvolveram estratégias de questionamento diretas para alterar estruturas e processos cognitivos subjacentes aos transtornos psicológicos. Essas estratégias incluam maneiras de testar as suposições que o cliente possui sobre a realidade e formas de debate e argumentação para expor erros lógicos no pensar do cliente. A obra desses dois autores levou ao desenvolvimento de uma proposta terapêutica marcadamente diferente da terapia comportamental de cunho Pavloviano.

Terceira onda: Análise do Comportamento Clínica (ACC) e Terapia cognitivo-construtivista

Com a ampla expansão das terapias cognitivo-comportamentais, correntes críticas emergiram no decorrer da década de 1980. Essas novas correntes questionavam as estratégias cognitivo-comportamentais que pretendem controlar sentimentos e corrigir pensamentos. Dois movimentos amplos e diversificados se destacam no seio da terceira onda. Ambos se contrapõem à visão mecânica (mecanicista) da primeira onda e ao intervencionismo retilíneo da segunda. A Análise Clínica do Comportamento, também chamada de Análise Comportamental Clínica (ACC), situa sua proposta no contextualismo e, principalmente, durante a primeira década da sua existência, no behaviorismo radical. Outro movimento pertencente à terceira onda, fazendo a mesma crítica, se aliou às epistemologias construcionistas e ao construtivismo.

A ACC acata sentimentos e pensamentos como dicas concernentes às relações interpessoais que os geram. Essas dicas devem ser respeitadas e aceitas em vez de corrigidas. Não são causas de um mal-ajustamento, e sim avisos que sinalizam condições de vida e relações sociais que devem mudar. Muitas vezes caberá ao terapeuta, junto com o cliente, ir contra as normas e expectativas prevalentes, em vez de ajudar o cliente se acomodar às pautas marcadas pela cultura vigente (Hayes, 1987; Rabin, Tsai & Kohlenberg, 1996). Tal paradigma, portanto, não justifica ensinar o paciente a pensar puramente racional e retilíneo, mas sim, a buscar, a partir de uma ideologia de aceitação radical, nas contradições do cliente dicotomias dialéticas em prol de outra perspectiva que permite fazer novas escolhas. O paradigma de mudança das duas ondas anteriores foi trocado por uma terapia que combina aceitação com mudança (Linehan, 2009/1993).

As terapias cognitivas-construtivistas desenvolveram, independentemente da ACC, uma visão similar. Elas se distinguem das abordagens cognitivas argumentativas-racionalistas, como as de Ellis e de Beck, por não julgar as crenças dos clientes de acordo com o critério de racionalidade e não aderir ao método hipotético-dedutivo como via principal para verificar o saber. Em vez de debater as cognições dos clientes, defendem a promoção de narrativas mais flexíveis e a busca de metáforas que ilustram melhor a vivência do cliente. Encorajam a procura de construções da realidade que ofereçam melhores possibilidades para as questões idiossincráticas de cada cliente. Terapias cognitivas fortemente marcadas por essa tradição de pensamento incluem a terapia cognitiva narrativa (Gonçalves, 1998) e a terapia cognitiva pós-racionalista (Guidano, 1995).

Análise Aplicada do Comportamento (AAC)

Produto das pesquisas operantes em torno do trabalho de Skinner, nos anos 1950, a análise aplicada do comportamento não faz parte da tradição da terapia comportamental no sentido estrito. É uma tecnologia de manipulação de contingências ambientais, enfocando principalmente a programação de consequências escolhidas para comportamentos alvos. Assim, a abordagem não se destina ao *setting* típico do tratamento ambulatorial de transtornos psicológicos no consultório, mas à remediação de comportamentos que ocorrem em situações em que o analista do comportamento, ou seus mediadores, podem manipular as contingências. Como no caso de crianças pequenas e de clientes internados com limitações intelectuais graves ou transtornos psicóticos. Quando o analista do comportamento não tem como controlar as contingências no dia a dia, os pais das crianças, ou os cuidadores nas instituições, podem ser treinados como mediadores para um programa de intervenção operante.

A análise funcional é a forma de avaliação mais importante nesta abordagem. É um método experimental usado para identificar as variáveis ambientais que influenciam a ocorrência de comportamentos operantes. O termo **função** significa a relação entre a frequência de um determinado comportamento e certas variáveis antecedentes e consequentes do mesmo, resultando na contingência tríplice (Estímulo-Resposta-Consequência ou S-R-C). O analista aplicado compara o comportamento que lhe interessa sob várias condições experimentais criadas por ele através da manipulação direta de variáveis que considera potencialmente relevante. Por meio da observação direta em condições de teste e de controle distinguidos pela manipulação de cada variável pode ser demonstrada uma relação funcional entre a variável manipulada e o comportamento.

Típico para a AAC é a coleta e análise contínua de dados, durante todo o programa. Esses dados se referem às frequências dos comportamentos problemáticos – que devem diminuir – e dos comportamentos desejáveis – que devem aumentar. Tais dados são representados em gráficos ou tabelas, facilitando a verificação das mudanças quantitativas e o monitoramento dos resultados, para poder mudar a programação das consequências quando necessário. O treino de pais (Patterson, 1975) e a economia de fichas (Ayllon & Azrin, 1968) são exemplos conhecidos da análise aplicada do comportamento.

Terapia comportamental de fornagem Brasileira

Emergiu em nosso país uma prática de consultório que se baseia nos princípios da análise do comportamento (Delitti, 1993; Banaco, 1993) e especificamente nos conceitos teóricos da análise aplicada (Guilhardi, 2004). Tanto os problemas dos clientes quanto o processo psicoterápico são analisados em termos da contingência tríplice. É considerado que o cliente não sofre de depressão, de ansiedade ou de outros problemas emocionais, mas que ele sofre de contingências (Guilhardi, 2004). Por isso, em oposição marcante à terapia comportamental clássica, a terapia comportamental brasileira não concede papel causal a respostas emocionais subjacentes. Essa nova terapia comportamental também se distingue da prática tradicional da análise aplicada porque o terapeuta não tem controle sobre as contingências que determinam o comportamento onde este ocorre. Em vez de manipular diretamente as variáveis ambientais – aspecto essencial da AAC –, esta prática clínica é centrada em intervenções verbais.

O conceito de análise funcional é usado num significado diferente da AAC. Aqui, a análise ocorre "na cabeça do terapeuta", a partir das informações obtidas, e não por manipulação experimental de antecedentes e consequências em delineamentos formais. Muitas vezes sentimentos são usados, de uma maneira similar à prática na ACC, como dicas que permitam identificar contingências interpessoais ocorridas na vida do cliente. São formulados conselhos ou regras para que o cliente mude as contingências na sua vida. Além disso, procura-se aumentar o autoconhecimento do cliente. Isso significa que ele aprende a identificar as contingências as quais controlam seu comportamento, de modo que seja capaz de mudá-los.

Na Tabela 7.1 há um resumo das ondas teóricas, os principais autores, os modelos predominantes e a técnica de destaque de cada uma.

TABELA 7.1 – RESUMO DAS CORRENTES TEÓRICAS

Ondas	Autores principais	Modelos predominantes	Técnica de destaque
Primeira onda	H. J. Eysenck J. Wolpe	Teoria neo-Pavloviana	Exposição
Segunda onda	A. T. Beck A. Ellis	Modelo cognitivo	Reestruturação cognitiva
Terceira onda	R. Kohlenberg M. Linehan S. C. Hayes O. Gonçalves V. F. Guidano	Behaviorismo radical / Contextualismo / Construtivismo / Construcionismo	Aceitação radical / Vivência plena / Desconstrução do discurso

Ondas	Autores principais	Modelos predominantes	Técnica de destaque
Análise aplicada do comportamento	D. M. Baer	Behaviorismo radical	Controle de contingências
Terapia comportamental de fornagem brasileira	H. J. Guilhardi R. A. Banaco M. A. Delitti	Behaviorismo radical	Análise funcional

7.2. PRINCIPAIS TEORIAS

A fragmentação das práticas comportamentais foi precedida por uma fragmentação dos modelos teóricos e filosóficos subjacentes. Ao longo do tempo, três visões se destacaram, são elas: a teoria de aprendizagem, o modelo cognitivo e o construtivismo.

7.2.1. Teoria de Aprendizagem

Pavlov (1849-1936) descreveu no início do século XX, em experimentos com animais, como respostas fisiológicas podiam ser modificadas por condicionamento a partir de emparelhamento de estímulos que as antecedem. Um exemplo clássico foi o experimento no qual o pesquisador emparelhou um estímulo neutro a um estímulo que incondicionalmente eliciou certa resposta fisiológica num cachorro – passou a tocar uma campainha (estímulo neutro porque não eliciava salivação) ao apresentar o alimento (estímulo incondicionado eliciador de salivação). Após alguns emparelhamentos, bastava tocar a campainha que o cachorro já salivava (condicionamento reflexo – o estímulo que antes era neutro tornou-se um estímulo condicionado ou estímulo condicional).

Watson usou a investigação experimental típica para estudos com animais na tentativa de demonstrar que o comportamento humano também pode ser predito e controlado através dos princípios pavlovianos, se contrapondo à concepção vigente da época e gerando grande polêmica. O behaviorismo clássico de Watson enfatiza o papel de respostas emocionais condicionadas subjacentes aos problemas comportamentais, diferentemente do behaviorismo radical de Skinner, que rejeita a explicação do comportamento a partir de estados internos do organismo. O behaviorismo metodológico, evoluído a partir do trabalho dos psicólogos experimentais que deram continuação ao programa de investigação

de Watson, admite que variáveis psicológicas hipotéticas intermedeiam a relação entre o estímulo e a resposta. Enquanto o behaviorismo radical privilegia análises em termos de comportamento operante cedendo um papel menor ao comportamento respondente, o behaviorismo clássico (e na sua sequência o metodológico) privilegia o condicionamento pavloviano e cede menos espaço à aprendizagem instrumental.

O condicionamento clássico, pelos skinnerianos chamado de condicionamento respondente ou reflexo, se diferencia do condicionamento operante, chamado de condicionamento instrumental pelos neopavlovianos, sob três aspectos: a natureza do estímulo, o tipo de resposta aprendida e a relação entre a resposta e o reforçamento.

No **condicionamento clássico**, a resposta é específica e produzida por um estímulo antecedente específico. O condicionamento consiste na aquisição de uma resposta a um novo estímulo depois de emparelhamento deste último a um estímulo que já eliciava essa resposta. No **condicionamento operante**, a resposta é definida por uma classe de comportamentos que podem ter topografias diferentes, mas que levam à mesma consequência. Ela ocorre sem ser eliciada por um estímulo específico e está apenas sob controle discriminativo de aspectos antecedentes da situação que estiveram presentes quando ela foi reforçada no passado. O condicionamento consiste no reforçamento da resposta pela ocorrência de uma consequência causada por esse comportamento.

Ambos, o condicionamento clássico e o condicionamento operante, acarretam a formação de associações de estímulos e respostas e as contingências percebidas entre dois eventos. Porém, esses fenômenos se dão diferentemente nos dois tipos. No condicionamento clássico, trata-se da probabilidade de que o estímulo condicionado ocorrerá junto com o estímulo incondicionado. No condicionamento operante, trata-se da probabilidade de, na presença de um estímulo discriminativo, um comportamento levar a uma dada consequência. Chamamos de reforço toda consequência que, seguindo uma resposta, aumenta a probabilidade futura de ocorrência desta. A função reforçadora de um evento ambiental qualquer somente é definida por sua capacidade de aumentar a frequência de um comportamento.

Um evento reforçador para toda uma espécie é denominado de reforçador primário. Já aquele que se torna reforçador pela história de aprendizagem de um indivíduo é um reforçador secundário. O reforçamento positivo oferece alguma coisa ao organismo, enquanto o negativo consiste na retirada de algo indesejável

ou em evitar um evento aversivo. Comportamento reforçado pela retirada de algo é chamado de fuga. Quando é reforçado pela evitação de algo recebe o nome de esquiva. O reforçador produzido como resultado lógico do comportamento é chamado de reforço natural, como, por exemplo, não se molhar porque se usa um guarda-chuva. Quando a relação entre comportamento e consequência depende da decisão de outra pessoa, como obter aprovação por usar um guarda--chuva, é denominado reforço arbitrário.

Ambos os tipos de condicionamento estão sujeitos à extinção, bem como à generalização, à discriminação e ao controle do estímulo. A **extinção pavloviana** ocorre quando a pessoa se expõe repetidamente e demoradamente ao estímulo condicionado sem que o estímulo incondicionado ocorra. A **extinção operante** acontece quando a resposta é emitida repetidamente sem conseguir produzir a consequência reforçadora. O processo de extinção é um procedimento no qual uma resposta deixa abruptamente de ser reforçada. Porém, o tempo para que a resposta deixe de ser emitida é variável e depende do reforço utilizado e do esquema de reforçamento.

A **generalização pavloviana** é o processo em que uma resposta condicionada virá a ser evocada por estímulos parecidos com o estímulo condicionado. Já na **discriminação**, a resposta só vem a ser evocada especificamente com esses estímulos que foram mais frequentemente emparelhados com o estímulo incondicionado. A **generalização operante** é o processo no qual diferentes estímulos sinalizam que um comportamento será reforçado (generalização do comportamento), ou no qual, na presença de um estímulo discriminativo, diferentes comportamentos podem ser reforçados (generalização de estímulo). Em cada caso, o termo discriminação refere-se ao processo inverso da generalização.

7.2.2. Modelo cognitivo

A terapia cognitiva dispõe de dois referenciais epistemológicos: o racionalista ou objetivista e o construtivista. O primeiro pressupõe ser o conhecimento da realidade possível através do método hipotético-dedutivo e que crenças realistas promovem a saúde mental. Ele subsidia formas de intervenção argumentativas. Já no segundo, o tratamento é não argumentativo.

7.2.2.1. Modelo cognitivo racionalista

A teoria racionalista mais importante é o modelo cognitivo de Aaron Beck, resumido no trabalho de J. Beck (1997), o qual propõe que cognições ou pensa-

mentos podem ser diferenciados em três esferas: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais (Figura 7.1). Os pensamentos automáticos são involuntários e diretamente associados à situação que os desencadeia. Podem ser descritos como imagens ou frases que passam por nossa mente. Apesar de a maioria das pessoas não se dar conta da existência desse tipo de pensamento, eles são facilmente acessados. Já as crenças caracterizam padrões de pensamentos mais rígidos e menos acessíveis. As crenças intermediárias referem-se a suposições sobre como situações (internas e externas) funcionam e quais são as regras que determinam como se deve agir para obter certas consequências. Crenças centrais, também denominadas de esquemas, referem-se a estruturas mentais que orientam, organizam, filtram e selecionam interpretações da realidade ao longo da vida. Na conceituação cognitiva do caso, os pensamentos automáticos distorcidos típicos do cliente são relacionados a certas crenças intermediárias **negativas**, que, por sua vez, são derivadas de esquemas disfuncionais específicos, levando assim a um fluxograma em que os conteúdos do cliente nos diferentes níveis de cognição apresentam uma organização hierárquica lógica. Quando pensamentos automáticos evocam forte emoção, considera-se que uma crença central disfuncional está ativada (Beck, 1997; Falcone, 2001; Rangé, 1995). Há de se considerar, contudo, que nem todo pensamento distorcido é necessariamente disfuncional.

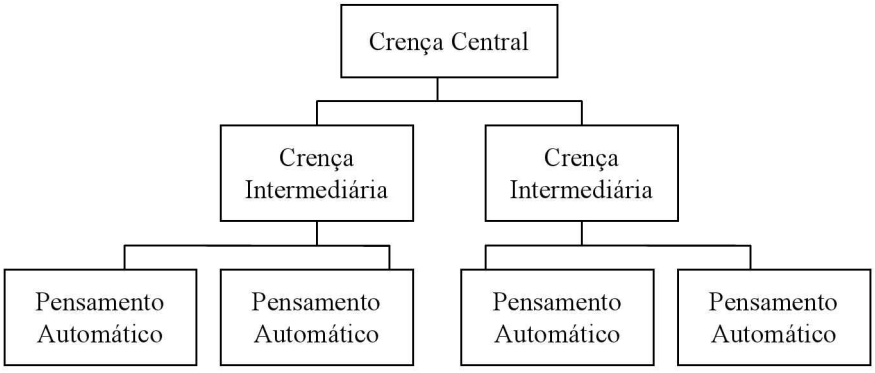


Figura 7.1 – Modelo Cognitivo da Teoria Racionalista.

Por exemplo, uma pessoa com transtorno do pânico pode estar jogando futebol e diante de uma taquicardia (situação ativadora) ter um pensamento automático *"Vou passar mal!"*, que é distorcido pelo fato da taquicardia, como sintoma isolado, não ser necessariamente uma evidência de que terá outra crise. Além

disso, o mais provável é que ela seja explicada como um efeito normal e passageiro da exigência do exercício físico. Entretanto, por avaliar a situação como perigosa (interpretação distorcida) essa pessoa começará a sentir ansiedade e tentará fugir. Para manter o exercício que estamos fazendo, poderíamos supor que esse pensamento possa estar associado à crença intermediária negativa: *"Se eu perder o controle irei passar mal"*; e a uma crença central disfuncional desenvolvida ao longo da vida de incompetência/fracasso.

Esse modelo defende que para modificar o processamento falho de informações e as interpretações tendenciosas e irrealistas dos fatos da vida é importante identificar os pensamentos disfuncionais e as distorções cognitivas recorrentes associadas à variação do humor.

O processo terapêutico baseado nesse modelo precisa ter como características: (a) formular o problema em termos cognitivos ao identificar pensamentos automáticos atuais associados a comportamentos problemáticos, fatores precipitantes, eventos-chave e padrões duradouros de interpretação; (b) estabelecer forte aliança, para promover uma colaboração e participação ativa entre terapeuta e cliente; (c) orientar a intervenção para metas e focalização no problema; (d) dar ênfase no presente; (e) ensinar o cliente a ser seu próprio terapeuta para manejo e prevenção de recaídas; (f) trabalhar com tempo limitado e sessões estruturadas; (g) estimular o cliente a identificar os pensamentos disfuncionais a partir do questionamento socrático, e os consequentes emocionais e comportamentais; e (h) utilizar técnicas para mudar o pensamento, emoção e comportamentos (Beck, 1997).

Os resultados obtidos em estudos controlados sugerem a indicação desta abordagem no formato individual ou grupal, nos diferentes quadros psiquiátricos, em atendimento infanto-juvenil, em idosos e em casais. Adaptações foram desenvolvidas a partir desse modelo racionalista para o atendimento de clientes difíceis, como os transtornos de personalidade (a abordagem focada nos esquemas de Young) e os quadros psicóticos (o modelo cognitivo das alucinações de Beck).

A **Terapia Focada em Esquemas** (Young, 2003) propõe a identificação dos Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), que são crenças e sentimentos incondicionados sobre si mesmo, resistentes a mudanças, e que parecem ser o resultado da combinação do temperamento inato e experiências no início da vida. A pessoa que apresenta esses esquemas provavelmente terá dificuldade em **domínios do esquema**, como o de desconexão e rejeição, presente quando há exposição a ambientes inseguros, que leva a pessoa a perceber como árduo o contato com os

outros; ou ainda o de autonomia e desempenho prejudicados, comum nos casos de superproteção parental, que favorece a pessoa sentir-se incompetente para realizar atividades sem o apoio dos outros. O reforço dos EIDs se dá no nível cognitivo pela ativação de filtros mentais que selecionam eventos/percepções que confirmam o esquema, e descartam ou minimizam aqueles que o contradizem. No nível comportamental, ocorre pelo padrão de comportamento autoderrotista, que outrora já foi adaptativo e funcional no ambiente familiar original da pessoa.

Devido à rigidez desses esquemas e à manutenção dos mesmos ao longo da vida, a pessoa, com grande frequência, desenvolve: (a) Evitação do Esquema – evitação cognitiva, automática ou voluntária, de conteúdos dos esquemas; e/ou (b) Compensação do Esquema – refere-se à adoção de estratégias cognitivas ou comportamentais que compensem os EIDs. Por exemplo, o cliente com o domínio de esquema de Autonomia e Desempenho Prejudicados pode ter como comportamento de evitação adiar o trabalho, e como comportamento de compensação se forçar a fazer o trabalho sem ajuda.

Beck e Rector (2004) consideram que **esquemas cognitivos** hiperativados comumente estão associados a quadros psicopatológicos específicos. Na depressão predomina um esquema de autodesqualificação, e na ansiedade, um de perigo. No caso dos quadros psicóticos, alguns tipos de cognição podem ser percebidos como algo externo à pessoa e são denominados de **tendência para externalização**. Outro pressuposto é de que a percepção, sensorial e cognitiva, é um processo complexo que muitas vezes não reflete a realidade externa, principalmente em indivíduos que possuem predisposição para **imaginações auditivas** involuntárias. Além disso, observa-se que pacientes esquizofrênicos possuem tanto um ***déficit* na inibição** de informações, o que provoca uma hiperconsciência manifestada em forma de alucinações e delírios. Estes ocorrem devido à incapacidade de controlar a entrada de informações, que acarreta uma sobrecarga sensória, e uma falha na filtragem das mesmas, gerando um ***déficit* na testagem da realidade** ou/e **raciocínio tendencioso**.

7.2.2.2. Construtivismo e Construcionismo

As epistemologias construtivistas e construcionistas compartilham o axioma que as pessoas – tanto os clientes quanto os próprios terapeutas – ativamente constroem o significado dos eventos e, por consequência, o sentido das suas vivências. Isso torna o mundo um lugar bem diferente para cada um de nós. Essas epistemologias se opõem diametralmente a duas outras visões conhecidas na Psi-

cologia. Em primeiro lugar, distinguem-se radicalmente de epistemologias que sugerem que a essência das coisas seria acessível para conhecimento direto por meio de reduções fenomenológicas, e que fenômenos poderiam ser compreendidos em termos de variações individuais de categorias universais. Em segundo lugar, distinguem-se também de abordagens que procuram estabelecer conhecimento exato mediante métodos considerados objetivos.

Tanto o construcionismo social quanto o construtivismo radical propõem que a essência dos fenômenos é uma noção questionável e que todo saber é necessariamente relativo, precisando ser avaliado dentro do seu contexto cultural ou sociolinguístico. O construtivismo radical propõe que **nosso** saber sobre o mundo nunca será mais do que **nossa** descrição desse mundo e, por isso, trará sempre as marcas da nossa socialização, de nossos interesses e necessidades, da nossa ideologia e dos nossos jeitos particulares de olhar e entender. Na ausência da possibilidade de um saber objetivo, a pragmática se torna o único critério de conhecimento válido. Nossa vivência terá sentido quando as nossas ficções **cabem** no mundo. Esse **caber** não significa que as construções subjetivas poderiam corresponder com uma verdade real, mas simplesmente que fazem o serviço que esperamos delas. Muitas diferentes ficções poderiam possibilitar uma pessoa de lidar de maneira bem-sucedida com sua vida (von Glaserfeld, 1981).

O construcionismo social abrange várias disciplinas. Exemplos são o desconstrucionismo, a Psicologia narrativa e a Psicologia discursiva. Todas propõem que nada tem significado fora da linguagem, porque é esta última que oferece o quadro de referência, permitindo que as "coisas" tomem forma. O deconstrucionismo procura descobrir fragmentos de discursos e articulações que podem esclarecer funções e intenções embutidas, na construção de um depoimento ou outra produção linguística. Nessa visão a própria pessoa é construída pela estrutura da linguagem e das ideologias embutidas nela (Derrida, 1967). A Psicologia narrativa, por sua vez, analisa as "histórias" que contamos para os outros e para nós mesmos, através das quais criamos a realidade. Nessa visão a pessoa constrói a realidade pela linguagem (Sarbin, 1986). A Psicologia discursiva aborda o efeito da linguagem sobre o mundo dos relacionamentos. Estuda como o uso contextualizado da linguagem em interações sociais muda as realidades e afeta as relações de poder (Potter, 1996). Gergen (1994), contudo, estuda o assunto da perspectiva oposta ao enfocar como relacionamentos sociais e relações de poder influenciam a construção dos discursos.

7.3. PRINCIPAIS TÉCNICAS NA PRÁTICA CLÍNICA

Foram selecionados sete grupos de técnicas pela sua aplicabilidade clínica. É importante observar que, em um processo terapêutico, utiliza-se uma combinação de procedimentos a serem utilizados de acordo com a avaliação do caso e as metas a serem alcançadas. Apesar de as técnicas exemplificarem alguns procedimentos, elas não representam o processo terapêutico em sua totalidade.

7.3.1. Relaxamento

Entre os métodos de relaxamento mais utilizados destaca-se o relaxamento progressivo de Jacobson, o treino autógeno de Schultz (Rimm & Masters, 1983; Vera & Vila, 1996), o relaxamento por imagem e técnicas de autocontrole baseadas no biofeedback (Vera & Vila, 1996), a serem descritas posteriormente. O **relaxamento progressivo** propõe-se em ensinar ao cliente a discriminar, e ativamente manejar, os níveis de tensão a partir da contração e descontração voluntária de grupos musculares específicos. O **treino autógeno** já associa comandos verbais (autoinstruções), como "relaxe" e "respire", a sensações corporais de peso e calor (Rimm & Masters, 1983). Enquanto o **relaxamento por imagem** utiliza-se de imagens para desfocar a atenção e com isso favorecer a diminuição da ansiedade. A respiração diafragmática lenta com maior tempo gasto na expiração é uma peça chave em todos os modelos de relaxamentos aqui citados. Em todos os relaxamentos, o cliente recebe o treino no consultório e depois é encorajado na autoadministração do procedimento fora da sessão. Esse tipo de técnica é indicado para diversos quadros ansiosos, depressão, dor crônica, insônia, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, manejo de estresse, entre outros problemas tratados no consultório ou no contexto institucional.

7.3.2. Exposição

As técnicas de exposição baseiam-se na teoria de condicionamento clássico de Pavlov, de acordo com o qual a exposição intensa e prolongada a um estímulo condicionado leva à redução da ansiedade pela habituação ao estímulo, e finalmente à extinção da resposta condicionada. No seio da terapia comportamental clássica, Hans Eysenck foi o autor que mais contribuiu para a compreensão e divulgação desses métodos. Toda exposição parte de uma avaliação do nível de ansiedade a partir da Escala SUD (unidades subjetivas de ansiedade) a qual indica quanto a situação ou o estímulo desencadeiam desconforto, de 0 (nada) a

10 (máximo). Essa escala também é usada como uma medida de referência no seguimento de mudanças na ansiedade no decorrer de todo o tratamento.

A **exposição ao vivo** consiste em expor o cliente, de forma gradativa, de acordo com uma hierarquia cuidadosamente elaborada, aos estímulos temidos até que a resposta de medo diminuía significativamente ou desapareça. A exposição e prevenção de resposta e a interoceptiva, a serem tratadas mais adiante, são exemplos desse tipo de exposição. A **exposição encoberta** ocorre a partir da exposição aos estímulos, apenas na imaginação do cliente. Tipos específicos de exposição encoberta são: a **dessensibilização sistemática** (Wolpe, 1983), que combina a indução de relaxamento com a apresentação gradual dos estímulos (do menos ao mais ansiogênico); e a **exposição** e **reprocessamento com movimentos oculares**, conhecido pela sigla inglesa EMDR (Shapiro, 2008) em que se permite que os estímulos (imagens, pensamentos, sentimentos ou sensações) surjam livremente com aplicação intermitente de sequências de movimentos oculares guiados pelo terapeuta.

Outras técnicas de exposição intensa, que não seguem uma hierarquia preestabelecida, são: a **inundação**, que consiste na exposição intensa ao estímulo ansiogênico na sua intensidade máxima até que a ativação autonômica seja reduzida e tomando-se o cuidado de inibir respostas de fuga-esquiva; e a **terapia implosiva**, a qual requer adicionalmente que o cliente imagine-se vividamente entrando em contato com as consequências mais temidas desse enfrentamento.

A **exposição** e a **prevenção de respostas** foram introduzidas por Victor Meyer, colaborador de Hans Eysenck, na década de 1960, no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Desde então, é a técnica mais indicada no tratamento desse transtorno. Consiste em três passos: (a) primeiro – realizar uma lista de situações ou estímulos desencadeadores de obsessões e de ansiedade que evocam rituais compulsivos; (b) segundo – avaliar o desconforto desencadeado por cada estímulo aversivo usando a Escala SUD; e (c) terceiro – exposição ao vivo a esses estímulos, conforme a escala estabelecida, com o impedimento de realizar o ritual que traz alívio.

A **exposição interoceptiva** é indicada para clientes com transtorno do pânico, e consiste em exposições voluntárias a sensações corporais, por exemplo, induzir a taquicardia solicitando ao cliente que corra parado por 60 segundos. Ela pode ser contrastada à **exposição situacional**, outro componente do tratamento de pânico, em que o cliente se expõe ao vivo às situações nas quais espera ter ataques de pânico. Do ponto de vista da terapia comportamental clássica, a

exposição interoceptiva tem como objetivo quebrar o emparelhamento entre sensações corporais (estímulos interoceptivos) e respostas de ansiedade (resultado de **condicionamento interoceptivo**). Do ponto de vista do modelo cognitivo, essa técnica proporciona ao cliente um teste de realidade, uma vez que ele pode avaliar as interpretações catastróficas a partir da informação obtida durante o experimento comportamental e substituí-los por interpretações mais realistas.

A **dessensibilização sistemática** foi desenvolvida por Wolpe no final da década de 1950 para alívio da ansiedade patológica e obedece ao princípio de inibição recíproca. Consiste em (a) treinar o cliente no relaxamento; e (b) construir uma lista de estímulos fóbicos organizados numa hierarquia de acordo com o nível de ansiedade que eliciam, a partir da Escala SUD. Concluída essas duas etapas, o cliente é gradualmente exposto na imaginação aos estímulos listados de forma ascendente, do menos ao mais ansiogênico. Cada estímulo é apresentado após a indução do relaxamento. A hierarquia bem construída para o tratamento de fobias por dessensibilização sistemática é um bom preditor de sucesso da intervenção (Wolpe, 1983). É utilizada no tratamento de fobias específicas e estresse pós-traumático, porém, geralmente é combinada com estratégias de autoinstrução para posterior enfrentamento de situações ansiogênicas na vida real.

Terapeutas cognitivos também usam técnicas de exposição, porém, na forma de experimentos comportamentais, durante os quais o cliente deve rever suas crenças catastróficas. O experimento evidencia para o cliente que a situação não é perigosa como ele imaginava. E ele descobre que está capaz de lidar com ela.

7.3.3. Reestruturação cognitiva

Surgiu a partir dos trabalhos de Ellis e Beck na década de 1960 e é indicada para o tratamento de síndromes psiquiátricas clínicas (Eixo I) e de transtornos de personalidade (Eixo II), desde que distorções cognitivas ou crenças irracionais ou disfuncionais sejam identificadas. Consiste em colaborativamente avaliar os pensamentos disfuncionais junto com o cliente (empirismo colaborativo), mediante ao **questionamento socrático** que tem como objetivo checar as evidências que confirmam ou não os pensamentos. O objetivo final é ensinar os clientes a identificar e corrigir, independentemente do terapeuta, seus erros de interpretação enquanto estão ocorrendo. Assim, por exemplo, o terapeuta cognitivo ajuda o cliente com transtorno de pânico a diferenciar sensações corporais, favorecendo a autopercepção correta e a correção de interpretações catastróficas associadas a sensações físicas típicas da crise de pânico.

Ao iniciar a discussão, focando os conteúdos dos pensamentos automáticos, tenta-se em seguida identificar e corrigir típicos erros de interpretação (denominados por distorções cognitivas, como catastrofização, visão em túnel ou pensamento dicotômico). A forma mais utilizada para acessar esses pensamentos é questionar o cliente sobre *"O que está passando pela sua cabeça agora?"*, quando há uma mudança no humor durante a sessão. O cliente é incentivado a realizar o mesmo questionamento sempre que perceber uma alteração importante em sua emoção. O **registro de pensamentos disfuncionais** (RPD) é de grande auxílio no acesso às percepções e na discriminação dos estímulos desencadeadores. Consiste em uma folha com cinco colunas a serem preenchidas quando há mudança no humor: situação (desencadeadora), pensamento automático (o que passou pela minha cabeça e o quanto eu acredito neste pensamento de 0% a 100%), emoção (e qual intensidade de 0% a 100%), resposta adaptativa ou alternativa (utilizar o questionamento socrático para avaliar as evidências existentes sobre a veracidade do pensamento e auxiliar na construção de explicações alternativas) e, por fim, o resultado desse questionamento (de 0% a 100% o quanto acredito no pensamento anterior e qual é a intensidade da emoção experimentada depois desse questionamento).

Depois que o cliente torna-se hábil em identificar e modificar os pensamentos automáticos, o trabalho se focalizará nas crenças, mais difíceis de serem acessadas e alteradas. Elas são identificadas a partir da alta carga emocional evocada pelo tema-problema. Além das estratégias já citadas para avaliar os pensamentos automáticos, outras são utilizadas, entre elas estão: (a) **seta descendente**, consiste em uma série de perguntas, a cada resposta do cliente, que avaliam o significado do pensamento manifesto. As perguntas que questionam **o que o pensamento significa para o cliente** identificam a crença intermediária, e as que questionam **o que o pensamento revela sobre a pessoa** acessam a crença central; (b) **experimento comportamental**, consiste no cliente pôr em prática o comportamento-alvo ou se expor à situação temida, para submeter suas crenças em relação a estes (por exemplo, que ele não vai conseguir ou que os outros vão reagir muito mal) ao teste empírico; (c) **vantagens e desvantagens**, consistem na avaliação do custo/benefício a curto, médio e longo prazo de manter esses pressupostos rígidos, como por exemplo, *"tenho de ser competente em tudo que faço"*; (d) ***role-play* racional-emocional**, denominada por Young de "ponto-contraponto", que consiste em avaliar as crenças diferenciando a argumentação em ponto de vista racional e ponto de vista emocional, no qual, durante a dramatização, o cliente defende o primeiro e o terapeuta contra-argumenta a partir do segundo; e

(e) **teste histórico**, consiste em dividir os anos de vida do cliente em períodos de tempo e solicitar uma retrospectiva de situações ao longo da vida que *não* confirmam a crença disfuncional identificada (Beck, 1997; Knapp, 2004).

7.3.4. Ensaio comportamental (Role-Play)

No final da década de 1950, foi denominado psicodrama comportamental, inspirado nos trabalhos de Moreno (Wolpe, 1983). Ganhou força na década de 1970 com as pesquisas de Bandura acerca de modelação (aprendizagem por observação de modelo). O ensaio de habilidades ocorre a partir de dramatização corretiva de situações avaliadas como problema-alvo no seu cotidiano. O terapeuta ou o grupo de clientes, durante as sessões, pode participar de dramatizações, ora servindo como modelo para ser discutido ou imitado pelo cliente, ora fazendo o papel de pessoas do cotidiano do cliente. Os participantes são incentivados a trocarem informação sobre o desempenho de cada um depois do ensaio. Quando o participante alcançou um nível de habilidade suficiente, uma tarefa de casa é elaborada em conjunto com ele, em que pode colocar o comportamento treinado na prática. É utilizado tanto para adquirir comportamentos específicos novos como no treino de habilidades sociais, quanto para ensaiar um novo estilo interpessoal, como no treino assertivo em que o participante aprende a interagir com outros sem submissão nem agressividade, ou seja, de forma assertiva.

7.3.5. Treino de habilidades sociais (THS)

Este conjunto de técnicas tem como objetivo aumentar a competência social em situações críticas. Exemplos de comportamentos treinados nesta modalidade são: manter contato ocular, iniciar uma conversa, oferecer crítica, receber crítica, fazer um pedido, expressar sentimentos. Na sua versão contemporânea, consiste em quatro elementos: (a) treino de habilidades deficitárias com o objetivo de aumentar o repertório comportamental do cliente a partir do ensaio comportamental, autoinstruções, modelação, entre outros; (b) redução da ansiedade nas situações alvos podendo-se usar o relaxamento ou exposição; (c) reestruturação cognitiva dos pensamentos geradores de ansiedade e evitação social; e (d) treinamento de solução de problemas que consistem em quatro passos: identificar o problema, listar as possíveis soluções, avaliar as consequências das soluções identificadas e escolher uma para ser testada (Caballo, 1996). É indicado no tratamento de baixa habilidade social comum nos fóbicos sociais, quadros de agressividade, transtorno de personalidade evitativo, esquizofrenia, entre outros.

7.3.6. *Biofeedback*

O cliente pode aprender a controlar respostas fisiológicas por meio de recursos tecnológicos, que possibilitam a discriminação dos sinais físicos e, consequentemente, o controle voluntário dos mesmos. Segue os princípios do condicionamento clássico, já que ocorre habituação através da exposição prolongada aos estímulos fisiológicos. Também segue os do condicionamento operante, porque o cliente é (através do *feedback* providenciado pelo aparelho que mede sua tensão muscular, resposta galvânica, ritmo cardíaco ou outra variável de atividade fisiológica) diretamente exposto às consequências dos seus comportamentos de autocontrole, sejam estas tentativas de relaxar ou outras formas de influenciar suas próprias respostas corporais. Essa técnica conta como exemplo típico da prática da medicina comportamental (a área de aplicação da terapia comportamental no seio da Psicologia de saúde). É indicada, em associação a outras técnicas comportamentais e cognitivas, para tratamento de disfunções cardiovasculares, como arritmias, hipertensão e distúrbios circulatórios periféricos; distúrbios gastrintestinais, como incontinência fecal, síndrome do cólon irritável e úlceras pépticas; transtornos neuromusculares; bruxismo; cefaleia tensional, entre outros problemas físicos (Simón, 1996). Apesar de ser um tratamento geralmente bem-sucedido, ainda é pouco utilizado por ser muito oneroso financeiramente, uma vez que exige tecnologia pouco fabricada no Brasil.

7.4. ATUALIZAÇÕES E REFLEXÕES SOBRE TERAPIAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS

Evoluções recentes incluem, além de inovações técnicas, uma mudança de filosofia básica. Pode-se notar certa desconfiança do racionalismo. Tal mudança se reflete na busca de alternativas à abordagem objetivista e argumentativa da terapia cognitiva e também na introdução de noções espirituais e práticas de meditação orientais (*mindfulness*). Num sentido mais amplo, percebe-se um deslizamento geral de ênfase para a vivência subjetiva.

A ACC e as terapias cognitivas construtivistas possuem uns traços pós-modernos, uma vez que rejeitam a validade das grandes narrativas impostas pela cultura e dão preferência a vivência direta. O abandono por Hayes, Strosahl e Wilson (1999) do behaviorismo radical que historicamente gerou e fundamentou a ACC (Hayes, 1987) é mais um exemplo do repúdio a uma grande narrativa intelectual, repúdio este que caracteriza o pós-modernismo. Tanto na terapia cognitiva quanto na ACC observa-se uma tendência recente em dar menos ênfase às téc-

nicas e em usar o relacionamento terapêutico como instrumento de mudança. Bons exemplos disso são os trabalhos de Safran (2002) e de Kohlenberg e Tsai (2001/1991). O primeiro descreve como rupturas na aliança terapêutica devem ser usadas como oportunidades no tratamento. Os outros dois autores desenvolveram uma modalidade de tratamento integralmente baseada na vivência intensa do relacionamento interpessoal entre terapeuta e cliente, denominada Psicoterapia Analítico Funcional (ou pela sigla inglesa FAP).

O treino em *mindfulness* foi introduzido por Kabat-Zinn (1990), na medicina comportamental, inicialmente como tratamento para dor crônica, mas logo também para uma variedade de outros problemas. *Mindfulness* é definido como estar intencionalmente presente no momento, aqui e agora, sem intelectualizar ou julgar, e pode ser adquirido por meio de treino formal em meditação ou mediante exercícios informais para envolver-se plenamente e conscientemente nas suas atividades do dia-a-dia. A prática de *mindfulness* foi incluída, como componente importante, em todas as correntes da ACC: na terapia comportamental dialética (Linehan, 2009/1993), na terapia de aceitação e compromisso (Hayes, 2004) e no trabalho com casais (Carson, Carson, Gil & Baucom, 2004). Kohlenberg e cols. (2004) consideram que o próprio psicoterapeuta comportamental deve desenvolver a prática de *mindfulness* na sua maneira de estar na sessão.

Teasdale (1999) desenvolveu uma terapia cognitiva baseada em *mindfulness* como estratégia de prevenção de recaída para clientes que terminaram com sucesso uma terapia cognitiva tradicional para depressão. Essa intervenção foi desenvolvida para maximizar os ganhos terapêuticos e minimizar as recaídas e o impacto das mesmas. É aplicada depois do término do tratamento, quando a pessoa não está mais depressiva. Consiste em nove sessões de grupo, complementadas com exercícios diários em casa. O treino no grupo e os exercícios em casa têm como objetivo ensinar a pessoa a mudar a perspectiva na qual ela conduz pensamentos e crenças. Aproveitando-se das habilidades de identificar e rotular pensamentos, adquiridas durante a terapia cognitiva, o participante aprende a aceitá-los sem tomá-los literalmente e sem deixar-se reger por eles. A recaída depressiva pode ser prevenida quando a pessoa aprende a manter sua mente num modo de funcionamento que privilegia sentidos profundos e valores e evita a ruminação. Num estado de *mindfulness*, as informações e os pensamentos, que vêm na forma de afirmações concretas, são processados diretamente, sem elaboração intelectual, interpretação ou julgamento. Ao mesmo tempo, informações contextuais, incluindo o significado mais amplo e os valores da pessoa relevantes para a situação, são envolvidas no processamento de forma mais elaborada.

Em paralelo com os desenvolvimentos rápidos no seio da terceira onda, as abordagens mais tradicionais também evoluíram. Por exemplo, enquanto o modelo cognitivo original das décadas de 1960 e 1970 colocava de modo bastante simplificado que humor e ação são determinados por estruturas cognitivas, Beck (1996) chegou a dar maior ênfase ao papel da aprendizagem vivencial. A partir de componentes vivenciais inconscientes e componentes cognitivos estruturais, a pessoa desenvolve modos de funcionar que se tornam suborganizações da sua personalidade. Com essa adição, o modelo cognitivo perde seu formato linear-racionalista. A partir dessa nova visão, as mudanças terapêuticas devem considerar tanto os esquemas cognitivos (que incluem os conteúdos importantes para a pessoa) quanto os componentes vivencias (que determinam a perspectiva na qual a pessoa conduz os conteúdos cognitivos).

Um exemplo de uma inovação recente da terapia comportamental clássica é o tratamento da dor crônica por meio da exposição graduada (Vlaeyen e cols., 2001). Trata-se da aplicação de uma técnica clássica numa nova área. Esse tratamento encaixa-se na visão clínica contemporânea por privilegiar a vivência direta da situação-alvo. É feita uma hierarquia de situações que o cliente costuma evitar, de acordo com a intensidade do seu medo de sentir dor. O tratamento começa com a exposição ao vivo à situação menos temida e progride passo a passo de acordo com a hierarquia de medo estabelecida. Esse tratamento mostrou-se superior a vários outros tratamentos de dor crônica. Além de levar a melhoras no medo, na evitação de situações e na dor percebida, a exposição graduada também muda cognições disfuncionais relacionadas à dor. E essa mudança ocorre sem qualquer abordagem argumentativa

7.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYLLON, T. & AZRIN, N. *The token economy: A motivational system for therapy.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1968.

BANACO, R. A. "O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta". *Temas em Psicologia,* 3(1) 71-79, 1993.

BECK, A. T. & RECTOR, N. A. "Um modelo cognitivo das alucinações". In: KNAPP, P. (Org.). *Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica.* (p. 101-132). Porto Alegre: Artmed, 2004.

BECK, A.T. Além da crença: Uma teoria de modos, personalidade e psicopatologia. Em P.M. SALKOVASKIS (Org.). *Fronteiras da terapia cognitiva* (p. 21-40). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

BECK, J. S. *Terapia cognitiva: Teoria e prática.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CABALLO, V. E. O treinamento de habilidades sociais. Em V. E. Caballo, *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (p. 361-399). São Paulo: Santos, 1996.
CARSON, J. W., CARSON, K. M., GIL, K. M. & BAUCOM, D. H. "Mindfulness-based relationship enhancement". In: *Behavior Therapy, 35*, 471-494, 2004.
DELITTI, M. O uso de encobertos na terapia comportamental. *Temas em Psicologia*, 1(2) 41-46, 1993.
DERRIDA, J. *De la grammatologie*. Paris: Minuit, 1967.
FALCONE E. "Psicoterapia Cognitiva". In RANGE, B. (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais – Um diálogo com a psiquiatria*. (p. 49-61). Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
GERGEN, K. J. *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press, 1994.
GONÇALVES, O. Psicoterapia Cognitiva Narrativa: Manual de terapia breve. Campinas: Psy, 1998.
GUIDANO, V.F. *Desarrollo de la terapia cognitiva post-racionalista*. Editorial Instituto de Terapia Cognitiva: Santiago de Chile, 1995.
GUILHARDI "Terapia pelas contingências de reforçamento". In: NABUCCO, C. &Guilhardi, H. (Orgs.). *Terapia Comportamental e Cognitiva Comportamental. Práticas Clínicas*. São Paulo: Rocca, 2004.
HAYES, S. C. "A contextual approach to therapeutic change". N. JACOBSON (Org.). *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (p. 327-387). New York: Guilford, 1987.
HAYES, S. C. (2004). "Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy". *Behavior Therapy*, 35, 639-665
HAYES, S. C., STROSAHL, K. D. & WILSON, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: Na experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
KABAT-ZINN, J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind in everyday life*. New York: Delacorte, 1990.
KNAPP, P. "Principais técnicas". In: P. KAPP (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 133-158). Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
KOHLENBERG, R. J. & TSAI, M. *FAP: Psicoterapia Analitico Funcional*. [Obra original 1991; Tradução sob coordenação de R. Kerbauy]. Santo André: ESETec, 2001.
KOHLENBERG, R. J., KANTER, J. W., BOLLING, M. (Functional Analytic Psychotherapy, Cognitive Therapy, and Acceptance. In S. C. HAYES, V. M. FOLLETTE, & M. M. LINEHAN (Eds.) *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 96-119). New York: Guilford, 2004.
LINEHAN, M. "Terapia cognitive-comportamental para o transtorno de personalidade borderline". [Obra original 1993]. Porto Alegre: Artmed, 2009.
PATTERSON, G. *Families: Applications of Social Learning to Family Life*. Champaign: Research Press, 1975.
POTTER, J. *Representing reality: Discourse, rhetoric and social construction*. London: Sage, 1996.

RABIN, D. S. W., TSAI, M. & KOHLENBERG, R. J., Targeting sex-role and power-issues with a functional analytic approach: Gender issues in behaviorial marital therapy". *Journal of Feminist Family Therapy, 6*, 1-24, 1996.
RANGÉ, B. "Bases filosóficas e teóricas da psicoterapia comportamental e cognitiva". In: B. RANGÉ, *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos.* (p. 13-26). Campinas: Workshopsy, 1995.
RIMM, D. C. & MASTERS, J. C. "Relaxamento e dessensibilização sistemática". In: D. C. Rimm & J. C. Masters (Orgs.). *Terapia Comportamental* (p. 37-66). São Paulo: Manole, 1983.
SAFRAN, J. *Ampliando os limites da terapia cognitiva.* Porto Alegre: Artemed, 2002.
SARBIN, T. R. *Narrative psychology: The storied nature of human conduct.* New York: Praeger, 1986.
SIMON, M. A. "Biofeedback". In V. E. CABALLO. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (p. 335-360). São Paulo: Santos, 1996.
SHAPIRO, F. *EMDR Princípios básicos, protocolos e procedimentos.*[Obra original 1995]. Rio de Janeiro: Editora Nova Temática, 2008.
TEASDALE, J. "Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders". *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*, 146-155, 1999.
VERA, M.N.; VILA, J. "Técnicas de relaxamento". In V. E. CABALLO, *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (p. 147-166). São Paulo: Santos, 1996.
VLAEYEN, J.; DE JONG, J.; GEILEN, M.; HEUTS, P.; VAN BREUKELEN, G. "Graded exposure in vivo in the treatment of pain-related fear: a replicated single-case experimental design in four patients with chronic low back pain". *Behaviour Research and Therapy 39*, 151–166, 2001.
VON GLASERFELD, E. Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: P. WATZLAWICK (Org.). *Die erfundene Wirklichkeit* (p. 37-49). Munchen: Piper & Comp, 1981.
WOLPE, J. *Prática da teoria comportamental.* São Paulo: Brasiliense, 1983.
YOUNG, J. E. *Terapia Cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada no esquema.* Porto Alegre: Artmed, 2003.

7.6. QUESTÕES

1. (Ceperj/SEE-RJ/Professor Docente/Psicologia/2007) Fundador da escola americana conhecida como Behaviorismo, Watson acredita que o pensamento:

a) é passível de ser estudado a partir da concepção fisiológica de mente, pois é um evento mental físico.
b) não é passível de ser estudado, pois é algo de natureza subjetiva e avessa ao método experimental.
c) é passível de ser estudado, já que, apesar de sua aparente complexidade, não difere de outros comportamentos.
d) não é passível de ser estudado pela Psicologia, mas sim através de estratégias e métodos próprios a outro campo.
e) não é passível de ser estudado, pois não possui existência como evento mental físico.

2. (Cespe-UnB/TRE-MT/Analista Judiciário-Psicologia/2008) Considerando uma situação terapêutica na qual o psicólogo propôs ao cliente desenvolver habilidades de enfrentamento centrado no problema, julgue os itens a seguir.

I. O modo de enfrentamento centrado na emoção também deve ser treinado porque é o procedimento de escolha quando o agente estressor é localizado no contexto familiar.

II. O modo de enfrentamento centrado no problema tem o objetivo de administrar o agente estressor, mas mesmo pessoas bem treinadas não serão aptas a solucionar todos os problemas em todas as ocasiões.

III. A técnica de inoculação do estresse é inadequada para esta situação.

IV O uso de dramatização seguido de feedback é indicado para a situação considerada.

V. O treinamento assertivo por desempenho de papéis é uma técnica possível para essa situação.

Estão certos apenas os itens:

a) I, II e III;
b) I, III e V;
c) I, IV e V;
d) II, III e IV;
e) II, IV e V.

3. (Cespe-UnB/TRE-MT/Analista Judiciário-Psicologia/2008) Quanto ao tratamento comportamental-cognitivo em grupo para depressão, assinale a opção correta.

a) O registro de pensamentos disfuncionais não é viável como na terapia individual porque o formato grupal compromete a privacidade do indivíduo.
b) O grupo funciona como um modelo em que cada participante pode, observando as experiências de seus colegas, reduzir o número de tentativa e erro na aquisição de novo repertório.
c) É importante que cada participante do grupo tenha o cuidado de guardar apenas para si as expectativas que tem sobre o processo grupal.
d) Na condução do grupo, o psicólogo deve manter os participantes coesos, de modo que em algum momento esses participantes possam exercer controle total sobre o processo terapêutico.
e) O procedimento grupal é especialmente útil para pacientes com ideação suicida ativa.

Julgue os itens seguintes quanto às diferentes técnicas psicoterápicas (C-Certo; E-Errado).

4. (Cespe-UnB/INSS/Analista de Seguro Social-Psicologia/2008) A terapia cognitiva baseia-se em conceitos da Psicologia cognitiva e social, da teoria do processamento patológico das informações, da teoria psicanalítica e da investigação empírica clínica. A premissa básica é que a maneira como as pessoas interpretam suas experiências determina como elas sentem e se comportam. Outra premissa é de que o que perturba as pessoas não são as coisas em si, mas suas concepções em relação a elas.

5. (Cespe-UnB/INSS/Analista de Seguro Social-Psicologia/2008) A terapia comportamental baseia-se em alguns princípios e teorias da aprendizagem para explicar tanto o surgimento como a eliminação de sintomas psicopatológicos mediante a aplicação de suas técnicas. Essas técnicas incluem o condicionamento clássico, o condicionamento operante, a aprendizagem social, a inibição recíproca e a dessensibilização sistemática.

Julgue os itens seguintes quanto às técnicas cognitivas e comportamentais (C-Certo; E-Errado).

6. (Cespe-UnB/TJ-DFT/Analista Judiciário – Psicologia/2008) Em uma tomada de decisão, o paciente expressa uma previsão negativa, e o terapeuta propõe que o paciente a teste, como, por exemplo, na seguinte situação: "Eu não consigo telefonar para marcar uma consulta no médico"; em seguida, o paciente faz a chamada telefônica no consultório.

7. (Cespe-UnB/TJ-DFT/Analista Judiciário – Psicologia/2008) Em um experimento comportamental, o terapeuta entrega ao paciente uma lista com várias opções a escolher, por exemplo, as perdas e ganhos de se optar por determinado emprego, e solicita ao paciente que relacione vantagens e desvantagens de cada opção.

8. (Cespe-UnB/TJ-DFT/Analista Judiciário – Psicologia/2008) Na distração e refocalização, o terapeuta ensina o paciente a refocalizar a tarefa imediata, isto é, deliberadamente voltar sua atenção, por exemplo, ao que seu companheiro está dizendo, ou à estrada a sua frente.

9. (Cespe-UnB/TJ-DFT/Analista Judiciário – Psicologia/2008) Relaxamento é uma técnica que pode ajudar a reduzir a ansiedade ou conduzir a possíveis pensamentos ansiosos que podem ser avaliados.

Julgue os itens seguintes, referentes à prática da intervenção cognitivo-comportamental (C-Certo; E-Errado):

10. (Cespe-UnB/TRT – 10ª Região/Analista Judiciário – Psicologia/2004) As intervenções são planejadas e as técnicas são escolhidas conforme a extensão do problema e a validade social da intervenção.

11. (Cespe-UnB/TRT – 10ª Região/Analista Judiciário – Psicologia/2004) Para ser eficaz, a própria técnica de intervenção deve ser reforçadora para o paciente.

12. (Cespe-UnB/TRT – 10ª Região/Analista Judiciário – Psicologia/2004) Pensamentos disfuncionais são distorções cognitivas.

13. (Cespe-UnB/TRT – 10ª Região/Analista Judiciário – Psicologia/2004) A sensação de desconforto de um organismo exposto a estímulos geradores da ansiedade é uma resposta operante condicionada.

14. (Cespe-UnB/TRT – 10ª Região/Analista Judiciário – Psicologia/2004) O uso da técnica de relaxamento muscular progressivo é incompatível com o uso da técnica de dessensibilização sistemática.

15. (Cespe-UnB/TRT – 10ª Região/Analista Judiciário – Psicologia/2004) A hierarquia bem construída para o tratamento de fobias por dessensibilização sistemática é um bom preditor de sucesso da intervenção mesmo quando as imagens descritas pelo terapeuta são parciais ou pouco claras.

16. (Cespe-UnB/TRT – 10ª Região/Analista Judiciário – Psicologia/2004) O ensaio comportamental para o treino de assertividade pressupõe a inibição recíproca.

17. (Cespe-UnB/TRT – 10ª Região/Analista Judiciário – Psicologia/2004) A autoinstrução pode ser combinada com técnicas de dessensibilização no tratamento da fobia social.

18. (Nucepe/MPE-PI/Analista Ministerial/Psicólogo/2009) A Psicologia cognitiva se difere de outras abordagens da Psicologia, pois:

a) aceita a fenomenologia como única referência da realidade concreta que pode dar acesso à realidade objetiva;
b) integra-se com a Psicologia comportamental por considerar que a variabilidade do comportamento humano é indispensável para compreender razão consciente;
c) fundamenta-se numa metodologia científica de base positivista recusando trabalhar com referências dialéticas;
d) fundamenta seus experimentos considerando que os dados devem ser analisados numa perspectiva behaviorista de fundamentação skinneriana;
e) considera que a influência das variáveis ambientais é de fundamental importância para o processo de aprendizagem.

19. (FCC/TRT – 23ª Região/Analista Judiciário – Psicologia/2007) A abordagem cognitivo-comportamental, utilizando métodos específicos que objetivam trabalhar a impulsividade e a instabilidade emocional, tem conseguido gradativamente espaço e sucesso no tratamento de pacientes borderline, principalmente por meio da terapia dialética comportamental proposta por Linehan, em 1993, para pacientes suicidas. Essa técnica procura:

a) envolver a família em uma terapêutica psicoeducacional ou sistêmica, ou ainda, dependendo do caso, dinâmica, além do uso de psicofármacos e psicoterapia individual (combinados ou não);
b) focalizar a construção de relações de intimidade, a clarificação de metas a serem alcançadas e a possibilidade de remediar as relações familiares, principalmente com pais e irmãos, se possível reduzindo os efeitos de traumas físicos e

sexuais ocorridos no passado, mudando, dessa forma, o contexto de aceitação da realidade;

c) mesclar a psicoterapia de grupo com a individual, propondo como modalidade de tratamento algumas modificações entre elas, por exemplo, a prática de responder diretamente ao paciente e não ao grupo, procurando modificar um negativo e desesperador senso de si;
d) uma associação com a psicoterapia familiar, considerando o baixo nível de emoção expressa, o ambiente caótico e disruptivo, nos quais os pais também se apresentam como pessoas bastante comprometidas emocionalmente, favorecendo a ocorrência de agressões físicas e psicológicas;
e) associar-se às psicoterapias de longo prazo, de *insight* ou suportivas, quando necessário, em casos mais crônicos, sendo que dados indicam que em 76% dos casos, os pacientes conseguiram uma melhora da sintomatologia e capacitação para se situarem em uma área de variação normal do funcionamento psíquico.

20. (Cespe-UnB/TRE-AP/Analista Judiciário – Psicologia/2007) Os procedimentos adequados para o tratamento psicológico de base comportamental cognitiva para o transtorno da ansiedade generalizada não incluem o(a):

a) reestruturação cognitiva;
b) relaxamento muscular progressivo;
c) exposição cognitiva às diferentes preocupações;
d) treinamento para remoção de cada evento preocupante;
e) encaminhamento ao psiquiatra para avaliar a necessidade de medicação.

21. (AEDB/Pref. Itatiaia-RJ/Psicólogo Clínico Educacional/2007) Quando na sala de aula um aluno tem um comportamento indesejado, o professor pode chamar sua atenção na tentativa de cessar esse comportamento. Pode também optar por elogiar o aluno que se comporta de forma correta ignorando aquele que não age corretamente.
Considerando a teoria do condicionamento operante aplicada à aprendizagem temos:

a) na primeira solução a aplicação do princípio da generalização;
b) na primeira solução a aplicação de um reforço;
c) na segunda solução a aplicação do princípio da generalização;
d) na segunda solução a aplicação dos princípios da discriminação;
e) na segunda solução aplicação da punição e do esforço.

22. (Upenet/Iaupe/HSE – PE/Psicólogo/2009) Considere as afirmações abaixo, relativas à prática clínica de um terapeuta comportamental.

I. Identificar unidades de análise bem como classes de estímulos e de comportamentos.
II. Discriminar comportamentos controlados por regras daqueles controlados por contingências.
III. Realizar análises funcionais do comportamento verbal.
IV. Buscar conhecer os antecedentes e consequentes dos quais o comportamento é função.
V. Estabelecer contingências de reforço.

Está correto o que se afirma em:

a) I, II, III e IV, apenas.
b) II, III, IV e V, apenas.
c) I, III, IV e V, apenas.
d) I, II, III e V, apenas.
e) I, II, III, IV e V.

23. (INDEC/Pref. Sumaré-SP/Psicólogo Social/2009) A teoria E – R é uma abordagem do comportamento humano:

a) objetiva e clínica;
b) dedutiva e experimental;
c) experimental e objetiva;
d) subjetiva e clínica.

24. (ASPERHS/Pref. Vertentes-PE/Psicólogo/2010) Sobre Terapia Comportamental é incorreto afirmar:

a) É uma abordagem aos problemas psicológicos baseada na filosofia de ciência conhecida como Behaviorismo Radical e na ciência do comportamento, Análise Experimental do Comportamento.
b) A proposta do Behaviorismo Radical defende que o comportamento dos organismos é desordenado, passível de ser estudado cientificamente na mesma forma das ciências naturais. Essa proposta influencia e orienta o trabalho do terapeuta comportamental, que sempre busca descobrir, com seu cliente, os eventos no meio ambiente que determinam os seus comportamentos-problema e o que os mantém. Assim, um transtorno como a depressão passa a ser entendido como um conjunto de comportamentos, tais como, alterações no sono e apetite, desesperança, choro excessivo, ideação suicida e outros. Tais comportamentos são analisados à luz de episódios históricos que os determinaram e situações presentes que os mantém.
c) Para o terapeuta comportamental, pensamentos e sentimentos são considerados comportamentos, diferentes apenas pela forma como se pode ter acesso a eles, pois este se dá através do relato verbal daquele que pensa e sente. Sendo assim, pensamentos e sentimentos também são levados em consideração, analisados e passíveis das intervenções do terapeuta.
d) O terapeuta comportamental entende que o cliente é único, e seus problemas ou dificuldades são produto de uma história particular. Isso humaniza o processo de terapia, pois busca-se entender cada cliente e cada história, antes de propor qualquer intervenção.
e) O principal instrumento do terapeuta comportamental é a análise funcional ou o levantamento criterioso das variáveis (eventos, acontecimentos) que estejam funcionalmente relacionados aos comportamentos desejáveis e indesejáveis do cliente. Tendo esse entendimento, que nem sempre é fácil, é possível propor uma estratégia eficaz no alcance do bem-estar e da melhora. "Combate-se" os comportamentos-problema, ao mesmo tempo em que busca-se instalar e aumentar a frequência de comportamentos adequados ao contexto, desejáveis, funcionais e geradores de satisfação e felicidade.

25. (Instituto Ludus/Pref. São João dos Patos-MA/Psicólogo Educacional/2010) Uma mãe, sempre que vai às lojas com seu filho, o pequeno, ao passar pelas gôndolas de bombons, faz birra até que sua mãe lhe encha de docinhos. Com base em Skinner, podemos dizer que diante do comportamento do filho a mãe está aplicando um:

a) agrado;
b) condicionamento;
c) reforço positivo;
d) reforço negativo;
e) comportamento respondente.

26. (IF-RS/Psicólogo/2009) Sobre o Behaviorismo de J. Watson (1878-1958) e Skinner (1904-1990) é correto afirmar:

I. O Behaviorismo é o estudo do comportamento. Watson é o promotor do estudo cientifico do comportamento animal e humano que pretende ser o mais objetivo possível.

II. Os trabalhos de Skinner situam-se no prolongamento dos estudos de Pavlov e de Watson, além de ampliar o conceito de condicionamento pela ação operante do sujeito sobre o estabelecimento dos vínculos entre estímulo e resposta comportamental.

III. Skinner é o promotor do estudo científico do comportamento animal e humano que pretende ser o menos objetivo possível.

a) Apenas alternativa I está correta.
b) Apenas I e II estão corretas.
c) Apenas II e III estão corretas.
d) Alternativas I, II e III estão corretas.

Gabarito

1. C
2. E
3. B
4. C
5. C
6. E
7. E
8. C
9. C
10. C
11. E
12. C
13. E
14. E
15. E
16. C
17. C
18. C
19. B
20. D
21. C
22. E
23. C
24. B
25. C
26. B

Capítulo 8

Psicanálise

Lúcia Meluzzi

Este capítulo tem a intenção de explanar de forma concisa sobre alguns dos conceitos da Psicanálise. Obviamente corre-se o risco de uma simplificação grotesca e acentuada.

A teoria da Psicanálise nasce da investigação e da clínica. Isso acarretou em modificações na técnica que, por sua vez, trouxeram novas investigações e a formação de mudanças na teoria, ou seja, os conceitos da Psicanálise nascem da observação, da percepção de um fenômeno psíquico e por isso mesmo devem ser experimentados, vivenciados para fazerem realmente sentido. Sendo assim, apresentar um conceito sem a **realização** deste pode fazer com que o conceito fique no vazio ou seja entendido intelectualmente, mas não emocionalmente.

8.1. BREVE HISTÓRICO

A Psicanálise deve sua origem a Freud a partir do estudo da histeria. Hoje a histeria é considerada pelo DSM-IV um transtorno de ansiedade. No século IX, era diagnosticada como doença dos nervos, daí o nome neurose. A palavra histeria deriva do grego *histerus* que significa útero, pois acreditavam tratar-se de uma doença própria das mulheres portadoras de um útero errante o qual migrava pelo corpo e provocava transtornos.

Jean Martin Charcot (1825 – 1893), neurologista francês, percebeu que a neurose histérica não era uma doença só de mulheres e se interessou em estudá-la. A histeria clássica se caracteriza por sintomas de conversão, ou seja, a pessoa pode sofrer vários sintomas físicos como paralisias, amnésias, dormências, cegueira, perda da voz sem que haja um substrato anatômico que os justifique.

Cabe aqui um pequeno adendo para fazer uma diferenciação entre conversão e doença psicossomática: na conversão, por exemplo, uma paralisia, se fizermos

um exame laboratorial anátomo-patológico do órgão afetado, ele estará normal. Na doença psicossomática, muito embora exista um fator psicológico desencadeando a doença, se fizermos um exame anátomo-patológico do órgão afetado, a doença será detectada.

Charcot percebeu que, através da sugestão hipnótica, era capaz de "curar" um sintoma histérico e também de induzir a formação de sintomas. Nesse período, então, os médicos perceberam a força e o poder da sugestão.

Joseph Breuer (1842 – 1925), médico vienense que também se valia da hipnose para tratar suas pacientes, tinha no jovem Freud um colaborador, mas, diferentemente de Charcot, eles se interessaram não só em tratar os pacientes, mas em descobrir a etiologia dos sintomas. Hipnotizado, o paciente se "lembrava" do momento primário da origem do sintoma e, a partir do conhecimento do sentido do sintoma e da sugestão, este desaparecia. Durante o tratamento de uma paciente que foi denominada "Anna O.", com duração de 1880 a 1882, Breuer percebeu que os resultados do tratamento tinham um alcance maior se ele permitisse à sua paciente falar sobre seus sentimentos e pensamentos em um estado de auto-hipnose denominado por ele de estado alterado de consciência ou estado hipnoide. Era a "cura pela fala", ou limpeza de chaminé, como essa paciente dizia.

Assim, criou-se a teoria da *catarse* (purificação, em grego). Quando uma pessoa se sente agredida, ela pode liberar a carga de afeto, provocada por essa agressão, através do revide, seja físico, um soco, por exemplo, ou através da fala. A agressão ao agressor faz com que o afeto seja descarregado. Quando, pelo contrário, por inúmeros motivos, o afeto não pode ser descarregado, ou porque a pessoa se sentiu humilhada ou porque o agressor é mais forte, ou sentido como mais poderoso, a carga de afeto "represada" vai gerar sintomas. A ideia era a de que o afeto estrangulado percorria vias inadequadas e derramava-se sobre a inervação somática provocando a conversão. A catarse seria então a possibilidade de descarregar tardiamente esse afeto represado.

No entanto, mesmo quando as lembranças através da hipnose chegavam à consciência e a descarga dos afetos acontecia através de uma catarse, os sintomas tendiam a ser recorrentes.

Freud, por uma dificuldade pessoal em hipnotizar seus pacientes, percebe que através da fala voluntária e livre chega aos mesmos resultados. É o que mais tarde será denominado "**associação livre**".

Então, Breuer e Freud publicaram, em 1895, os "Estudos sobre a histeria". A teoria propunha serem os sintomas histéricos consequência da intensa carga de afeto bloqueado, o qual impede a livre expressão de processos mentais pela via normal da consciência, ou seja, os processos mentais normais foram substituídos pelos sintomas, e esses sintomas eram plenos de significado e sentido, não eram casuais. Havia desejos e lembranças inconscientes responsáveis pela formação de sintomas. Nessa época, Freud acreditava que havia traumas psíquicos ocorridos no passado, que não puderam ser elaborados ou ab-reagidos adequadamente, gerando ideias patogênicas. As histéricas sofriam de reminiscências.

Na quase totalidade de suas pacientes, Freud notou que os desejos e as lembranças inconscientes estavam relacionados à sexualidade. Nessa época, ele criou a teoria da sedução infantil, mas, em 1897, a abandonou, pois percebeu que as lembranças não se referiam a acontecimentos reais; as crianças não foram literalmente seduzidas por seus pais, mas tratava-se de fantasias de impulsos e desejos infantis **reprimidos**.

Em 1896, Freud já havia desenvolvido uma técnica de atendimento de suas pacientes a qual diferia dos métodos empregados até então não só por Charcot, mas também por Breuer. A partir de uma crescente compreensão clínica dos acontecimentos mentais, denomina seu método de Psicanálise.

8.2. PRINCIPAIS TEORIAS

8.2.1. Inconsciente

Freud percebe que a totalidade dos processos mentais não se restringe à consciência. Assim ele propõe a **teoria do inconsciente**. Determinados conteúdos só se tornam acessíveis à consciência depois de superadas certas **resistências**. Quanto mais perturbadoras e angustiantes forem as ideias ou os sentimentos, mais difícil seu acesso à consciência.

Ele elabora seu conceito de inconsciente a partir das **parapraxias**, dos **sintomas** e dos **sonhos**. A palavra parapraxia significa algo como uma fala paralela à fala. São os lapsos, os atos falhos, os esquecimentos. Nas parapraxias ou lapsos, ele demonstra que existem **processos mentais** que se infiltram e perturbam o desenvolvimento natural de uma ideia.

Exemplo de lapso: Maria, moça jovem e solteira, trabalha como balconista em uma loja. Há dois anos e meio torna-se mãe, e o pai da criança desaparece sem ajudá-la. Maria teve sua vida mudada abruptamente e recebe a ajuda de uma vizinha, em troca de alguns trocados para cuidar de sua filhinha enquanto ela

trabalha. Seus passeios noturnos e encontro com amigos e namoros foram reduzidos a quase zero.

Em meio a um sorriso, Maria me conta de sua vida e me diz: "Lorena (a filhinha) foi a pio... melhor coisa que me aconteceu" — corrige rapidamente a frase.

Pergunto se Lorena foi a pior coisa de sua vida. Chocada com a minha pergunta e com um olhar espantado ela diz: "claro que não! Lorena é a melhor coisa da minha vida. Eu a amo mais que tudo". Não me dou por vencida: "Ouvi você dizer que era a pior coisa". "Não eu não disse. Eu falei que era a melhor coisa". "Eu ouvi", insisto. "Foi uma confusão de palavra", ela reage.

Para que Maria possa entrar em contato com o conflito existente entre o amor que sente por sua filhinha e a rejeição que também sente será necessário um trabalho no sentido de vencer a **resistência** em admitir ter um desejo ou sentimento negativo contra a própria filha.

Exemplo de **sintoma obsessivo**: um jovem de dezesseis anos tem uma relação sexual com uma prostituta à qual é levado por um bando de colegas e lá acaba ficando com a moça por vergonha dos colegas. Sente o aspecto da moça como feio e repulsivo, mas sentirá humilhação e vergonha se for embora e não cumprir o ato que atesta sua masculinidade. Ao mesmo tempo, ele duvida de sua masculinidade, já que não consegue sentir excitação pela moça. Após enorme dificuldade, cumpre com nojo o que havia determinado. Em algumas semanas, passa a ser acometido de um medo intenso de ter adquirido uma doença venérea. Então entra num estado de compulsão a se lavar. Passa horas no banheiro. Precisa se limpar. Seu banho dura mais de três horas. Lava as mãos sem parar até formar feridas. Seu sintoma tem um sentido, ele não é casual, no entanto ele mesmo não faz a ligação consciente com o episódio no bordel e nem o seu medo de estar "contaminado" por uma possível homossexualidade, já que tem dúvidas de sua masculinidade.

Posteriormente, Freud esclarece através do artigo "A interpretação dos sonhos" que os sonhos são produções psicológicas só aparentemente incompreensíveis e plenas de significado e desejos. O sonho é a realização alucinatória do desejo de natureza inconsciente.

Freud postula a **Primeira Tópica**, delimitando os processos mentais em: conscientes, pré-conscientes ou inconscientes.

Consciente: é uma qualidade momentânea que faz parte de um sistema, o sistema **percepção – consciência** (Pc-Cs). Segundo Freud, o acesso à consciência

está, antes de mais nada, ligado às percepções que os nossos órgãos sensoriais recebem do mundo exterior, ou seja, a consciência é um órgão sensorial para a percepção das qualidades psíquicas.

Pré-consciente: é aquilo que está fora da consciência, mas seu acesso é relativamente fácil, pode ser facilmente evocado. O sistema pré-consciente, assim como o consciente, é regido pelo **processo secundário**, ou seja, pelo **princípio de realidade** e possui uma **"energia ligada"** a qual não pode se escoar livremente, só o faz de forma controlada, ou seja, a satisfação pode ser adiada. Exemplo: algo me incomoda. Não tenho consciência imediata do que se trata. Instantes depois, posso dar um nome a isso: fome. O algo que me incomoda estava pré-consciente e quando percebo e **ligo** a sensação a uma palavra esse algo sai do pré-consciente e entra no consciente. No consciente o desejo de comer fica evidente, porém meu impulso não pode ser "escoado livremente". Levo em conta a realidade (processo secundário – princípio de realidade). Não posso avançar na comida de outra pessoa, não vou invadir o restaurante, vou adiar minha satisfação até chegar em casa e preparar minha própria comida...

Inconsciente: é regido pelo **processo primário**, ou seja, pelo **princípio de prazer**. A energia psíquica escoa-se livremente. É atemporal, e sua busca é pela satisfação imediata. São nossas reações instintuais. As representações que estão ligadas às vivências de satisfação do desejo são constantemente reinvestidas e, caso não possa encontrar satisfação na realidade, buscará satisfação numa **realização alucinatória**. O sonho (realização alucinatória de desejo) foi o caminho por excelência para a realização do conceito de inconsciente.

O inconsciente acolhe, por assim dizer, o representante da **pulsão**. A pulsão é o equivalente no homem do instinto nos animais. No instinto, os padrões de conduta são fixos e estão predeterminados geneticamente tanto em relação ao **objeto** quanto ao **objetivo**. Se formos pensar no instinto sexual, por exemplo, de um animal qualquer, seu **objeto** será um outro animal da sua própria espécie de sexo oposto ao seu e o **objetivo** é a reprodução. A pulsão está apoiada numa necessidade fisiológica, ou seja, está apoiada no instinto, porém seu padrão não é fixo nem predeterminado, e seu desenvolvimento é constituído pela história individual.

Freud afirma que a pulsão é um conceito situado na fronteira entre o somático e o psíquico. O representante da pulsão se manifesta no consciente, e podemos reconhecê-la como impulso, desejo, necessidade.

8.2.2. Recalcamento

Também conhecido como **repressão**, o recalcamento é uma operação mental que visa manter inconscientes as representações de uma pulsão. Os pensamentos, as imagens, as lembranças ligados a um desejo (pulsão) e ameaçadoras às exigências da realidade externa (os pais, a sociedade) ou interna (psíquicas) são mantidos inconscientes. O que mantém e promove o recalque é a **censura**.

O recalque desempenha um importante papel na histeria e é um pouco mais complexo na neurose obsessivo-compulsiva – hoje definida pelo DSM-IV como TOC (Transtorno Obsessivo-Compulsivo).

Os anseios conflitantes tanto quanto as lembranças e os pensamentos perturbadores são, então, mantidos inconscientes através do recalcamento ou repressão. Ex: a partir do ciúme e do sofrimento que tem a criança com a chegada de um irmãozinho, seu desejo é de se livrar do bebê e, em última instância, nós só nos livramos definitivamente de alguém com a morte desta. Ou seja, o desejo de morte do irmãozinho será recalcado inicialmente pela exigência externa (a mãe intercede em favor do bebê) e em seguida esse recalcamento será intrapsíquico. Não haverá mais necessidade da interferência da mãe, a própria criança reprimirá seu desejo. Porém, mesmo recalcados, esses anseios e desejos são capazes de gerar fortes sentimentos de culpa e intensa ansiedade, interferindo na atividade mental normal. Para se manterem inconscientes é necessário o consumo constante de energia psíquica, pois continua a existir uma busca pela liberação do impulso.

8.2.3. Sexualidade infantil

Em 1905, são publicados pela primeira vez os "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade". Freud cria assim uma teoria da sexualidade infantil, na qual está incluída também uma teoria das pulsões. Ele inicia sua teoria definindo o objeto sexual como a pessoa de quem procede a atração sexual, e o objetivo sexual como o ato a que a pulsão conduz. "Parece provável" que a pulsão independa de seu objeto. O objetivo da pulsão sexual é a união dos genitais que conduz a um alívio da tensão sexual.

Em "Três ensaios sobre a sexualidade", Freud admite haver na infância uma sexualidade ligada às zonas erógenas em estado não organizado. Essas zonas seriam a **fonte** da pulsão que começa fragmentada em pulsões parciais e cuja satisfação é local (prazer do órgão), devido a imaturidade até mesmo neurofisiológica da criança. A pulsão sexual não é uma unidade que ao se fragmentar forma as

pulsões parciais, mas ao contrário, é um todo não organizado e, no processo de desenvolvimento, vai se organizando e constituindo a libido. Freud, então, vai distinguir algumas fases em que a libido vai se organizando. Essas fases coexistem ao mesmo tempo, porém, será observado o predomínio de determinada zona erógena: fase **oral**, em que a zona erógena, ou a zona de maior prazer, é a mucosa da boca; em seguida, surge uma organização **anal-sádica**, cuja zona erógena predominante é o ânus; e em seguida a fase **fálica**, cuja zona erógena é o genital, porém haveria a percepção de um único órgão, o pênis, tanto em meninos quanto em meninas. Essas organizações pré-genitais são organizações em que ainda não há a primazia da zona genital, cuja principal função é a reprodução. A fase fálica vai coincidir com o declínio do **complexo de Édipo**, pela ameaça da castração. A fase **genital** só terá seu pleno desenvolvimento com a puberdade e com as transformações que lhe são inerentes.

Para Freud, a primeira clivagem entre o Inconsciente e o sistema Pcs-Cs é resultado da ação do **recalque** infantil.

Se, no processo de desenvolvimento de uma pessoa, esta encontra obstáculos que a impossibilitem de continuar o rumo natural das coisas, ela poderá ficar "presa", fixada em alguma das fases de desenvolvimento da libido, o que vai caracterizar uma **perversão** da sua sexualidade e da sua personalidade (psicossexual). Portanto, o perverso é também o infantil. Sendo assim, Freud afirma ser a criança um "pequeno perverso polimorfo", porque na infância estão presentes todos os aspectos vistos nos pacientes chamados perversos.

Em todas as pessoas normais é encontrado um vestígio de todas as perversões, mas é a intensidade das manifestações que diferencia o normal do patológico.

8.2.4. Psicopatologia em psicanálise

Deixe-me explicar o porquê da expressão "psicopatologia em psicanálise": a totalidade da classificação nosográfica médica oficial adotada no DSM e no CID contém caracterizações as quais não interessam à visão da clínica psicanalítica.

À Psicanálise vão interessar as diversas estruturas formadoras da personalidade, o interjogo estabelecido a partir da **relação de objeto**, os **mecanismos de defesa** e a **ansiedade**, gerando sintomas e inibições, e as diversas "síndromes psicopatológicas".

Dentro dessa "visão psicanalítica" interessa-nos estudar os diversos estereótipos estruturais que seriam a estrutura neurótica, a psicose, a perversão, os fronteiriços e as afecções psicossomáticas.

8.2.4.1. Estrutura neurótica

O neurótico apresenta um variável grau de sofrimento psíquico. Este, no entanto, o mantém relativamente adaptado aos diversos aspectos da vida cotidiana, porém com sintomas que podem comprometer importantes vieses de sua vida pessoal, sexual, familiar, social e profissional. É classicamente dividida em neurose de angústia, histeria, neurose obsessivo-compulsiva, fobia e depressão. Na neurose, os sintomas são a expressão simbólica do conflito psíquico e constituem uma **formação de compromisso** entre o desejo e a defesa.

Neurose de angústia

Caracteriza-se por uma angústia livre, uma forma permanente e indistinta de ansiedade e que pode vir também por crises. A neurose de angústia é uma neurose atual, ou seja, não é movida por conflitos históricos, mas por motivos atuais. Ela se expressa por sintomas psíquicos como uma indefinida sensação de medo, como se a qualquer momento algo ruim fosse acontecer, medo de morrer ou de enlouquecer. Apresenta também sintomas somáticos, como uma sensação de "bola no peito", taquicardia, dispneia, aperto no coração, sudorese e sensação de despersonalização. O termo neurose de angústia, descrito por Freud, praticamente caiu em desuso. Hoje se fala mais em síndrome do pânico.

Fobia

Caracteriza-se por sintomas de evitação de algo que, em fantasia, aparenta ser perigoso ou muito mais perigoso do que realmente é. Essa conduta de evitação do objeto desencadeador da fobia (um animal, o elevador, o avião etc.) é uma tentativa de evitar projetivamente aspectos pulsionais e objetos internos considerados perigosos.

Neurose obsessivo-compulsiva

Designada no DSM-IV como TOC (Transtorno Obsessivo-Compulsivo). Caracteriza-se por atos compulsivos repetitivos e muitas vezes inúteis – como, por exemplo, lavar as mãos infinitas vezes, fazer e refazer uma conta inúmeras vezes – rituais repetitivos e por ideias obsessivas – dúvidas, pensamentos atormentadores sentidos como "estranhos" – que se impõem. Os atos compulsivos ocorrem no sentido de aliviar os pensamentos que os atormentam. São pessoas rígidas, extremamente disciplinadas, organizadas e com um superego tirânico.

Neurose histérica

Existem classicamente dois tipos: a de conversão e a dissociativa. Na forma conversiva, o conflito psíquico sofre uma conversão em um ou mais órgãos dos sentidos, como surdez, cegueira, paralisia, contraturas musculares etc. Já a forma dissociativa se caracteriza por sensações de despersonalização, estranheza, desligamentos, desmaios, a *"belle indiference"*. Casos de "múltipla personalidade" também estão aqui incluídos.

Depressão

È muito comum ser confundida com estados de tristeza – estado de humor "normal" – ou com o luto – período natural na elaboração da perda de um objeto amado. Na depressão ocorre uma baixa autoestima com sentimentos de desvalia, sentimento de culpa associado ou não à perda de um objeto amado. O "objeto bom" interno foi perdido e há uma sensação constante de algo que não pode ser alcançado, um desejo que não pode ser satisfeito.

Na depressão, muito mais que tristeza, existe ódio por uma realidade imutável e um profundo sentimento de impotência diante de um ideal onipotente de si mesmo. É a decepção e o fracasso das expectativas da pessoa sobre si mesmo ou dos outros sobre ela, levando a um sentimento de fracasso narcisista insuportável. Se a realidade não coincide com o que a pessoa deseja, ela caminha para um desânimo, desinteresse pela vida, apatia, podendo mesmo chegar ao suicídio.

Não se pode negar a contribuição das neurociências em investigações da neurobiologia mostrando os aspectos endógenos (orgânicos) e genéticos na predisposição depressiva.

8.2.4.2. Psicose

É necessária a diferenciação de psicose propriamente dita e a personalidade com uma dinâmica psicótica. Nesta, os **núcleos psicóticos** da personalidade, adjacentes à estrutura neurótica, fazem com que essas pessoas sejam potencialmente psicóticas. Normalmente são pessoas bem adaptadas à realidade, com uma vida social relativamente normal, mas que funcionam numa espécie de corda bamba. Vivem em estado permanente de risco de uma descompensação psicótica. São os denominados pacientes *borderlines* – na fronteira entre a neurose e a psicose. Esses estados costumam ser a última barreira no desabamento de um surto psicótico.

A psicose propriamente dita é a condição dos pacientes esquizofrênicos – com todas as suas nuances e classificações, delírios e alucinações –, os pacientes paranoides e bipolares. Aqui ocorre um processo de deterioração das funções do ego e uma perda em maior ou menor grau do contato com a realidade externa.

8.2.4.3. Psicossomatoses

Todos estamos familiarizados com o fato de fenômenos mentais desencadearem reações corporais. O exemplo mais comum é um estado de rubor facial, taquicardia, dispneia diante de uma situação de vergonha ou humilhação. Essa separação entre a mente e o corpo faz parte de um processo filosófico, uma herança trazida desde Descartes e que para a época foi didático e necessário, mas hoje estamos cada vez mais tentando integrar o que sempre foi indissociável.

Doenças como a úlcera gástrica, a artrite reumatoide, a asma brônquica, a retocolite ulcerativa, hipertensão arterial essencial, neurodermatoses e tireotoxicose fazem parte das sete doenças que a Escola de Chicago estudou e descreveu como sendo eminentemente psicossomáticas.

8.2.4.4. Perversões

A palavra perversão, em sua etimologia, é o resultado de *per+verter,* cuja tradução é "pôr às avessas". É o ato no qual o sujeito põe às avessas o "jeito natural" das coisas. Conscientemente ele sabe que seu comportamento é o oposto do estabelecido socialmente, ou seja, a lei para ele não existe. Freud caracteriza as perversões segundo a **qualidade** do impulso sexual: sadismo, masoquismo, travestismo, exibicionismo, voyerirsmo e escopofilia. E quanto ao objeto: homossexualismo, pedofilia, zoofilia, necrofilia.

Por outro lado, alguns autores fazem uma diferenciação entre perversão e perversidade. A perversão seria uma defesa contra a angústia, e a perversidade seria uma crueldade, um ego maligno. As pessoas que cercam o perverso não passam de objetos de uso.

8.2.5. Segunda tópica

A partir de 1920, toda a teoria do aparelho psíquico de Freud foi modificada. Na **primeira tópica** ele divide o aparelho psíquico em consciente, pré-consciente e inconsciente. Já na **segunda tópica**, divide-o em Id, Ego e Superego. No entanto, o valor dinâmico do inconsciente não se modifica.

Sejam quais forem as considerações tópicas a que estamos nos referindo não devemos ignorar, ao contrário, aí está o meio de explicar o conflito, a repetição e as resistências. No Id encontramos as principais características do sistema Ics, mas também nas outras instâncias: ao Ego e ao Superego são reconhecidas uma origem e uma parte inconscientes.

Freud dirá então que a mente humana é tripartida. O Id contém tudo o que é herdado e está presente desde o nascimento. Faz parte da constituição, por assim dizer, instintual do indivíduo e se origina da organização somática a qual encontra expressão psíquica sob a forma de desejo, necessidade, impulso. Para Freud, o Id é o reservatório de toda a energia da personalidade.

O Ego se desenvolve a partir do Id e é a parte do aparelho psíquico que está em contato com a realidade externa. Cabe ao Ego ser o mediador entre as exigências do Id, as do Superego e as da realidade externa. O Ego é a instância que analisa, julga e decide, coordena e suprime adiando e outras vezes até suprimindo definitivamente a realização do desejo e dos impulsos para atender às necessidades do indivíduo. No Ego está a fonte da ansiedade na medida em que tem de atender às várias necessidades muitas vezes contraditórias entre Id, Superego e realidade externa. A ele cabe a tarefa de autopreservação e é ele que estabelece a conexão entre a percepção sensorial e a ação muscular.

O Superego se desenvolve a partir do Ego e dos modelos de autoridade na infância. Ele é a instância moral, o depositário dos códigos de ética e moralidade. Forma o modelo pelo qual o Ego quer se ajustar. É o juiz, o censor sobre os desejos que advêm do Id e os pensamentos do Ego. É o olho que tudo vê. Freud descreve três funções para o Superego: a consciência moral, a auto-observação e a formação de ideais.

8.2.6. Narcisismo

Em seu artigo "Sobre o narcismo: uma introdução", publicado em 1914, Freud fala da formação do Superego sem, no entanto, usar exatamente esse termo. Somente em "O Ego e o Id" (1923), quando Freud introduz a **segunda tópica**, é que esse conceito fica mais claro e definido.

O termo narcisismo surge a partir do mito de Narciso e se refere ao amor pela imagem de si mesmo. É o precursor da autoestima. A satisfação das necessidades físicas e emocionais da criança realizadas pelo adulto cuidador, na maioria das vezes a mãe, faz com que se estabeleça um vínculo amoroso entre os dois. A li-

bido da criança é então investida na mãe, e esta passa a ser seu objeto amoroso. Desenvolve-se assim a **libido objetal**.

Freud admite a ideia de um **narcisismo primário**, ou seja, um estado precoce em que a criança investe toda a sua libido em si mesma. O **narcisismo secundário** seria aquele em que a criança, após ter investido sua libido nos objetos, agora a retorna para o Ego. Freud descreve o narcisismo secundário quando vai falar da esquizofrenia e da dificuldade de vínculo no esquizofrênico.

Na infância, a criança tem um ideal narcísico de si mesma com forte sentimento de onipotência e a certeza da realização de seus desejos. Ela acredita ser o **ego ideal (o eu ideal)**, a perfeição... ou "sua majestade, o bebê".

Durante seu crescimento, a criança se depara com limitações e, assim, a frustração de seu sentimento de onipotência. A partir disso percebe que não é o eu ideal e então cria um ideal para o seu eu, o **ideal do ego**.

O ideal do ego é assim a convergência do narcisismo com as identificações com os pais e os adultos investidos de poder e autoridade. Ela desejará ser o que seus pais querem que ela seja. Se não é o **ego ideal**, terá de ser o **ideal do ego**, ou seja, uma formação intrapsíquica autônoma que serve de referência ao ego. O ideal de ego também é de origem narcísica. O que um indivíduo idealiza sobre si mesmo é o narcisismo perdido de sua infância quando na época se sentia sendo esse ideal. A instância psíquica que serve de referência ao ego é posteriormente, na segunda tópica, denominado Superego.

8.2.7. Frustração, ansiedade e mecanismos de defesa

O ser humano vive uma série infindável de frustrações e conflitos que geram ansiedade. Para fugir à ansiedade são criados pelo Ego uma série de mecanismos de defesa. As frustrações ocorrem principalmente pelas proibições sociais à satisfação pulsional e à limitação própria do ser humano.

Além de ter de lidar com a realidade externa, geradora por excelência de ansiedade e frustração, o Ego terá de lidar com o fato de a mente humana ser tripartida. O que pode ser desejo para uma instância é rejeitado por outra. Existe o conflito entre as instâncias – por exemplo, entre o Ego e o Superego, entre o Id e o Ego, entre o Id e o Superego –, mas existe também o conflito dentro de uma mesma instância pelo fato de esta conter desejos opostos. Por exemplo, no Id podem conviver dois desejos contraditórios os quais não se excluem mutuamente, e o Ego terá de lidar com esse conflito.

O Ego é a sede da ansiedade. A ansiedade é um sentimento de ameaça frente a um perigo fantasiado. Se o perigo é real, o sentimento é de medo, se o perigo é fantasiado, falamos de ansiedade. Diante da ansiedade, o Ego desenvolve mecanismos de defesa.

Os principais mecanismos de defesa foram descritos por Anna Freud em 1936 e depois por Fenichel, em 1945. São eles: repressão, introjeção ou identificação, projeção, processos de inversão ou reversão, aos quais Freud designa de "vicissitudes do instinto". Ainda temos regressão, formação de reação, isolamento, anulação e, por último, a sublimação. A fantasia é considerada por alguns também como um mecanismo de defesa em que a pessoa busca satisfação pulsional ilusória. É muito comum, e seu "excesso" ocorre principalmente na histeria.

Os mecanismos de defesa são comuns em todos os indivíduos saudáveis. O fator determinante entre "normalidade" e a "patologia" é o excesso do uso dos mecanismos de defesa que já indicariam sintomas neuróticos ou psicóticos. No caso específico dos psicóticos, predominam a negação da realidade, o excesso de projeção e a clivagem do Ego.

8.2.7.1. Repressão ou recalcamento

Este é o principal mecanismo de defesa usado pelo neurótico. O indivíduo procura repelir ou manter inconsciente (ou no inconsciente) as representações ligadas à pulsão. Desejos ou necessidades provocadoras de prazer em si mesmas, mas que provocariam desprazer ou sentimentos de ameaça para outra instância da psiquê são recalcadas e deixadas de fora do consciente. Em muitos aspectos de nossa cultura e de nossa vida individual, a repressão ou recalque conseguiu êxito. Segundo Freud, tanto o incesto quanto o canibalismo foram definitivamente recalcados em nossa cultura. Já nem reconhecemos esse desejo enquanto desejo.

O recalque é também o principal mecanismo de defesa da histeria. Quando o desejo que permanece no inconsciente não foi recalcado de forma efetiva, ele continua fazendo "pressão" e exigindo satisfação. Foi denominado de retorno do recalcado. Esse material reprimido, o qual continua pressionando por satisfação, gerará conflito no Ego, conflito este que, afastado da consciência, se torna gerador de ansiedade. O sintoma é a **formação de compromisso** que tende conciliar o desejo reprimido com a instância repressora. Como a repressão não é feita de uma só vez, definitivamente, é preciso um dispêndio de energia para mantê-la.

8.2.7.2. Regressão

Ocorre um retorno do indivíduo a uma etapa anterior de desenvolvimento psicossexual em que se sentia seguro. Não é raro observarmos uma criança que já anda, usa o vaso sanitário, já deixou a chupeta voltar a engatinhar, chupar o dedo e fazer xixi na roupa após o nascimento de um irmãozinho. A chegada desse "intruso" gera ansiedade, medo de perder o amor dos pais, medo de perder o posto de mais importante membro da família, e a regressão é um mecanismo de defesa que protege o Ego dessa inundação de sentimentos.

8.2.7.3. Projeção

É a atribuição de desejos, necessidades ou percepções sobre si mesmo a um outro. Sendo atribuído ao outro o desejo ou sentimento ameaçador, agora ele pode ser tratado como uma ameaça que vem de fora, do meio externo. O desejo sexual de um homem por uma mulher de sua convivência que é casada com seu amigo é sentido como sendo parte e provocada pelo "demônio". Sendo do demônio, uma entidade que está fora dele, pode ser exorcizado. Outro exemplo é a criança que está no zoológico com medo do rugido do leão e segurando a mão da tia diz: "Vamos embora porque você está com muito medo, titia".

8.2.7.4. Formação reativa

É a substituição de um comportamento ou sentimento completamente oposto ao desejo. Numa mulher, para quem o toque geraria prazer e excitação, a repressão desse sentimento fica substituída por uma repugnância ou vergonha. Na pulsão de morte, ocorre o mesmo mecanismo. Um indivíduo com ódio e mágoa por alguém pelo qual sente também amor pode agir de forma extremamente cuidadosa e formal, sufocando-lhe. O que é bastante revelador na formação reativa é sua rigidez, inflexibilidade e seu excesso na tentativa de ocultar o desejo e o impulso tido como negativo o qual tem de ser constantemente negado e ocultado.

8.2.7.5. Deslocamento

Um fato importante, ou dito de outra maneira, uma representação de uma intensidade importante "perde a importância" e é deslocada para outro evento sem nenhuma importância. Um exemplo disso é uma menina que foi molestada sexualmente e que ao se lembrar do fato só se lembra da cor de uma roupa, o

cheiro de um determinado lugar, o vento que soprava, a presença de um determinado enfeite sobre um móvel, mas não se lembra do fato em si que foi traumático.

8.2.7.6. Deflexão

É a descarga de uma pulsão deslocada para outro objeto e não ao qual se destinava primariamente. Exemplo: descarrego minha raiva de alguém em outro que foi passando ali por acaso, ou quebro um objeto para não desferir um soco. É comum ouvirmos: "não tenho nada com isso, você está descontando sua raiva em mim"...

8.2.7.7. Negação

É a recusa de uma percepção. Um exemplo disso é a mulher que, ao saber que o filho acaba de morrer, prepara para ele um prato do qual ele gosta e o espera para o almoço. Quando a recusa da realidade chega a um ponto crítico, o Ego se cliva e surge o surto psicótico. Cria-se assim um delírio ou uma "outra realidade" para se refugiar de uma percepção extremamente dolorosa.

8.2.7.8. Clivagem do Ego

Ocorrem, no interior do Ego, duas atitudes psíquicas diferentes para lidar com a percepção da realidade externa quando esta contraria um desejo, um impulso ou uma necessidade. Uma atitude do Ego leva em conta a realidade percebida; a outra a nega e coloca em seu lugar uma produção do desejo ou produção delirante. Essas duas atitudes convivem lado a lado e não são excludentes.

8.2.7.9. Sublimação

Para Freud, é a atividade artística e a investigação científica, ou seja, toda a formação cultural. Sublimações são substitutos da pulsão sexual derivada para um objetivo não sexual e que visa atividades socialmente valorizadas.

8.2.7.10. Introjeção

Trata-se da "introdução" do mundo externo na esfera do ego. É a partir desse mecanismo que ocorre o processo de identificação. A identificação ocorre inicialmente por uma incorporação do objeto no âmago do ego. Ex.: quando estudo este capítulo, "introjeto" o conhecimento e posso me enriquecer tanto com esse conhecimento até me "identificar" (com) e me tornar psicanalista.

8.2.7.11. Racionalização

Muito embora seja um dos menos regressivos mecanismos de defesa, não deixa de ser, muitas vezes, um obstáculo não só ao crescimento, mas ao conhecimento da realidade psíquica. É um processo no qual o indivíduo apresenta ideias ou explicações lógicas para atitudes ou sentimentos que emergem de fontes motivadoras ansiogênicas e é uma das maneiras de aceitar as pressões do superego.

8.2.8. Transferência

O psicanalista, diferentemente de outras formas de psicoterapias, exercita um trabalho que acontece na relação entre ele e seu paciente. Ou seja, a forma como o paciente se coloca diante do analista, a maneira como reage e age diante da pessoa do analista é o que será trabalhado. E, por ser tratar de algo vivo, que está acontecendo naquele momento, vivenciado e experimentado entre duas pessoas, possibilita mudanças profundas e verdadeiras.

Um exemplo disso é a paciente que chega pontualmente, cumprimenta e, ao entrar na sala, fica olhando de um lado para o outro com a bolsa na mão e, parecendo atrapalhada, pergunta "Onde eu posso colocar a minha bolsa?" E num ato contínuo, ainda segurando a bolsa e procurando um local começa a fazer reclamações sobre sua vida conjugal...

Aqui podemos analisar duas questões: ou ouvimos o conteúdo das queixas da paciente para poder ajudá-la ou "trabalhamos a relação", aquilo que está ali, ao vivo e em cores: — Parece que a Sra. necessita de autorização até para saber onde colocar uma bolsa. A paciente se espanta e após alguns segundos de reflexão me diz: — Acho que eu não tinha observado que eu era tão submissa, bom, agora até entendo algumas coisas que andam acontecendo entre meu marido e mim...

Em Psicanálise trabalhamos a relação que está sendo vivenciada por duas pessoas no *setting* analítico.

Na vivência dessa relação pode acontecer o fenômeno transferencial que, no início, foi visto por Freud como um obstáculo ao trabalho analítico. A transferência é um conjunto de formas pelas quais o paciente vivencia emocionalmente, na relação com o psicanalista, uma **confusão de objetos**.

O psicanalista é vivido pelo paciente, não como a pessoa que ele é, mas como uma outra pessoa. Fica confundido, por exemplo, com o pai ou a mãe do paciente e assim os desejos inconscientes e infantis deste se atualizam na pessoa do analista e fazem com que se estabeleça um certo tipo de relação entre os dois.

A transferência, assim como a resistência e a interpretação, formam o tripé da prática psicanalítica e é o que a diferencia de outras modos de psicoterapias.

É no trabalho sobre a resistência e sobre a transferência na relação analítica, a partir da interpretação destas, que mudanças profundas podem ocorrer na personalidade como um todo.

Freud distingue dois tipos de transferência: uma amorosa ou **transferência positiva** e a **transferência negativa**, em que predominam sentimentos hostis e ódio contra o analista. Ambas estão a serviço da resistência no trabalho terapêutico.

A **resistência** é tudo aquilo que o paciente utiliza, no trabalho de análise, em atos ou palavras para bloquear o acesso ao seu inconsciente. É aquilo que age como um obstáculo à elucidação dos sintomas e ao progresso do trabalho analítico. Está não só a serviço do recalcado, mas também aos ganhos secundários da doença.

A contratransferência nada mais é que a transferência do analista para com seu analisando. São as reações inconscientes do analista, aspectos de sua personalidade que podem interferir no trabalho psicoterapêutico.

8.2.9. Relações de objeto

O termo relação de objeto está ligado à inter-relação do sujeito com sua interioridade, ao modo como ele se relaciona com o mundo e às pessoas que o cercam, a forma como ele age e reage, a maneira como está estruturada sua personalidade, suas defesas e seu mundo de fantasia.

A palavra objeto, em Psicanálise, é tomada num sentido específico que caracteriza o alvo da pulsão. É aquilo que satisfaz a pulsão, ou seja, essa palavra não tem o sentido do senso comum. A pulsão se comporta conforme sua **meta**, sua **fonte** e o **objeto** que a satisfaz. A fonte é o corpo somático com sua representação psíquica, sede de toda excitação e desejo. A meta é sempre a satisfação. Segundo Freud, o objeto é o que há de mais variável e mutável na pulsão, e encontrar esse objeto de satisfação é, em última instância, sempre um reencontro com o primeiro objeto perdido (a primeira experiência de satisfação do bebê).

É a partir do objeto introjetado e projetado que se estabelecem relações as quais podem ser persecutórias, relações de culpa, de tranquilização etc. Sendo assim, o termo se refere não só à pulsão, mas também à predominância de determinados mecanismos de defesa, a estruturação do ego e o modo como o sujeito se estabelece no mundo.

A relação de objeto e o modo como ela se estrutura está presente na vida cotidiana, na vida de fantasia e nas psicopatologias. O mundo de fantasia modifica a apreensão do real e as ações do sujeito no que se refere ao mundo. Nas psicoses, estabelece-se mais comumente a relação de objeto persecutória; na depressão, a relação de objeto é carregada de culpa; na perversão, é uma relação de uso do objeto; na relação de objeto oral predominam a incorporação ávida do objeto e todas as suas metamorfoses. Nesse sentido, o termo "fase de desenvolvimento" acabou, de alguma forma, sendo substituído pela "relação de objeto" e sua estruturação.

Dentro ainda do tema relações de objeto está a importância das relações de objeto primitivas: a relação com a mãe e o pai. Quando nos referimos à mãe e ao pai estamos nos referindo ao adulto cuidador que exerce a função materna e paterna.

8.2.10. A função materna

A função materna é obviamente, além dos cuidados corporais do bebê (como alimentá-lo, mantê-lo limpo), a função dos cuidados psíquicos. Dentre estes, um dos principais é a carga afetiva a qual pode manter um vínculo forte que tem a necessidade de ser contínua em relação ao tempo, intensa e verdadeira. Há também o sentimento de segurança que pode proporcionar a ele.

O que surge entre a mãe e seu filho, nos primeiros contatos entre os dois, está além da relação de objeto pulsional e da experiência pulsional do bebê em relação à sua mãe porque a mãe simplesmente não existe para o bebê. Ela é apenas uma extensão deste. É a partir do desenvolvimento neurofisiológico do bebê e dos frequentes e inevitáveis fracassos da mãe que esta começa a ser percebida como um "não eu".

Assim que nasce, a criança está em um estado de não integração. Com o desenvolvimento adequado, a criança pode tomar posse de seu potencial. Ela vai gradativamente passando para um estado de integração de sua personalidade, de sua percepção e ampliando sua organização total como um indivíduo.

O cuidado materno "suficientemente bom" (termo utilizado por Winnicott) é que vai possibilitar ao bebê lidar com as profundas e terríveis ansiedades advindas tanto do exterior quanto dos seus próprios impulsos pulsionais. Esse cuidado impede o aparecimento do sentimento de despersonalização, de desintegração e da perda de contato com a realidade.

No processo de desenvolvimento normal, a criança vai de um estado de não integração para um estado de integração e a privação do cuidado materno ou o fracasso da função materna faz com que o bebê sofra uma parada no seu desenvolvimento e faça uma regressão. Ele regride então, não de volta a um estado de não integração, mas para uma desintegração daquilo que já estava se integrando. Isso promove uma fenda no ego em formação do bebê e o predispõe à psicose ou, se ele já estiver um pouquinho maior e mais integrado, o predispõe à neurose.

O bebê nasce "iludido" em relação a si mesmo e ao mundo. Quando ele sente fome ou um desconforto de qualquer natureza, a "mãe suficientemente boa"' estará ali para eliminar ou minimizar o desconforto. Isso "cria" no bebê um sentimento de onipotência em relação ao seu desejo. Basta desejar o seio e ele já estará ali para amamentá-lo. Gradativamente a mãe vai desiludindo o seu bebê na medida em que ela não é onipotente e não conseguirá livrá-lo de todo desconforto. Essas frustrações inevitáveis vão promovendo o desenvolvimento da personalidade do bebê. Porém, se a mãe não consegue nos primórdios confortar seu bebê para que ele viva esse período necessário de ilusão, o desenvolvimento ficará impedido ou bastante dificultado.

8.2.11. A função paterna

Logo que nasce, o bebê tem sua mãe, e o pai funciona como outra mãe, o que é considerado uma situação normal. Porém, com o desenvolvimento do bebê, a função paterna se distancia da função materna e toma um novo colorido. Normalmente isso vai acontecer a partir do terceiro ou quarto mês de vida. A criança necessita do contato corporal e diário com o pai. Tanto para a menina quanto para o menino, a identificação com a figura masculina é imprescindível para um desenvolvimento "saudável".

O déficit que se encontra na ausência do pai (ou da função paterna) é a base para muitos distúrbios na identificação com o masculino. Essa ausência tanto pode acontecer na ausência física quanto na presença de um pai fraco e submisso ou muito agressivo e autoritário que impede o contato íntimo com a figura paterna. Isso faz com que o pai não exerça adequadamente sua função. Ao pai cabe impedir a fusão mãe-filho, ou seja, é a entrada desse terceiro na relação que impede o fusionamento psicotizante do filho, porque não surge neste a desilusão necessária de não ser ele (o filho) o Ego ideal de sua mãe.

Esse triângulo pai-mãe-filho é a base da estrutura social, imprescindível a um bom desenvolvimento emocional para satisfazer a necessária identificação tanto

feminina quanto masculina. Ao pai cabe ditar a lei e introduzir a cultura ao ser que acaba de nascer. Obviamente, a mãe também tem seu papel na função paterna, assim como o pai também é uma "mãe", no entanto, se esses dois papéis tiverem de ser exercidos por um só e não pelo casal, não só será bastante penoso e difícil como terá um *quantum* deficitário com repercussões para o resto da vida do indivíduo.

A vivência do **Complexo de Édipo** não só é essencial como é estruturamente para a formação psíquica do indivíduo. O Complexo de Édipo foi uma metáfora utilizada por Freud para "explicar" a primeira relação triangular da criança. O filho "apaixonado" e desejoso de sua mãe tem no pai um rival. No entanto, a relação com o pai é ambivalente, ou seja, existe ódio do pai porque a mãe o prefere, mas também é uma figura amada e desejada. A partir e exatamente por causa da vivência edipiana surgem os sentimentos de ciúme, rivalidade, competição, ódio e amor ao mesmo tempo e pela mesma pessoa (ambivalência).

8.3. PRÁTICA CLÍNICA

O *setting* é não só o espaço geográfico do consultório como tudo o que organiza, sistematiza e possibilita o trabalho analítico. Aqui estão incluídas as regras (horários, quantidade de sessões semanais, honorários, modalidade de pagamento, férias) e o "contrato analítico".

Na entrevista inicial, ocorre o primeiro contato entre o analista e seu analisando, até mesmo para que ambos decidam se é mesmo com essa pessoa que querem fazer um trabalho, uma dupla. Ao analista cabe fazer uma avaliação diagnóstica de alguma possível psicopatologia, seu grau e sua intensidade, avaliar-se a si mesmo, as reações contratransferenciais afloradas nesse contato, ver suas próprias limitações e condições de trabalho com essa pessoa. Cabe ainda observar a *demanda* do paciente para o **tipo** de terapia que está buscando.

Sobre a questão "fazer ou não interpretações na entrevista inicial?", alguns analistas opinam que uma ou duas interpretações são não só válidas como até necessárias, pois servem para avaliar a capacidade de *insight* e a capacidade do estabelecimento de uma "aliança terapêutica", pois o paciente que busca uma terapia está assustado e ansioso diante de um desconhecido e precisa saber se está sendo compreendido em sua dor e seu sofrimento.

O *setting* favorece que se estabeleça a **neurose de transferência**, ou seja, a possibilidade da escuta da transferência e contratranferência a partir das frustrações inerentes ao próprio *setting*. Os limites de horários, duração da sessão,

quantidade de sessões semanais, a assimetria da relação analista-analisando, a possibilidade de uma distinção entre uma realidade exterior e outra interior ajudam a estabelecer uma predominância do **principio de realidade** sobre o **princípio de prazer**.

O *setting* está apoiado em algumas regras consideradas fundamentais:

1. Associação livre – Freud acreditava na sobredeterminação dos eventos psíquicos, ou seja, as lembranças e recordações estavam ligadas e organizadas numa rede associativa e, se o paciente se "entregar" a uma associação livre das ideias e disser tudo o que vier à sua mente, ele invariavelmente chegará a recuperar aquilo que está fora das recordações conscientes e abrirá caminho para o Inconsciente.
2. Atenção flutuante – O analista deve entregar-se à sua própria atividade mental inconsciente para poder acompanhar o fluxo da comunicação e da produção mental do paciente a fim de poder estabelecer conexões nessa rede associativa das comunicações entre o material consciente e inconsciente.
3. Abstinência – Ao analista cabe o "dever" de se manter em abstinência em relação ao seu paciente. Ele deve ser capaz de renunciar ao seu desejo em relação ao seu analisando... desejos de qualquer natureza, inclusive o desejo de "curar" o paciente. O analista não pode doutrinar, influenciar, dar conselhos, impor sua verdade, seduzir, ser "bonzinho" para não frustrar, pois a frustração é que leva à capacidade simbólica e ao desenvolvimento emocional.
4. Neutralidade – É a possibilidade de o analista ser o mais próximo de um espelho para o paciente poder se enxergar. O analista deve "deixar de existir" enquanto um eu para possibilitar ao paciente existir para si. Para isso o analista deve renunciar ao seu próprio narcisismo.

Nesse espaço analítico, se desenvolverá todo o processo da análise até que chegue ao seu fim. Mas aqui cabe perguntar: "é a análise terminável?" Hoje separamos aqueles que vêm porque estão sofrendo, os que vêm em busca de ajuda e aqueles que buscam solucionar alguns conflitos de desenvolvimento da personalidade, o que, de fato, dura a vida toda e é interminável.

Porém, segundo as palavras de Etchegoyen: "enquanto processo, a psicanálise deve ter por definição um término, porque quando iniciamos fixamos por contrato um objetivo, e jamais dizemos que iniciamos agora uma tarefa daqui à eternidade." (Etchegoyen, 1987, p. 367).

8.4. ATUALIZAÇÕES EM PSICANÁLISE

Na atualidade temos sete grandes escolas de Psicanálise: 1) Escola Freudiana; 2) Escola Inglesa ou das Relações Objetais (Klein); 3) Psicologia do Ego (Hartman e Mahler); 4) Psicologia do *self* (Kohut); 5) Escola Francesa (Lacan); 6) Winnicott; e 7) Bion.

8.4.1. Escola Freudiana

Embora toda a Psicanálise seja de fato Freudiana, a Escola Freudiana surge na Inglaterra, a Sociedade Britânica de Psicanálise, com o surgimento das "controvérsias" entre o grupo Kleiniano e aqueles que seguiam as ideias de Anna Freud. Há ainda um terceiro grupo ou *middle group*, denominado independente que surgiu com Winnicott.

Anna Freud (1895 – 1982) escreve o livro "O ego e seus mecanismos de defesa" e traz enormes contribuições ao desenvolver um estudo das funções do ego. Sigmund Freud dá ênfase às pulsões do Id e ao Inconsciente. Anna Freud dá continuidade ao que seu pai iniciou e esboça e aprofunda o estudo do Ego. Mais tarde, tais estudos serão de grande contribuição para a formação da Escola norte-americana com a Psicologia do Ego de Hartman. Freud foi uma das pioneiras na análise de crianças e defendia atitudes de natureza pedagógica e de orientação. Estas foram algumas das motivações para as "controvérsias" com Melanie Klein que defendia a Psicanálise para crianças no mais puro rigor psicanalítico.

8.4.2. Escola Kleiniana

Inicia com a análise de crianças e é ela a primeira a se utilizar sistematicamente de brinquedos como técnica e como instrumento de análise. Dá ênfase à relação analista-analisando e à transferência, ou seja, o que importa é sempre o aqui e agora na sessão. Melanie Klein (1882 – 1960) faz enormes contribuições teóricas à Psicanálise, cuja principal é a "teoria das posições".

Klein postula a ideia de um ego rudimentar, desde o nascimento, sede de ansiedades. Por ser ainda um ego primitivo tem percepções bastante limitadas. Na posição esquizo-paranoide, a ansiedade predominante é a **ansiedade paranoide**, ou seja, **para o eu**. O eu está em perigo, e a defesa é esquizoide, ou seja, a percepção é clivada e parcial. Na relação com os objetos, estes são vivenciados como objetos parciais (figuras parentais representadas por um mamilo, um pênis, um seio). A mãe não existe como uma pessoa inteira e autônoma, ela existe como uma função. Por isso ela é o seio.

Com o desenvolvimento do bebê, surge a posição depressiva, que nada tem a ver com depressão no sentido clínico e patológico. Recebe o nome de depressiva pela dor e tristeza que a criança sente a partir da percepção de que sua mãe é uma pessoa total, ou seja, é inteira, autônoma e separada dela. Pode ir embora quando quiser. Nessa posição a **ansiedade é pelo objeto**, ou seja, pelo dano que o eu pode causar no objeto; isso gera culpa, e a principal defesa é a de "reparação" do dano causado.

Klein postula ainda que a pulsão de morte é inata e está presente desde o nascimento e acredita numa inveja primária e constitucional. Fala dos mecanismos primitivos de defesa e entre eles a de "identificação projetiva" – uma de suas ideias mais originais. Este é um mecanismo intimamente relacionado à posição esquizoparanoide e consiste numa fantasia de projeção de partes cindidas de si mesmo para o interior de outra pessoa com o intuito de controlá-lo internamente. Por exemplo, aviso meu paciente que vou entrar de férias no próximo mês. Ele me pergunta: "E eu como fico? Vou ficar sem analista um mês? Com quem vou conversar meus problemas? Isso é um absurdo, é imoral. Um analista não deveria tirar férias." Nesse momento, para esse paciente, não sou vista como uma pessoa total que também tem cansaço e como qualquer ser humano tenho o direito ao descanso. Quem está sendo imoral então? Quem quer algo absurdo? Ele tenta me controlar por dentro infringindo em mim culpa e a ideia de que sou imoral e a minha ação absurda. Se me sinto culpada e adio minhas férias posso dizer que foi uma identificação projetiva exitosa.

8.4.3. Psicologia do Ego

Heinz Hartman migrou para os Estados Unidos na época da perseguição nazista e lá desenvolveu ideias a partir do conceito de uma mente tripartida em Id, Ego e Superego, dando ênfase no Ego e seus mecanismos de defesa. Fez uma importante separação teórica entre Ego e *Self*, sendo o Ego uma das instâncias da mente responsável por várias funções como percepção, síntese, capacidade de avaliação, escolha, julgamento etc; e *self*, o conjunto das percepções do indivíduo que dá a ele o sentimento de ser si mesmo.

O Ego tem uma tarefa de adaptação à realidade e controle das demandas dos impulsos do Id, e isso em função de sua capacidade de síntese e de integração. Margareth Mahler dá continuidade a esses pensamentos e estabelece os passos no caminho da individuação de acordo com etapas do desenvolvimento emocional e mental.

8.4.4. Psicologia do Self

Heinz Kohut foi um estudioso das ideias de Hartman e logo fundou seu próprio corpo teórico afastando-se um pouco de algumas ideias básicas de Freud ao valorizar mais a introspecção e a empatia que a associação livre. Aprofunda o estudo do narcisismo e cria a ideia de *self* grandioso e imago parental idealizada. O *self* grandioso é uma estrutura arcaica e narcísica, imagem perfeita e onipotente de si mesmo que, com o desenvolvimento, se transforma em autoestima e autoconfiança. A imago parental idealizada surge da imagem que a criança tem de seus pais como onipotentes, perfeitos e poderosos, porém sentidos como parte da própria criança. Será na vida adulta transformado nos valores ideais e morais.

8.4.5. Escola francesa

Revoltado com a Escola norte-americana da Psicologia do Ego, Jacques Lacan (1901 – 1981) alega que essas ideias são a contramão dos ensinamentos de Freud e propõe um "retorno a Freud". Lacan fala da "etapa do espelho". Dos seis aos 18 meses, a criança não tem de si mesma uma ideia de unidade. Na primeira etapa, reconhece partes separadas de seu corpo, pés, mãos, nariz etc. Na segunda, se reconhece como sendo o desejo da mãe, ela é o **falo** da mãe e com esta forma uma unidade. Na terceira, ocorre a castração paterna, o corte. Com a entrada da lei, a criança vê e sente que não é o **falo** da mãe, a mãe também deseja o pai. Isso faz com que a criança entre no **registro simbólico**. É o momento em que ela se reconhecerá como unidade diante do espelho, separada e individual.

Lacan é muito influenciado pela linguística e diz que o inconsciente é estruturado como linguagem. A unidade fundamental da linguagem é o **signo** (imagem acústica da palavra) o qual se constitui como **significante** e pelo conceito que é o **significado**. A metáfora e a metonímia seriam, então, a linguagem do inconsciente.

Em relação ao desejo, Lacan afirma que a psiquê humana atua em três registros: o imaginário, o simbólico e o real. No registro do imaginário, para a criança, num primeiro momento, ela e a mãe são uma só. Se a mãe reforça isso, o desejo da criança é o de ser o falo da mãe, ou seja, ser o desejo da mãe. Com a entrada do pai surge o plano simbólico, e o seu desejo passa a ser o de se submeter a ser o desejo do outro. A criança está submetida ao desejo do pai. Quanto ao registro do real, é a realidade última.

Lacan também faz modificações em relação à técnica. Ele propôs uma modificação muito criticada. O tempo da sessão analítica, em vez dos 50 ou 45 minutos

habituais, seria substituído pelo tempo lógico. No tempo lógico, a sessão deve acabar com o corte simbólico com a palavra plena em vez da palavra vazia do plano imaginário, ou seja, a sessão pode durar menos de 10 minutos. Esse corte é definido pela percepção do analista.

8.4.6. Donald Winnicott

Winnicott (1896 – 1971) valoriza o ambiente e diz que não existe algo como um bebê, o que existe é um bebê e sua mãe. O bebê nasce em um estado de **não integração**, o que é diferente de desintegração ou dissociação. Ele vai se integrando até obter um sentimento de habitar seu próprio corpo – processo denominado de **personalização**. A criança é uma unidade psiquêssoma. A mãe tem o papel fundamental de desiludir gradativamente a criança de sua crença na própria onipotência, o que é absolutamente necessário no começo.

Existe um espaço que é criado pela criança, uma área de ilusão que Winnicott chama de **espaço transicional**. Esse espaço está entre o mundo interno e imaginário e o mundo externo e real. Ele estuda também os **objetos transicionais** que igualmente ocupam esse espaço e essa ilusão, os quais podem ser uma chupeta, uma toalhinha que o bebê carrega e dorme com ela. Esse objeto do mundo real tem para a criança um valor simbólico que a protege da ansiedade e que, de alguma forma, representa a mãe e toda a segurança que lhe é devida. Ele fala da **preocupação materna primária**: a devoção necessária da mãe nos períodos que antecedem o parto e nos primeiros dias de vida do bebê e de uma necessária regressão materna para que ela possa se identificar com o desamparo de seu bebê.

Winnicott desenvolve ainda a teoria do **falso *self***. Nesta, devido a falhas ambientais, a criança se submete às exigências dos pais e não desenvolve seu ***self* verdadeiro** vivenciando uma vida "como se". Na vida adulta surge nessas pessoas um sentimento de vazio e de futilidade. A pessoa não se sente sendo si mesma, mas uma farsa.

8.4.7. Wilfred Bion

Bion (1897 – 1979) enfatiza que o psicanalista deve ter um estado de mente **sem memória e sem desejo**. Deve ter uma **capacidade negativa**, que seriam sentimentos negativos de estar numa condição de não saber, de ignorância que o propicie a chegar a um conhecimento sem preconceitos.

Ele devota grande parte de seus estudos aos psicóticos e afirma que em qualquer pessoa existe um aspecto psicótico da personalidade com elementos pri-

mitivos de inveja excessiva; intolerância às frustrações; sentimento exacerbado de onipotência no lugar da capacidade de pensar; e de onisciência no lugar de aprender com a experiência.

Bion cria uma teoria do pensamento em que afirma que os pensamentos já existentes estão à procura de um pensador, de um aparelho para pensá-los.

8.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARANGER, W. *Posição e objeto na obra de Melanie Klein*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

BION, W.R. *Experiência em grupos*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

_____. *Aprendendo com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1962.

_____. *Elementos em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____. *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

ETCHENGOYEN, H. *Fundamentos da técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1989.

FREUD, S. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GREEN, A. *Narcisismo de vida e de morte*. São Paulo: Escuta, 1997.

_____. *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

GRINBERG, L. *Culpa e depressão*. Lisboa: Gráfica Coimbra, 2000.

HARTMANN, H *Psicologia do ego e o problema da adaptação*. Rio de Janeiro. Zahar, 1989.

KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

_____. *Os progressos da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

KOHUT, H. *Análisis del Self*.Buenos Aires: Amorrortus, 1987.

_____.. *Self e narcisismo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. *Vocabulário de Psicanálise*. Santos: Livraria Martins Fontes, 1997.

McDOUGALL, J. *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1983.

MAHLER, M. *O nascimento Psicológico da criança: simbiose e individuação*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MELTZER, D. *O desenvolvimento Kleiniano; desenvolvimento clínico de Freud*. São Paulo. Escuta, 1989.

MONEY-KYRLEY, R. "Contratransferencia normal y algunas de suas desviaciones". *Rev. Uruguaya de Psicoanálises,* v. 271961-62.

NOGUEIRA, P. O. *Uma Trajetória Analítica*. Goiânia: Dimensão, 1993.

REZENDE, A.M. *Wilfred R. Bion: uma psicanálise do pensamento,* Campinas: Papirus,1995.

SEGAL, H. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SPENCE, D.P. *A metáfora freudiana*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

TUSTIN, F. *Estados autistas em crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1988.
_____. "Objetos e fenômenos transicionais". In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro. Imago, 1975.
_____. *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
_____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1988.
_____. "Distorção de ego em termos de falso e verdadeiro self". In: *O ambiente e os processo de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1988.
_____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro. Imago, 1975.
_____. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
ZIMERMAN, D. E. (1999) *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

8.6. QUESTÕES

1. (FCC/TRE-PB/Analista Judiciário-Psicologia/2007) Segundo R. Horacio Etchegoyen, a entrevista psicanalítica tem por finalidade decidir se a pessoa que consulta deve realizar um tratamento psicanalítico e tem por norma básica:

a) seguir um enquadramento formal de perguntas e respostas;
b) facilitar ao entrevistado a livre expressão de seus processos mentais;
c) evitar funcionar como uma tarefa com objetivos e técnicas determinados para não restringir o seu alcance;
d) obter os informes necessários com uma técnica diretiva;
e) não conter interpretação nesta fase, mesmo quando destinada a remover obstáculo concreto à tarefa que está sendo realizada.

2. (Nucepe/MPE-PI/Analista Ministerial/Psicólogo/2009) Qual a característica fundamental da clínica psicanalítica clássica, que a diferencia das demais abordagens terapêuticas?

a) Colocar-se numa perspectiva comportamentalista, valorizando as reações humanas.
b) Ter uma perspectiva construcionista, analisando os comportamentos decorrentes de ações concretas.
c) Explorar as associações livres do sujeito visando à emergência de traumas inconscientes.
d) Procurar articular as vivências psíquicas e as reações emocionais que se expressam no corpo.
e) Explorar os elementos inconscientes a partir da regressão pela hipnose.

3. (Funrio/Polícia Militar-RJ/Tenente-Psicólogo/2008) Para caracterizar neurose e psicose, Freud preocupa-se não só com a "perda" da realidade, mas também com um "substituto" para essa perda. Assim, na psicose, a perda de um fragmento da realidade:

a) é evitada por uma espécie de fuga;

b) afrouxa a relação com a realidade;
c) é remodelada intrapsiquicamente;
d) promove uma tentativa de solucionar o conflito pela restrição do id;
e) cria a necessidade de ignorar a realidade sem repudiá-la.

Em relação à abordagem psicanalítica no tratamento de adolescentes, julgue o item que se segue (C-Certo; E-Errado).

4. (Cespe-UnB/MPE-TO/Analista Ministerial/Psicologia/2006) Dentro da psicose, a posição mais radical que o sujeito pode assumir é, certamente, a esquizofrenia, na qual encontra-se desprovido de qualquer discurso estabelecido. Falta-lhe também a dimensão do apelo, tão comum nas múltiplas formas de atuação dos adolescentes em busca de assistência.

5. (Funrio/Depen/Psicologia/2009) Ainda em "A psicanálise e a determinação dos fatos nos processos jurídicos", Freud ressalta certa manifestação, cujo conceito é da maior importância na compreensão da origem de uma enfermidade assim como do mecanismo de sua cura. Essa manifestação denomina-se:
a) tempo de reação;
b) resistência;
c) repressão;
d) perseveração;
e) reprodução.

6. (Consul/Pref. Porto Alegre-RS/Psicólogo/2008) Correlacione as ideias descritas na primeira coluna com seus autores na segunda coluna.
( ) Concebeu a noção de posição esquizoparanoide e depressiva.
( ) A criança é um perverso polimorfo.
( ) A área da ilusão de onipotência do bebê consiste no fato de que ele vivencia o seio da mãe como parte do seu próprio corpo.
( ) Definiu a etapa do espelho como formadora do ego.
( ) Concepção de uma permanente existência na vida psíquica entre um continente e um conteúdo.
1. Freud
2. Klein
3. Bion
4. Winnicott
5. Lacan
Assinale a alternativa que contém a sequência correta, de cima para baixo.
a) 1 4 5 3 2;
b) 2 1 4 5 3;
c) 3 4 5 2 1;
d) 5 3 4 1 2;
e) 2 1 4 3 5.

7. (FCC/TRT – 9ª Região/Analista Judiciário/Psicologia/2004) Melanie Klein introduziu a expressão "identificação projetiva" para designar um:

a) mecanismo de defesa utilizado pelo indivíduo quando confrontado com um perigo exterior, identificando-se com o seu agressor, ou assumindo por sua própria conta a agressão enquanto tal, pode imitar física ou moralmente a pessoa do agressor ou adotar certos símbolos de poder que o designam;
b) processo psicológico pelo qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa;
c) modo primitivo de constituição do indivíduo segundo o modelo do outro, que não é secundário a uma relação previamente estabelecida, em que o objeto estaria inicialmente situado como independente;
d) mecanismo que se traduz por fantasmas (fantasias), em que o indivíduo introduz a sua própria pessoa, totalmente ou em parte, no interior do objeto para o lesar, para o possuir ou para o controlar;
e) processo de operação pelo qual um fato neurológico ou psicológico é deslocado e localizado no exterior.

8. (Funrio/Polícia Militar-RJ/Tenente-Psicólogo/2008) Para Freud, a neurose caracteriza-se pela:

a) rejeição à exigência instintual que ocorre a partir da cena traumática;
b) repressão à exigência instintual que ocorre diante de certa realidade;
c) reparação da perda da realidade sem restrição do Id, mas criando uma nova realidade;
d) realidade repudiada e alteração da mesma para uma nova situação;
e) ocorrência de comportamento conveniente detendo-se em mudanças apenas internas.

9. (IF-RS/Psicólogo/2009) Considerando os conceitos do Modelo estrutural (2ª Tópica) formulado por Freud, é correto afirmar que:

a) utilizando os conceitos da teoria estrutural, os desejos, impulsos, são originários no Id, a censura, as autoacusações, são atributos do Superego, enquanto o Ego utiliza a defesa na economia mental;
b) utilizando os conceitos da teoria estrutural, os desejos, impulsos, são originários no Ego, a censura, as autoacusações, são atributos do Superego enquanto o Id utiliza as defesas na economia mental;
c) utilizando os conceitos da teoria estrutural, os desejos, impulso, são originários no Id, a censura, autoacusações são atributos do Ego, enquanto o Superego utiliza as defesas na economia mental;
d) utilizando os conceitos da teoria estrutural os desejos, impulsos, são originários no Superego, a censura, as autoacusações, são atributos do Id, enquanto o Ego utiliza as defesas na economia mental.

10. (FCC/TRE-PB/Analista Judiciário-Psicologia/2007) Segundo Melanie Klein a posição esquizoparanoide é o estágio que assinala:

a) as possíveis perturbações mentais que uma criança poderá emitir durante a puberdade;

b) que a criança vive o seio mau e bom como cindidos e, por isso, ela não integra e não lida com a ambivalência das experiências; estágio este que se inicia aos dois anos de idade;
c) o início da vida mental da criança imediatamente após o nascimento;
d) o grau de frustração que a criança adotará quando exposta a cenas que lhe desagradam;
e) o quão importante é a presença das figuras parentais para que esse estágio seja superado de forma a garantir a entrada na puberdade sem transtornos sexuais de alta complexidade.

11. (UEG/AGANP-GO/Analista de Gestão Administrativa-Psicologia/2006) Para Freud haveria dois modos de diminuir a ansiedade surgida pelo antagonismo entre as pulsões do Id e as exigências da realidade externa: o primeiro modo seria lidar diretamente com a situação. O segundo, deformar ou negar a própria situação, utilizando-se dos mecanismos de defesa. Em relação aos mecanismos de defesa, analise a validade das seguintes proposições:

I. A capacidade de lembrar-se incorretamente dos fatos é a forma de negação encontrada com maior frequência na prática psicoterápica.
II. A essência da repressão consiste em afastar uma determinada coisa do consciente, mantendo-a à distância. Esse material reprimido deixa de causar problemas, uma vez que foi varrido da consciência.
III. O uso dos mecanismos de defesa não é em si patológico, mas distorce a realidade e não permite ver a realidade como ela é.
IV. Na racionalização, uma defesa justifica as outras, e a razão é colocada a serviço da racionalidade.

Assinale a alternativa correta:

a) Apenas as proposições I, II e III são verdadeiras.
b) Apenas as proposições I, II e IV são verdadeiras.
c) Apenas as proposições I, III e IV são verdadeiras.
d) Apenas as proposições II, III e IV são verdadeiras.

12. (UEG/Assembleia Legislativa-GO/Psicólogo/2006) A teoria psicodinâmica elenca três mecanismos de defesa predominantes na etiologia do transtorno obsessivo-compulsivo. O primeiro deles é o isolamento, uma vez que a ideia obsessiva não vem acompanhada de um afeto. Os outros dois mecanismos são:

a) formação reativa e anulação;
b) projeção e deslocamento;
c) conversão e evitação;
d) identificação e supressão do afeto.

13. (Indec/Pref. Sumaré-SP/Psicólogo Social/2009) De acordo com o dicionário da Psicanálise (Roland Chemama / Bernard Vandermersch), a posição depressiva é a fase de desenvolvimento descrita por _____, na qual o lactente, ao redor dos seis meses, reconhece um objeto total e se situa em relação a ele. À medida que a posição depressiva se estabelece, a ati-

tude onipotente da criança, os processos de clivagem, de idealização e de projeção diminuem e, o "eu mais forte" se integra e interioriza ao objeto bom nutridor, ao qual ele estabelece uma relação de dependência. A posição depressiva, que se estende dos três aos oito meses, é uma tentativa repetida da criança de controlar seus objetos internos e externos.

a) Freud;
b) Jung;
c) Melanie Klein;
d) J. Lacan.

14. (Esag/EAFRS/Psicólogo/2003) Segundo Miller (Percurso de Lacan: uma introdução; Rio de Janeiro: Zahar, 1986), sempre que desejamos promover uma análise sobre o conceito de transferência na obra freudiana, devemos tomar como centrais as relações estabelecidas entre esta e três outros conceitos estreitamente correlacionados: resistência, repetição e sugestão. Marque a opção que se refere à relação transferência-resistência.

a) Em sua função dupla, a transferência indica que, por um lado, os complexos inconscientes foram atingidos e, por outro, que os mecanismos psíquicos contrários à manifestação dos elementos inconscientes foram ativados.
b) Enquanto transferência, há atualização da realidade do inconsciente no interior das sessões clínicas, tornando possível, com isso, a re-significação do conflito neurótico.
c) À medida que se encontra no fator sugestivo contido na transferência, há possibilidade de o analista exercer uma influência sobre o paciente que o leva à mudança psíquica.
d) Junto à transferência pode ocorrer uma força psíquica que se alia aos esforços do tratamento que visam a resgatar as lembranças patogênicas.

15. (Conesul/Pref. Porto Alegre-RS/Psicólogo/2008) Marque V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas considerando os conceitos psicanalíticos básicos do desenvolvimento do aparelho psíquico:

( ) O Eu só aparece na Teoria Freudiana tardiamente, no decurso do complexo edipiano, pela interiorização das imagens e das exigências parentais.
( ) O Supereu aparece, apenas, progressivamente, de início sob forma de um pré-eu na fase do narcisismo primário.
( ) A Fixação ocorre quando um evento ou uma situação afetiva marca tão fortemente uma fase evolutiva que a passagem seguinte se torna difícil ou até mesmo inibida.
( ) Na Regressão, a criança retorna a objetivos de satisfação pulsional característicos de fases anteriores.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta das letras, de cima para baixo.

a) F, F, V, V.
b) V, F, V, F.
c) V, V, V, F.
d) F, V, F, V.
e) V, V, V, V.

16. (Conesul/Pref. Porto Alegre-RS/Psicólogo/2008) Considerando as funções do ego, divididas em conscientes e inconscientes, qual das seguintes alternativas pertence ao ego inconsciente?

a) Pensamento.
b) Percepção.
c) Linguagem.
d) Ação.
e) Mecanismos de defesa.

As inter-relações entre o conhecimento psicológico e a educação se constituem em uma área de grande interesse para a ciência do desenvolvimento humano. Julgue os itens a seguir, que expressam teorizações importantes e que têm influência na educação e na compreensão de processos educacionais (C-Certo; E-Errado).

17. (Cespe-UnB/FUB/Psicólogo Escolar/2009) Para a psicanálise, o indivíduo deve ser capaz de mobilizar seus recursos conscientes e inconscientes para compreender ou para resolver uma situação-problema. Isso significa que o ato inteligente depende de todo o conjunto de aprendizagens do indivíduo, das suas experiências guardadas na memória inconsciente e, sobretudo, da capacidade de estabelecer laços e fazer escolhas.

18. (Cespe-UnB/FUB/Psicólogo Escolar/2009) Para a psicanálise a palavra vem no lugar da coisa e a aquisição da linguagem marca a passagem do imediatismo para as coisas mediatas e mediadas. A aquisição da linguagem assinala a passagem do biológico para o cultural.

19. (Cespe-UnB/FUB/Psicólogo Escolar/2009) Ao entrar na escola, a criança deposita na figura do professor os sentimentos amorosos ou agressivos destinados às figuras parentais e sua relação com o conhecimento é marcada por essa condição.

20. (Funrio/Polícia Militar-RJ/Tenente/Psicólogo/2009) Dentre as teorias psicanalíticas contemporâneas, a psicologia do ego, desenvolvida por Hartmann, apresenta um pressuposto que a diferencia da postulação freudiana. Na psicologia do ego, o ego atua:

a) sobre as funções integrativas sem manter sua hegemonia;
b) sob as expensas das energias psíquicas dinamizadoras do *self*;
c) subordinado aos impulsos instintivos;
d) sobre as funções integrativas da personalidade;
e) como mente consciente sem estar atrelado às funções psicológicas fundamentais.

21. (Vunesp/TRF – 3ª Região/Analista Judiciário-Psicólogo Clínico/2002) Sob a perspectiva da Psicanálise, a situação analítica, em sentido estrito, constitui-se quando:

a) se estabelece a neurose de transferência;
b) cessam os sintomas do paciente;
c) as transferências negativas são eliminadas;
d) são utilizadas técnicas de associação livre;
e) a neurose narcísica é mobilizada.

22. (Conesul/CERON-RO/Psicólogo/2006) O objetivo dos mecanismos de defesas é reduzir as tensões psíquicas internas, ou seja, as angústias. Quanto mais imaturo e menos desenvolvido for o Ego, mais primitiva e carregadas de magia serão as defesas. Das citadas a seguir, qual(is) seria(m) a(s) mais regressiva(s)?

I. identificação projetiva e onipotência
II. dissociação e idealização
III. negação
IV. racionalização

Está(ão) correta(s):

a) apenas a I e a II;
b) apenas a I e a III;
c) apenas a II e a IV;
d) apenas a II e a III;
e) apenas a I, a II e a III.

23. (COMPERVE-UFRN/MPE-PB/Psicólogo/2007) Muitas das estratégias de esquiva ao enfrentamento de problemas são de natureza inconsciente, segundo Freud, que as denominou mecanismos de defesa. Conforme o enfoque psicanalítico, essas manobras têm algumas propriedades em comum e são usadas, quando as pessoas estão ansiosas, para evitar que a causa da ansiedade chegue ao plano consciente.

Considerando o exposto, relacione os mecanismos de defesa e os sintomas característicos, numerando a segunda coluna de acordo com a primeira:

Mecanismos de Defesa	Sintomas
(1) Repressão (2) Negação (3) Fantasia (4) Projeção (5) Formação reativa (6) Racionalização	( ) Quando as pessoas escondem um motivo, emoção, atitude ou uma característica pessoal própria, expressando o oposto, para evitar a ansiedade do confronto com aspectos pessoais indesejados. ( ) A invenção de argumentos plausíveis e aceitáveis para situações, atos, pensamentos ou impulsos, de modo a ocultar de si próprio as verdadeiras explicações. ( ) As pessoas ignoram ou recusam-se a reconhecer a existência de aspectos desagradáveis em suas experiências, apesar de estarem cientes dos fatos. Envolve a autodissimulação. ( ) As pessoas fogem à ansiedade, imaginando aquilo que poderia ter acontecido ou o que pode acontecer. ( ) As pessoas excluem da consciência motivos, ideias, conflitos, lembranças que geram ansiedade, sem esforço deliberado.

A sequência correta é:

a) 4, 5, 2, 3, 1;
b) 5, 6, 2, 3, 1;
c) 3, 4, 2, 1, 6;
d) 5, 4, 6, 3, 2;
e) 5, 6, 3, 1, 2.

24. (Instituto Ludus/Pref. São João dos Patos-MA/Psicólogo/2010) Sobre a teoria da sexualidade infantil segundo Freud assinale a alternativa incorreta.

a) Freud, em suas investigações na prática clínica sobre as causas e funcionamento das neuroses, descobriu que a grande maioria de pensamentos e desejos reprimidos referia-se a conflitos de ordem sexual.
b) Foi no segundo dos "Três ensaios de sexualidade" das obras completas, que Freud postulou o processo de desenvolvimento psicossexual.
c) O complexo de Édipo acontece entre dois e cinco anos e é em torno dele que ocorre a estruturação da personalidade do indivíduo.
d) No complexo de Édipo, a mãe é o objeto de desejo do menino, e o pai é o rival que impede seu acesso ao objeto desejado.
e) N.d.a.

Gabarito

1. B	9. A	17. C
2. C	10. C	18. C
3. C	11. C	19. C
4. C	12. A	20. D
5. B	13. C	21. A
6. B	14. A	22. E
7. D	15. A	23. E
8. B	16. E	24. E

Capítulo 9

Psicologia da gestalt, teoria de campo e gestalt-terapia

Celana Cardoso Andrade
Adriano Furtado Holanda

O que é a Psicologia da Gestalt? Igualmente conhecida como ***Gestalt-Psychologie*** no original, ou como **Escola de Berlim**, trata-se de um dos mais importantes sistemas psicológicos do nosso tempo, organizado como uma escola – a **Escola Gestaltista** ou o **Gestaltismo** –, em torno de um princípio: a ideia de ***gestalt***, palavra alemã sem tradução específica, mas que significa "configuração", "todo", "totalidade" ou "forma", daí esse sistema ser ainda conhecido como **Psicologia da Forma**. Uma boa parte das ideias desenvolvidas por essa escola e teoria foi incorporada na estruturação (posterior), da moderna perspectiva clínica chamada de ***Gestalt*-terapia**.

9.1. BREVE HISTÓRICO

O principal foco de interesse da escola gestaltista foi o estudo sobre a percepção, mas não se limitou a tal, caminhando na direção de outros temas importantes, tais como os processos cognitivos (memória, percepção e solução de problemas) e os fatores motivacionais e comportamentais.

Antecedentes do movimento gestaltista remontam à filosofia de Immanuel **Kant** (1724-1804) e sua ênfase na unidade do ato perceptivo; e às ideias de Ernst **Mach** (1838-1916) com a tese de que as sensações formam a base de qualquer ciência (toda ciência é observacional e os dados primários são sensoriais). Mas foi Christian **Von Ehrenfels** (1859-1932) seu real "precursor intelectual" ao elaborar a noção de *Gestaltquälitat* ou "qualidade da forma". Para ele, a "qualidade" da experiência não pode ser reduzida a uma combinação "quantitativa" de sensações.

O **método fenomenológico** também foi fundamental para a elaboração da Psicologia da Forma.

O movimento gestaltista surge em oposição ao elementarismo wundtiano e titcheneriano e ao behaviorismo watsoniano. Foi Max **Wertheimer** (1880-1943) o principal promotor desse movimento, quando em 1912 publica uma pesquisa sobre o movimento aparente. Posteriormente, Wertheimer veio a ser assessorado por Kurt **Koffka** (1886-1941) e Wolfgang **Köhler** (1887-1967).

Outros expoentes da Psicologia da Gestalt merecem destaque, em especial os trabalhos de Kurt **Lewin** (1890-1947), o criador da Teoria do Campo e precursor da Dinâmica de Grupo, e Kurt **Goldstein** (1878-1965), idealizador da Teoria Organísmica.

Kurt Goldstein trabalhava com lesados cerebrais, tendo como base as premissas da **Psicologia da *Gestalt***. Junto com ele, trabalhou o neuropsiquiatra judeu Friedrich Salomon Perls (1893-1970), ou Fritz Perls, principal fundador e divulgador da Gestalt-terapia.

Em 1933, Perls, sua esposa Laura e seus filhos fogem da Alemanha, para Johannesburg, onde fundam o Instituto Sul-Africano de Psicanálise sob forte influência da Teoria Organísmica e da Psicologia da *Gestalt*.

Em 1942 publica seu primeiro livro, na África do Sul, intitulado *Ego, Hunger and Agression*. Neste, cujo subtítulo era "Uma revisão da teoria e método de Freud", questiona a psicanálise e propõe a "Terapia da Concentração" em substituição ao método da associação livre. Esse livro já esboça várias noções da Gestalt-terapia futura, tais como: ênfase no **presente** e no **corpo**, busca de uma abordagem mais **sintética** do que analítica, a contestação da **neurose de transferência**, a preconização de um **contato direto e autêntico** entre o paciente e seu analista, além de propor uma abordagem "holística" do organismo.

Perls propõe, então, um novo modelo psicoterápico, compreendendo técnicas de utilização da primeira pessoa do singular, responsabilidade pelos sentimentos, concentração no corpo e nas sensações etc. Em 1946, Perls e sua família imigram para os Estados Unidos, e foi em solo americano que a Gestalt-terapia nasce oficialmente, a partir da publicação, em 1951, da obra *Gestalt-therapy – excitement and growth in the human personality,* de autoria de Perls, Ralph Hefferline e Paul Goodman.

9.2. PRINCIPAIS TEORIAS

9.2.1. Psicologia da Gestalt

O movimento gestaltista se articula em torno de algumas ideias básicas, sendo a mais importante delas a de que "**o todo é diferente da soma de suas partes**". Em outras palavras, a qualidade do todo não é apenas mais um elemento do conjunto, e a partir das qualidades desse todo pode-se determinar as características das partes. Deriva desse princípio a **lei da pregnância**, ou seja, a clareza, equilíbrio e harmonia da *gestalt*, dizendo que a organização de qualquer todo será tão boa quanto as condições vigentes.

Para os teóricos da Gestalt, as experiências unitárias são ***gestalten***, são "todos" ou "configurações". A Gestalt estuda a organização dessas experiências unitárias (como se processam), designando assim "leis de organização". Para os teóricos desse sistema psicológico, a maioria dos atos é organizada de "dentro para fora" de forma significativa. Nossa percepção está estruturada em um caráter único. Se for organizada de outro modo, será uma estrutura totalmente diferente e nova. Em outras palavras, uma alteração em partes do todo altera necessariamente o todo em si.

Essas ideias constroem um modelo dinâmico da *gestalt*, em que as forças físicas determinam uma organização. A relação entre **todo-parte** é fundamental para a compreensão da Psicologia da Gestalt. Quando nos deparamos com algo, nossa percepção se dá como um todo e, somente depois, decompomos esse todo em partes. Portanto, **o todo é anterior às partes**.

Toda *gestalt* existe numa relação de "figura" que se destaca sobre um "fundo" mais geral. A figura se forma mais claramente do que o fundo, isto é, possui uma estrutura mais perfeita e é mais resistente à mudança. Essa noção é introduzida em 1915, por Edgar Rubin, a partir de suas observações de que a percepção é seletiva e nem todos os estímulos são percebidos com a mesma clareza. Aqueles que são organizados num todo e são percebidos com melhor clareza recebem a denominação de "figuras".

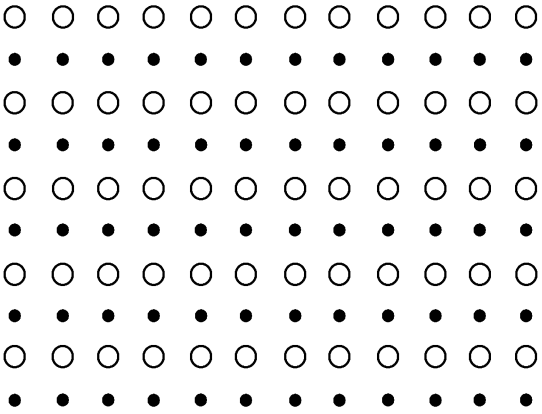
Um dos principais objetivos da escola gestaltista era a elaboração de leis e princípios sobre a organização da percepção. As principais leis relativas a esse tema são:

1) **Proximidade**: os elementos próximos no tempo e no espaço tendem a ser percebidos juntos;



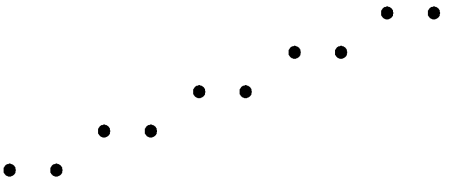
(v)

2) **Similaridade**: elementos semelhantes tendem a ser percebidos como pertencentes à mesma estrutura;



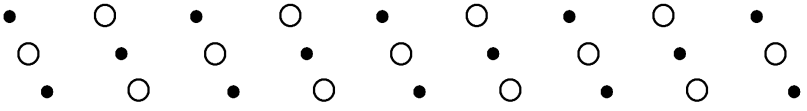
(xiii)

3) **Direção** ou "continuidade": diz respeito à tendência a ver as figuras da maneira que a direção continue de modo fluido. Toda unidade linear tende, psicologicamente, a se prolongar na mesma direção e com o mesmo movimento; é a impressão que as partes sucessivas se seguem às outras;



(xv)

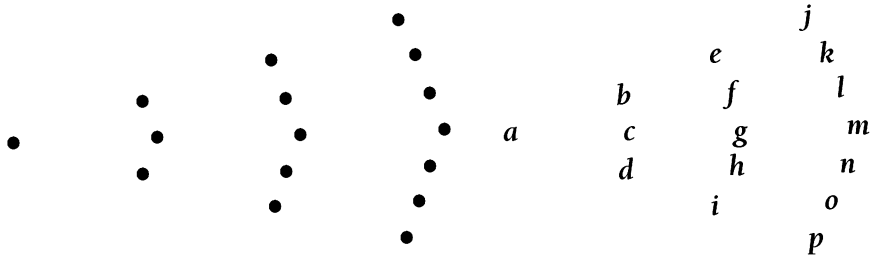
4) **Disposição objetiva**: quando se vê um determinado tipo de organização, continua-se a vê-la mesmo quando os estímulos originais estão ausentes;



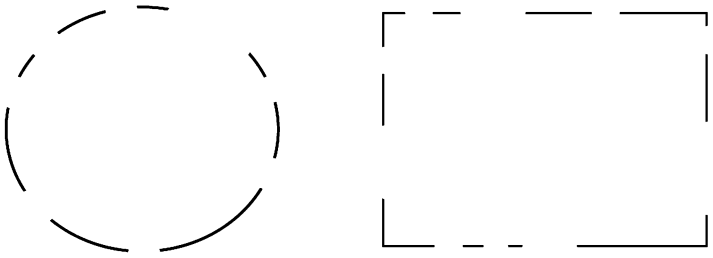
(xxi)

5) **Destino comum**: elementos deslocados, de maneira semelhante, de um grupo maior tendem a ser agrupados e;

(iv)



6) **Pregnância**: refere-se ao princípio do "fechamento" ou princípio do equilíbrio, ou seja, as figuras são vistas de um modo tão "bom" quanto forem possíveis as condições do estímulo (ou, tende-se a "fechar" a forma de uma figura, mesmo que esta esteja incompleta).



A Psicologia da Gestalt tende a definir a psicologia como **o estudo da experiência imediata do organismo total**. Embora os gestaltistas queiram incluir todo o espectro da Psicologia em sua perspectiva, privilegiaram o estudo da percepção.

O postulado fundamental do gestaltismo está diretamente relacionado com o seu nome, isto é, refere-se à **atitude todo-parte**. Outro princípio, que podemos determinar como secundário, seria o do **isomorfismo**, relacionado ao problema **corpo-mente**, a partir do qual os gestaltistas afirmam a unidade do organismo, ou seja, haveria um paralelismo entre corpo e mente (como elementos de um mesmo todo). O isomorfismo refere-se à relação entre campo cerebral e experiência. Para os gestaltistas, as propriedades estruturais dos campos cerebrais e da experiência são topograficamente idênticas, havendo uma relação de identidade

entre ambos. Em termos gerais, a ordem experimentada no espaço é estruturalmente idêntica à ordem funcional, como a analogia do mapa e da região real.

9.2.2. Kurt Lewin e a Teoria de Campo

Kurt **Lewin** (1890-1947) foi o idealizador da Teoria de Campo e o precursor da Dinâmica de Grupos. Para Lewin, o campo tem diversos pontos e fontes de força, formando uma rede. A percepção vai depender dessa rede. Assim, coisas e pessoas só são compreendidas se vistas numa relação total com o ambiente que as cerca. Em outras palavras, a pessoa só se faz compreensível dentro do contexto total no qual se encontra.

Na Teoria de Campo, o comportamento é **função** do campo. Uma pessoa é um universo fechado dentro de um universo mais amplo. Disso decorrem duas propriedades: a) **Diferenciação**, que define a separação do mundo por meio de um limite contínuo ou diferencia a pessoa (P) de qualquer outra coisa (Não Pessoa ou N-P); e b) **Relação Parte-Todo**, que remete à inclusão da pessoa num universo mais amplo.

A teoria de Lewin é **estrutural,** e seus conceitos fundamentais são **pessoa** (P), **meio psicológico** (M) e **espaço vital** (V). O espaço vital é onde ocorre o comportamento, que também é função do campo. Numa fórmula simples, [V = P + M]. Assim, compreende-se que a pessoa ao mesmo tempo se individualiza (é um universo fechado) e se "comuniza" (se inclui num universo mais amplo). É o espaço vital que revela a pessoa que nele se movimenta, funcionando, portanto, como um "mapa".

Nas palavras de Lewin, o espaço vital é o universo do psicológico (o todo da realidade psicológica). Contém a totalidade dos fatos possíveis, capazes de determinar o comportamento do indivíduo. O comportamento é "função do campo", ou, na fórmula lewiniana, [C = f(V)]. Assim, a pessoa e o meio são interdependentes, ou seja, há uma interdependência entre a região (P) e a região (M), que formam o campo vital (V). A realidade é então definida pela permeabilidade entre as regiões.

Quais fatos devem ser incluídos no **espaço vital**? Todos os "fatos reais", todos aqueles que tenham efeitos, sejam conscientes ou não. Os fatos físicos e sociais só são incluídos quando afetam o indivíduo em seu estado momentâneo. Assim, (V) é (P) + (M), tal qual existe para a pessoa. Isso define o **princípio da contemporaneidade**, que é a relação temporal do evento com as condições dinâmicas que o produzem (ou a relação entre as partes do espaço vital). Surge daí uma pergunta:

só os eventos passados podem causar a mudança ou os eventos futuros também podem fazê-lo? Ao que Lewin responde: nem os fatos psicológicos passados, nem os futuros, mas apenas aquela situação **presente**. Ou seja, somente o que existe concretamente pode ter efeitos. Contrariamente, pois, aos demais modelos psicológicos, essa ênfase no presente, na perspectiva da Psicologia dinâmica de Lewin, define que a influência da história prévia da pessoa é indireta.

O modelo de Kurt Lewin é também conhecido como **Psicologia topológica**, dado que cada parte de (V) pode ser representada como uma região (lugar onde se tem um objeto, onde este se move; é a zona onde podem distinguir-se várias posições ou partes ao mesmo tempo). Há dois tipos de conexão entre as regiões: locomoção e comunicação. Ou seja, as regiões se movem e se comunicam. Deriva dessa perspectiva, na teoria de Lewin, o conceito de "espaço hodológico", local onde constam as direções (movimento), que dependem da situação e das propriedades do campo.

Para Lewin, a conduta é o câmbio psicológico (mudança) numa dada situação, a conduta se dirige a um **fim**. O que causa o câmbio? Um vetor, uma **força**, que possui uma magnitude e uma direção determinadas. Assim, as forças possuem **direção**, **magnitude** e **ponto de aplicação**. Voltando aos conceitos iniciais, as forças atuam num **campo**, e a conduta é produto das forças resultantes. A superposição de dois campos de forças pressupõe um **conflito**.

Para compreender melhor essa questão é importante entender o conceito de **valência**: as forças que atuam sobre uma pessoa atraem ou repelem. Todas as forças de um campo se dirigem pela valência. Uma força que exerce atração para alguém possui uma valência positiva, enquanto a que repele possui uma valência negativa. Isso tudo está relacionado com a noção de **tensão**, definida por Lewin como o estado de desequilíbrio entre o indivíduo e seu ambiente, e é percebido por ele como uma necessidade. Daí sua teoria comportamental pode ser resumida nos seguintes tópicos:

1) Toda conduta é câmbio;
2) Há normalmente um estado de equilíbrio entre a pessoa e o ambiente;
3) Perturbação neste estado de equilíbrio gera tensão;
4) Tensão gera locomoção – definida como a atitude dirigida para a supressão da tensão – na direção de uma nova equilibração;
5) A conduta humana é uma sucessão de tensões, locomoções e calmas; e, por fim;

6) Um sistema em tensão tende a modificar-se até se fazer igual ao estado dos sistemas vizinhos;
7) **Tensão / Locomoção / Equilíbrio** equivale a **Necessidade / Atividade / Calma**;
8) Fracasso ou frustração na tentativa de retomar a calma gera tensões adicionais;
9) Satisfação de uma necessidade corresponde à relaxação da tensão e a um novo estado de equilíbrio.

A teoria de Kurt Lewin toma a física como modelo metodológico, superando, de certa forma, a ênfase psicofisiológica dominante na época. Todavia, toma a física em seus fundamentos metodológicos e não em seu conteúdo ou suas leis. Com isso, Lewin define uma teoria como um sistema de conceitos relacionados com fatos observáveis, de tal forma que os fatos empíricos podem ser deduzidos dos conceitos. Assim, leis empíricas são relações **funcionais** de dados observáveis e devem se referir a leis dinâmicas. Em outras palavras, toda ciência é e deve ser empírica, mas centrar-se nas relações funcionais dos dados. Portanto, para Lewin: Teoria = Sistema de Conceitos + Leis Dinâmicas.

A Teoria de Campo é uma abordagem dinâmica de Psicologia, pois introduz o conceito de sistema como um conjunto de interações, de tal modo que uma mudança num dos elementos do sistema altera o sistema por inteiro.

Os mesmos princípios são aplicáveis às relações de grupos. Lewin ficou conhecido como um dos precursores e difusores da Dinâmica de Grupos e da aplicação dos princípios do campo para a Psicologia Social, influenciando ainda a Psicologia Organizacional. Uma das preocupações de Lewin era a integração das Ciências Sociais, levando-o ao estudo da dinâmica dos problemas da mudança em grupo. Dessa análise teórica e experimental nasceu a **Dinâmica de Grupos**, definida como um campo de pesquisas dedicado ao conhecimento progressivo da natureza dos grupos, das leis de seu desenvolvimento e das inter-relações entre os indivíduos, grupos e organizações. Dela deriva um conjunto de conceitos que constituem linhas básicas das dinâmicas grupais, chamadas de vitalizadoras, sensibilizadoras e jogos.

O grupo é definido como uma entidade psicossociológica, que tem como características a interdependência e a unidade. Fala-se de interdependência quando há interação, relacionamento entre as pessoas. Os elementos de um grupo atuam reciprocamente uns sobre os outros e o fazem juntos de forma mais ou menos uniforme. Isso significa que um grupo não é formado apenas por um conjunto

ou agrupamento de pessoas juntas. Um grupo deve ter **interação** (quando uma pessoa afeta outra do mesmo grupo), havendo então uma reação a esse efeito. Isso cria uma **estrutura** para o grupo, caracterizada pelo estabelecimento de normas, relações de liderança, padrões de conduta e um sistema de comunicação. Outra característica importante dos grupos é a sua **coesão**. À medida que as relações dentro de um grupo se estabelecem, cresce a atração pelas atividades em conjunto. A essa relação de ligação, de "união", dá-se o nome de coesão grupal. A coesão dá uma sensação de pertencimento aos membros do grupo, reforçando os laços de camaradagem e de lealdade, bem como separa os indivíduos de um grupo de outro.

A interação e a coesão grupal permitem o estabelecimento de uma "personalidade" do grupo. Cada grupo é diferente dos demais. A personalidade de um grupo pode ser entendida a partir de como ele é e como atua como um todo. A essa personalidade Lewin dá o nome de **sintalidade**, palavra que significa "característica de arranjo" ou "disposição em conjunto".

O modelo de grupos de Kurt Lewin influencia boa parte das teorias sobre o comportamento organizacional. O conceito de campo psicológico de Lewin traz novas direções ao estudo do comportamento humano dentro das organizações. O comportamento organizacional não pode ser entendido apenas por uma causa única, mas por uma rede causal. Assim, o estudo do comportamento humano nas organizações deve ser realizado através de fatores não psicológicos, e é por meio da mudança nesses fatores que ocorrerão mudanças no espaço vital do indivíduo. Além disso, é preciso compreender a organização como um todo.

9.2.3. Gestalt-Terapia

Os conceitos que fundamentam a Gestalt-terapia dão suporte tanto à teoria quanto à prática dessa abordagem. Todos eles, em alguma proporção, advêm das suas bases teóricas ou filosóficas.

Contato: o homem é, necessariamente, um ser de relação e inserido no mundo. Contato é, para a Gestalt-terapia, o processo básico do relacionamento, é viver, sentir, pensar, agir, falar, enfim, é experienciar no presente, "relacionar-se" com a vida e com o imediato aqui-agora.

Contato é o processo de reconhecer a si mesmo e ao outro em um duplo movimento de conectar-se e de afastar-se do diferente. De acordo com Perls, nem todo contato (conectar) é saudável, e nem toda fuga (afastamento) é doentia, visto que as escolhas de aproximação ou distanciamento, meios de satisfazer as necessidades emergentes, são necessárias e só tornam-se nítidas se advêm do contato.

Contato é o sangue vital do crescimento, o meio para mudar a si mesmo e a experiência que se tem do mundo, é implicitamente incompatível com permanecer igual. Por acreditar que o contato seja transformador e que a natureza da psicoterapia na abordagem gestáltica seja promover o contato, o terapeuta deve estar sempre incentivando o cliente a olhar para si mesmo, para o outro e para o mundo, pois é esse movimento que dá qualidade ao contato e permite alcançar a *awareness*.

Awareness: a *Gestalt*-terapia possui uma compreensão particular do que é consciência. Há duas formas distintas de consciência, representadas pelas palavras inglesas *counsciousness* e *awareness*. A primeira refere-se a uma consciência cotidiana, limitada no tempo e no espaço, mais voltada a uma compreensão racional de si e do mundo, enquanto a *awareness* pode ser definida como uma consciência ampliada, "organísmica".

Awareness é uma forma de experienciar, que envolve o sujeito por completo (em suas dimensões psíquica, corporal e cognitiva); é presente (é sempre aqui/agora); e é processual (está sempre mudando, evoluindo e transcendendo).

Ser **aquilo que se é** exige um *continuum* de *awareness* que possibilita ao indivíduo tomar posse de seu processo de existir, de como esse processo se estabelece a cada momento, e de encontrar sua totalidade. *Awareness* é um momento de iluminação, em que a pessoa se percebe como uma totalidade em funcionamento e, somente então, se vê como possível. Em resumo, *awareness* é ter **consciência da própria consciência**, e, enquanto tal, é um momento de transcendência.

Autorregulação Organísmica: é um processo de constante renovação, no qual o organismo satisfaz suas necessidades na busca de um equilíbrio dinâmico, fruto de um constante equilibrar-se e desequilibrar-se. Decorre do surgimento de novas necessidades na medida em que o organismo responde à necessidade atual. O que surge como figura é aquilo que o organismo necessita em dado momento para satisfazer a necessidade mais premente e, assim, restabelecer seu estado de equilíbrio.

Por meio dessa organização das necessidades, os indivíduos regulam-se de forma ordenada e significativa. Para satisfazer suas necessidades, a pessoa deve buscar os suplementos necessários no meio. A consciência de necessidades é uma função orientadora, ou seja, a pessoa precisa saber o que quer, antes de ser gratificada, senão perde o sentido.

Figura-Fundo: noção cunhada por Edgar Rubin (da Escola Gestaltista), ao afirmar que, da configuração total da percepção, destaca-se um estímulo (figura),

enquanto outra parte recua (fundo). Na prática, a figura não existe destacada do fundo, dado que é esse fundo que permite à figura emergir, ou seja, a figura está no todo (figura e fundo formam uma unidade).

Quando a pessoa se depara com várias necessidades simultâneas a serem satisfeitas, o equilíbrio só poderá acontecer se, antes de qualquer coisa, for eleita uma necessidade, que é a figura. O fundo revela a figura e permite a esta surgir, ou seja, a figura que se constitui no campo não pode ser considerada independente de seu contexto. Essa dominância está diretamente ligada à autorregulação do organismo. O comportamento se organiza no sentido de privilegiar as *gestalten* abertas, aquelas situações ainda inacabadas.

A qualidade do processo figura-fundo determina a qualidade da consciência de uma pessoa e de sua autorregulação, pois sinaliza o que é emergente para a pessoa. Enquanto a figura não é nítida, seu sentido (significado) também será reduzido. O processo de formação de figura-fundo é um processo dinâmico, no qual as urgências e os recursos do campo interagem. Quanto mais saudável a pessoa e mais nítida a necessidade, maior a probabilidade de ela alcançar o que lhe falta. Uma das qualidades mais importantes de uma Gestalt é a necessidade que ela possui de completar-se, nem sempre de maneira ideal, mas da melhor forma possível naquele momento. Esse movimento é conhecido como formação e destruição de figuras.

Ajustamento Criativo: é o processo que leva as necessidades do organismo e os estímulos do ambiente a interagirem. A pessoa, ao sentir a necessidade, busca resposta do ambiente. Ajustar-se criativamente é optar por uma decisão que lhe pareça a melhor possível, no sentido de cumprir a demanda organísmica que se tornou figura naquele momento.

O funcionamento saudável na *Gestalt*-terapia compreende o ajustamento criativo; é aquele em que a formação perceptual figura-fundo interage criativamente com seu meio ambiente. Nesse intercâmbio, a pessoa atualiza e amplia seus recursos para responder às dominâncias emergentes e utiliza suas funções de contato para avaliar e, apropriadamente, estabelecer contatos enriquecedores; ou interrompê-los quando tóxicos e intoleráveis. Saúde é a prevalência desse tipo de funcionamento.

No entanto, nem sempre o ajustamento criativo leva ao crescimento. Existem ajustamentos criativos disfuncionais. Nesse modo de funcionar, observa-se a formação de figuras mal definidas e desvitalizadas, uma percepção turva tanto da necessidade quanto dos recursos que poderiam buscar no ambiente. Assim, são

figuras que quase sempre não se completam e dificultam progressivamente os contatos criativos.

Aqui-Agora: a *Gestalt*-terapia, por ser uma abordagem fenomenológica, destaca o trabalho com a experiência imediata – com ênfase no presente –, em consequência, enfatiza seu trabalho no aqui-agora. Aqui(espaço)-agora(tempo) são duas realidades que se relacionam, mesmo porque, de certa forma, uma constitui a outra.

O presente é uma movimentação permanente entre passado e futuro. Somente no agora a pessoa consegue contatar memórias ou expectativas e, com isso, dar-se conta de todas as suas escolhas. Experiências de alguns minutos, dias, anos ou décadas atrás, que têm importância presente, são abordadas no processo psicoterápico, assim como o futuro caso ele esteja presente nos processos atuais. Assim, só o presente existe, sendo os atos de relembrar e de planejar funções **presentes**, apesar de se referirem ao passado e ao futuro.

Diálogo: a relação entre terapeuta e cliente é o aspecto mais importante da psicoterapia. O diálogo existencial é uma parte essencial da metodologia da Gestalt-terapia. Esse princípio justifica a disponibilidade do gestalt-terapeuta em trabalhar em um contato terapêutico é marcado por respeito, aceitação, compromisso com a tarefa, autenticidade e, principalmente, pelo diálogo, em vez de manipular o cliente em direção a um objeto terapêutico.

O diálogo refere-se a uma interação específica entre pessoas, em que há o desejo de encontrar genuinamente o outro, portanto, a atitude da pessoa é falar-ao-outro, e não simplesmente falar voltado para o outro. O diálogo é uma forma de contato e ocorre, sobretudo, quando os interlocutores têm a sensação de estarem inteiros no que dizem ou fazem ou até mesmo deixam de fazer, e existe a intenção de estabelecer uma relação mútua e viva entre ambos.

A *Gestalt*-terapia acredita que o homem adoece quando o diálogo é interrompido, perdendo, assim, a habilidade em se comunicar, quando o diálogo cede lugar aos "monólogos disfarçados de diálogo", nas palavras de Martin Buber, ou quando o diálogo se torna eminentemente técnico (deixa de haver interesse real ou preocupação com a alteridade da outra pessoa).

9.3. PRÁTICA CLÍNICA DA GESTALT-TERAPIA

A Gestalt-terapia é um modelo pautado pela filosofia existencial-fenomenológica, que enfatiza a relação entre terapeuta e cliente e é embasada no diálogo. Assim sendo, privilegia a compreensão, em detrimento da interpretação. O objetivo

do processo psicoterápico é tornar os clientes conscientes do que estão fazendo, como estão fazendo, como podem transformar-se e, ao mesmo tempo, aprender a aceitar-se e valorizar-se. Nesse sentido, é uma terapia que objetiva o crescimento e o desenvolvimento da personalidade.

Para atingir tais objetivos, apoia-se na **metodologia** do contato e da *awareness*, fazendo uso de técnicas, experimentos e diálogo, como **procedimentos**. O terapeuta, em ação, usa de diversos **instrumentos**, sendo os mais importantes, o corpo, a fala e a própria relação terapêutica.

Falando de procedimentos, há que se diferenciar os três elementos citados. Por **técnica** entende-se todo procedimento previamente definido, que propõe algo objetivo ao cliente, no contexto da terapia. São procedimentos já construídos e testados, que objetivam levar o cliente a atingir determinado nível de consciência. Na Gestalt-terapia, muitas das técnicas utilizadas foram inspiradas no psicodrama e na análise transacional e transformadas à luz de seus princípios. Alguns exemplos dessas técnicas são a "cadeira vazia", a "dramatização", a "amplificação", a "fantasia dirigida", o "trabalho com sonho", a "expressão metafórica", o "monodrama", dentre outras.

Perls dizia que, em *Gestalt*, o terapeuta é seu maior instrumento. Assim, um dos aspectos mais destacados da prática terapêutica é a **criatividade**. O **experimento** é fruto dessa criatividade, e implica no envolvimento e na presença do terapeuta no contexto da relação. O objetivo do experimento é permitir com que o cliente alcance um nível de consciência maior do que o proporcionado pela técnica: enquanto a técnica facilita a conscientização de determinados problemas e questões, o experimento facilita a *awareness*.

Toda experimentação "brota" do contexto da terapia, ou seja, é produto do momento; portanto, localiza-se no aqui-agora. Na técnica a responsabilidade pela condução do procedimento está a cargo do terapeuta; no experimento o terapeuta apenas sugere o procedimento e divide o controle e a observação com o cliente. Na técnica, já se sabe "onde" se quer chegar; no experimento, nunca se sabe ao certo "onde" se chegará. Assim, pode-se fazer experimento com praticamente qualquer coisa que surgir na terapia.

Na *Gestalt*-terapia, a maior ênfase que se dá no processo psicoterápico recai sobre o **diálogo**, ou sobre a relação dialógica (embasada na filosofia dialógica de Martin Buber, e sua afirmação da relação Eu-Tu). Assim, a Gestalt-terapia se propõe a promover o diálogo, facilitando ao cliente o reconhecimento de suas formas incompletas de se relacionar com o mundo, consigo e com os outros –

reconhecendo seus modos "Eu-Isso" – e buscando uma relação mais plena com o mundo, consigo e com os outros.

9.4. ATUALIZAÇÕES SOBRE PSICOLOGIA DA GESTALT, TEORIA DE CAMPO E GESTALT-TERAPIA

Atualmente a Psicologia da Gestalt continua sendo disseminada através da ***Society for Gestalt Theory and its Applications*** (http://gestalttheory.net/), que congrega pesquisadores das mais diversas áreas, buscando promover a perspectiva gestaltista aplicada à teoria e a prática. Destaque para as aplicações à clínica, com a proposta de Hans-Jürgen Walther, que foi aluno de Wolfgang Metzger, chamada de *Gestalt Theoretical Psychotherapy*. A GTA edita o periódico *Gestalt Theory* e trabalha com aplicações diversas, como a musicologia, a linguística etc.

No que se refere ao pensamento de Kurt Lewin, podemos destacar o ***Kurt Lewin Institut*** (KLI), na Holanda (http://www.kurtlewininstitute.nl), instituição que prioriza estudos de Psicologia social e suas aplicações, processos interpessoais, processos de grupo e organizacionais e processos intergrupais, além de aplicar a teoria de campo à psicologia ambiental (lidando com estudos do comportamento humano em relação ao meio ambiente.). Na Polônia, encontramos o ***Kurt Lewin Center for Psychological Research*** (http://www.lewincenter.ukw.edu.pl/index.php), cuja preocupação central é com estudos de problemas sociais, mais especificamente, como a aplicação da psicologia lewiniana à solução de problemas sociais.

Em relação à Gestalt-terapia, em suas perspectivas mais atuais, cabe destacar duas vertentes: a) uma vertente prática – em que se percebe a ampliação do campo de atuação dos gestaltistas (que inclusive promove a delimitação de uma nova denominação, associada à Gestalt-terapia, que é a "abordagem gestáltica") para contextos como comunidade, educação, grupos, crianças e adolescentes, transtornos alimentares etc. Essa vertente igualmente promove o desenvolvimento de novas teorizações como as que delimitam uma psicoterapia de curta-duração (terapia breve de base gestáltica) ou uma teoria autônoma de grupos; e também o desvelamento de novos campos de compreensão do fenômeno humano, como a discussão de questões de gênero, por exemplo; e b) uma vertente epistemológica – cuja preocupação se centra na discussão da construção de um "saber" gestáltico (Holanda & Faria, 2005).

Nesse debate epistemológico, a ênfase recai sobre três caminhos: o das **bases teóricas**, promovendo um resgate do estudo das diversas teorias que compõem a Gestalt-terapia, como a própria Psicologia da Gestalt e a Teoria de Campo,

mas também do pensamento de Goldstein, da Semântica Geral de Korzybski, da Análise do Caráter de Reich e das raízes psicanalíticas do pensamento de Perls; o da **fundamentação filosófica**, com ênfase para a discussão em torno da filosofia fenomenológica (em suas mais diversas vertentes, desde Husserl e Brentano, passando por Merleau-Ponty e Heidegger) e das filosofias da existência (resgatando pensadores como Nietzsche, Buber, Sartre, Marcel e Kierkegaard); e o da sua **construção histórica**, que consolida a autonomia e diversidade da perspectiva gestaltista, e promove o desenvolvimento de um pensamento estético e filosófico, particularmente centrando-se sobre as figuras de Laura Perls e Paul Goodman.

9.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FADIMAN, J. & FRAGER, R. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Editora Harper & Row do Brasil, 1979.
FIGUEIREDO, L. C. *Matrizes do pensamento psicológico*. Rio de Janeiro: Vozes, 1991.
GINGER, S. & GINGER, A. *Gestalt: uma terapia do contato*. São Paulo: Summus, 1995.
KöHLER, W. *Psicologia da Gestalt*. Belo Horizonte: Editora Itatiaia Ltda, 1968.
LEWIN, K. *Teoria dinâmica da personalidade*. São Paulo: Cultrix, 1976.
_____. *Princípios de psicologia topológica*. São Paulo: Cultrix, 1978.
MARX, M. H. & HILLIX, W. A. *Sistemas e teorias em psicologia*. São Paulo: Cultrix, 1990.
PENNA, A. G. *Introdução ao gestaltismo*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
PERLS, F. S.; HEFFERLINE, R. & GOODMAN, P. *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1997.
POLSTER, E. & POLSTER, M. *Gestalt-terapia integrada*. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.
RIBEIRO, J. P. *Gestalt-terapia: refazendo um caminho*. São Paulo: Summus, 1985.
_____. *Vade-mécum de Gestalt-terapia: conceitos básicos*. São Paulo: Summus, 2006.
RODRIGUES, H. E. *Introdução à Gestalt-terapia*. Petrópolis: Vozes, 2000.
SCHULTZ, D. P. & SCHULTZ, S. E. *História da psicologia moderna*. São Paulo: Cultrix, 1994.
WERTHEIMER, M. *Pequena história da psicologia*. São Paulo: Editora Nacional, 1978.

9.6. QUESTÕES

1. (FCC/TJ-PE/Analista Judiciário/Psicólogo/2007) A tendência dos gestaltistas é para definirem a Psicologia como o estudo:

a) da experiência e influência dos tipos psicológicos;
b) da ação humana que retrata uma função sistêmica do ser no universo;
c) dos desvios comportamentais do ser humano;
d) do radical e metafísico que definem a dialética mente-corpo-alma;
e) da experiência imediata do organismo total.

2. (UPENET/IAUPE/Pref. Recife-PE/Psicólogo/2006) Considerando o processo de estruturação e de dinâmica dos grupos, observe as seguintes afirmações:

I. Os grupos são totalidades dinâmicas, portanto, constituídos de elementos interdependentes;

II. A personalidade é um sistema que, no âmbito da realidade social, apresenta três núcleos: o eu íntimo (valores centrais do indivíduo), o eu social (valores partilhados com o grupo) e o eu público (valores mais superficiais);

III. O grupo deve ser observado no interior de um campo social, ou seja, enquanto parte de uma totalidade dinâmica constituída pelas entidades sociais coexistentes, não necessariamente integradas entre si. Um campo social, por sua vez, se caracteriza pelas posições relativas que nele ocupam os diferentes elementos que o constituem.

Assinale a alternativa que identifica corretamente o autor ao qual estão associadas essas afirmações teóricas sobre o grupo e seu funcionamento.

a) Moreno.
b) Pichón Riviére.
c) Bleger.
d) Bion.
e) Kurt Lewin.

3. (Conesul/Pref. Porto Alegre-RS/Psicólogo/2008) A contribuição de Kurt Lewin para a Psicologia Social expressa uma abordagem particular sobre a dinâmica grupal. A inovação de Lewin, criada nos experimentos com pequenos grupos, caracteriza-se pela utilização:

a) da dissonância cognitiva, interferindo na coesão grupal;
b) da reflexão do espaço grupal na dinâmica do inconsciente;
c) da dinâmica do espaço topológico e dos sistemas de forças no grupo;
d) da existência do grupo como mediador necessário entre indivíduo e sociedade;
e) do grupo como dispositivo socioanalítico.

4. (Esag/EAFRS/Psicólogo/2003) Dentre as afirmações a seguir relativas à Gestalt e à Gestalt-terapia, assinale a verdadeira.

a) O essencial da filosofia da Gestalt foi extraído, sobretudo, de filósofos, psicólogos, psiquiatras, escritores e artistas dos Estados Unidos.
b) O trabalho fenomenológico da Gestalt-terapia é baseado na relação dialógica EU e TU de Martin Buber.
c) A Gestalt se situa na intersecção entre a Psicanálise, filosofias orientais e o Behaviorismo Metodológico.
d) A Gestalt-terapia usa a interpretação para buscar o "significado verdadeiro" dos sintomas e/ou sinais.

5. (Vunesp/TRF – 3ª Região/Analista judiciário/2002) Numa abordagem fenomenológico-existencial, a entrevista:

a) parte de um roteiro predefinido, com base no histórico do cliente;
b) envolve a interpretação, por parte do entrevistador, do conteúdo inconsciente presente no discurso do cliente;
c) estabelece a transferência com a finalidade de provocar o *insight*;

d) concentra-se na apuração de fatos que expliquem as motivações atuais do cliente;
e) assume o status de um diálogo no qual o entrevistado se sinta compreendido.

6. (UEG/AGANP-GO/Analista de Gestão Administrativa/Psicologia/2006) A teoria de campo de Kurt Lewin contribuiu substancialmente para a compreensão do comportamento humano nas organizações. Essa teoria situa o indivíduo no contexto mais amplo e mostra a interdependência dinâmica entre o indivíduo e seu meio. Com base nessa afirmação, responda à questão. Sobre essa teoria, julgue a validade das proposições a seguir:

I. As propriedades do ambiente psicológico são determinadas tanto pelo ambiente objetivo quanto pelas características individuais.
II. Os fenômenos psicológicos são explicados por meio da caracterização da personalidade do indivíduo
III. O comportamento é explicado no nível do consciente, sem a interferência de fatores inconscientes.
IV. A dinâmica das relações causais parte de processos globais para processos particulares.

Assinale a alternativa correta.

a) Apenas as proposições I e II são verdadeiras.
b) Apenas as proposições I e III são verdadeiras.
c) Apenas as proposições I e IV são verdadeiras.
d) Apenas as proposições II e IV são verdadeiras.

7. (Fumarc/Pref Contagem-MG/Técnico em Psicologia/2005) As afirmativas a seguir se referem a uma determinada abordagem teórica e suas implicações na educação:

"A aprendizagem é um processo de atualização de estruturas cognitivas pré-formadas, mediante a organização e reorganização do campo perceptivo".

"O indivíduo é ativo nesse processo (de aprendizagem) e o meio ambiente passivo, uma vez que o indivíduo é quem, mediante suas estruturas, impõe uma organização e reorganização perceptual a esse meio" (Cunha Coutinho e Moreira, 1997).

A abordagem teórica a que se referem as afirmativas é:

a) Teoria da Gestalt;
b) Teoria Comportamentista;
c) Teoria Interacionista de Wallon;
d) Teoria Interacionista de Jean Piaget.

8. (Funrio/Pref. Maricá-RJ/Psicólogo/2007) A Gestalt-theorie, ou Psicologia da "forma", sofreu certa influência do(a):

a) fenomenologia;
b) associacionismo;
c) psicanálise e do associacionismo;
d) existencialismo e do associacionismo;
e) fenomenologia e do associacionismo.

9. (AEDB/Pref. Itatiaia-RJ/Psicólogo Clínico-Educacional/2007) Para fixar determinada fórmula matemática, o docente, usando dos princípios da teoria da gestalt aplicada à aprendizagem, apresenta exercícios do mesmo assunto com mudança apenas dos dados numéricos.
O princípio da gestalt utilizado para fixar a formula é o princípio da:

a) proximidade;
b) semelhança;
c) boa forma;
d) fechamento;
e) figura e fundo.

Julgue os itens subsequentes (C-Certo; E-Errado) com relação à intervenção terapêutica da Gestalt-terapia no trabalho com mulheres gestantes.

10. (Cespe-UnB/MPE-TO/Analista Ministerial/Psicologia/2006) A Gestalt-terapia desenvolveu três princípios fundamentais para um trabalho terapêutico especificamente com mulheres gestantes: a singularidade da experiência, o processo de aceitação da ambiguidade e o suporte para o conflito existencial. Fundamentado nesses princípios, o terapeuta cria uma especificidade na terapia com a cliente gestante, oferecendo-lhe o suporte necessário ao conflito causado por essa experiência repleta de emoções causadas pelas perdas e pelos ganhos.

11. (Cespe-UnB/MPE-TO/Analista Ministerial/Psicologia/2006) Quando a mulher grávida sente-se amparada, compreendida, sem uma atitude judicativa do terapeuta, lentamente vai descobrindo que o seu sofrimento procede e pode ser dividido e compactuado com mais alguém. Os chavões típicos, os chamados ruídos sociais, passam a ser fundo, enquanto as necessidades dessa mulher vêm à tona, como figura da sua existência. O terapeuta, considerando que algumas mulheres precisam priorizar-se nesse momento, deve fazer um trabalho de esclarecimento ao parceiro e (ou) à família.

12. (FCC/Polícia Militar-MA/Primeiro-Tenente/Psicólogo/2006) A Gestalt-terapia introduzida por Frederick S. Perls é uma terapia:

a) psicodramática e corporal, que visa como crescimento psicológico, a dissolução de couraças;
b) individual breve de orientação psicanalítica;
c) psicodinâmica, que objetiva recuperar e reintegrar materiais inconscientes;
d) analítica, visando a transformação de estruturas isoladas, identificadas pelo paciente e o analista;
e) existencial e utiliza princípios em geral considerados existencialistas e fenomenológicos.

13. (FCC/TRE-SP/Analista Judiciário/Psicólogo/2004) A Gestalt-terapia

a) está interessada em comportamentos reais e não em estados interiores e antecedentes históricos, assim como acredita que o sintoma é a doença e que não é via de acesso para a investigação de lembranças passadas ou para a perspectiva existencial do paciente;
b) ajuda o paciente a relembrar, recuperar e reintegrar materiais inconscientes, de forma que a vida atual deste possa ser mais satisfatória, através da análise da transferência estabelecida com o analista;
c) é um processo terapêutico composto por dois estágios principais: o estagio analítico, que consiste inicialmente em confissão, na qual o indivíduo começa a retomar o material inconsciente, e o estágio de elucidação do material confessional, no qual se desenvolve maior familiaridade e compreensão dos processos psíquicos;
d) enfatiza a função do corpo na análise do caráter e, na terapia e sua prática, inclui as técnicas de respiração e de liberação emocional;
e) é fenomenológica, tem por finalidade a consciência, é baseada no existencialismo, tem sua visão de mundo baseada no holismo e na Teoria do Campo e, do ponto de vista terapêutico, sua filosofia aponta que a pessoa deve ser vista na sua totalidade.

14. (UPENET/IAUPE/Pref. Cabo de Santo Agostinho-PE/Psicólogo/2006) Em relação aos fundamentos teóricos da Gestalt-terapia, considere as seguintes afirmações.

I. O campo organismo/ambiente forma uma unidade inseparável, uma totalidade cujo significado emerge das inter e intrarrelações entre as partes que formam um dado todo.
II. Contato é o processo psíquico ou comportamento pelo qual o indivíduo entra em relação consigo, com o outro e com o mundo em busca da diferenciação. É um processo ativo e consciente de ajustamento criativo e enfatiza o indivíduo como um ser relacional.
III. As formas como o organismo estabelece contato com seu meio e como o transforma podem ser mais ou menos saudáveis ou mais ou menos adoecedoras. A doença é uma perturbação no processo de formação-destruição-reforma de Gestalten, a qual interrompe o fluxo natural da experiência.
IV. É a dimensão do aqui-agora, com sua ênfase no sentir, nos afetos, nas sensações, no relacional, traz a possibilidade de transformação. Trata-se de valorizar o sentir acima do pensar, a experiência, acima do pensar sobre. É nessa perspectiva que se desconsidera a história de vida do indivíduo como relevante para compreensão de sua condição existencial.

Assinale a alternativa que identifica o(s) item(ns) correto(s).

a) III e IV, apenas.
b) I e IV, apenas.
c) II e IV, apenas.
d) I, III e IV, apenas.
e) I, II e III, apenas.

Julgue os itens subsequentes (C-Certo; E-Errado) com relação às diferentes linhas de pensamento da Psicologia.

15. (Cespe-UnB/Pref. Rio Branco-AC/Psicólogo/2007) O método da Psicologia da Gestalt consiste na descrição ingênua dos fenômenos tais como aparecem na consciência, antes de qualquer reflexão ou análise.

16. (Cespe-UnB/Pref. Rio Branco-AC/Psicólogo/2007) Para os gestaltistas, a experiência imediata ou subjetiva é produto de processos de síntese em que os elementos se fundem e adquirem novos significados.

17. (Cespe-UnB/Pref. Rio Branco-AC/Psicólogo/2007) A psicologia científica dos gestaltistas preocupa-se em relacionar a experiência imediata com a natureza física e biológica e com os valores socioculturais.

18. (Ceperj/SEE-RJ/Professor Docente/Psicologia/2007) Segundo Wertheimer, são operações essenciais ao pensamento:

a) associar, distinguir e categorizar;
b) abstrair e generalizar;
c) centrar, agrupar e reorganizar;
d) localizar, analisar e correlacionar;
e) perceber e organizar.

19. (Funrio/Ministério da Justiça/Psicólogo/2009) A teoria do Processo Grupal de Pichon-Rivière apoia-se, no que diz respeito ao aspecto genético, histórico e estrutural, nas ideias de Freud e de Melanie Klein e, em seu aspecto social, em K. Levin, cujo método é de:

a) investigação ativa e análise sistêmica;
b) experimentação sociológica e a bipolaridade;
c) bipolaridade e análise sistemática das contradições;
d) experimentação sociológica prática e investigação ativa;
e) investigação ativa e análise sistemática das contradições.

Gabarito

1. E	6. C	11. C	16. C
2. E	7. A	12. E	17. C
3. C	8. A	13. E	18. A
4. B	9. B	14. E	19. D
5. E	10. E	15. C	

Capítulo 10

Situações de risco

Célia Maria Ferreira da Silva Teixeira

Ao iniciar este capítulo faz-se necessário entendermos a noção **de situações de risco** na medida em que consideramos tal aspecto fundamental na efetivação de estratégias de intervenção.

O conceito de situação de risco extrapola a noção individual de comportamento de risco e do simples acúmulo de fatores de risco. Como lembra Sudbrack (1998), esse conceito "introduz a perspectiva de um sistema complexo de influências numa relação dinâmica e recursiva" (p. 222).

Ao fazermos referência a fatores de risco, devemos pensar em todas aquelas situações que envolvem o sujeito, o contexto e suas relações.

Propomos aqui enveredarmos pelos caminhos explicativos que se assentam em uma abordagem capaz de unir o indivíduo ao seu contexto, evitando cair nas amarras do pensamento redutor que prima pelo estabelecimento de uma visão linear dos fatos e fenômenos que envolvem o homem.

Tal perspectiva vem ampliar o paradigma de compreensão da noção de risco, pois traz a dimensão da subjetividade, do contexto social em que importa a reação singular de cada pessoa ou grupo frente à determinada situação. Dessa forma, as necessidades pessoais somadas às características do contexto social são determinantes na percepção ou não, dos riscos aos quais o indivíduo ou grupo se encontra exposto.

A fim de ilustrarmos nosso pensamento, optamos por trazer aqui algumas situações de risco que indivíduos de diversas faixas etárias vivem em seus contextos de relações.

10.1. VIOLÊNCIA

10.1.1. Principais tipos de violência

Abuso físico – refere-se ao abuso do adulto contra a criança mediante o uso de força física ou por meio de negligência. Maus-tratos que decorrem da força física geram espancamentos. Os sinais variam desde hematomas e cicatrizes até fraturas e danos internos de órgãos.

Abuso sexual – refere-se ao envolvimento da criança em atividades decorrentes da manipulação dos órgãos genitais ou do agressor, masturbação, ato sexual genital ou anal, estupro, sodomia, exibicionismo, pornografia.

Abuso psicológico – refere-se ao conjunto de atividades e condutas perante a criança que ocasionam medo, frustração, experiências de temor quando à própria integridade física ou psicológica.

Negligência – refere-se aos atos ou omissões que causam danos psicológicos, cognitivos e físicos, que resultam da falta de prover as condições mínimas de sobrevivência e atenção às necessidades básicas da pessoa.

10.1.2. Violência contra a criança e o adolescente

Falar em violência contra a criança e o adolescente nos remete ao exercício de pensar que existem diferentes formas de violência.

Podemos começar pela noção de desigualdade existente entre o adulto e a criança ou o jovem, sem poder deixar de lado as questões advindas da desigualdade social que imprimem um conjunto de comportamentos expressivos de uma violência que vem se estruturando ao longo da história do homem (Magagnin; Almeida, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1997), a incidência de maus-tratos da criança constitui um problema de saúde pública mundial.

Entende-se, pois, situações de maus-tratos como todos os atos cometidos ou aquelas ações que caracterizam omissões na proteção de crianças causando danos físico, psicológico, intelectual ou social.

A forma mais frequente de maus-tratos ocasionados na criança reúne o conjunto de ações caracterizadas por negligência e o abuso físico.

Deve-se incluir ainda, na categoria maus-tratos, os casos de exposição da criança a situações familiares de violência, de uso de drogas e promiscuidade dos pais ou responsáveis. A relação mais direta entre abuso e maus-tratos vincula-se

à criança e às figuras cuidadoras, que se encontram, em particular, nas relações familiares.

Situações de maus-tratos infantis são altamente prejudiciais ao desenvolvimento físico e psicológico com consequências traumáticas para a criança, expressas sob forma de dificuldade de relacionamentos, medos constantes, dificuldades alimentares, pesadelos, isolamento, ansiedade e sintomas depressivos.

A violência interpessoal contra crianças se apresenta, portanto, sob formas de abuso físico, sexual e psicológico.

O ponto de partida de uma ação de prevenção deve ser pensado em termos da instalação de ações que possam evitar situações abusivas a partir da possibilidade de identificar casos de maus-tratos e realizar encaminhamentos a setores que prestam assistência física e psicológica na comunidade.

Pensar sobre a violência contra o adolescente remete-nos a questões que não se encontram circunscritas apenas ao sujeito adolescente. Impossível não relacioná-la às questões que resultam das transformações sócio-político-culturais que atingem a sociedade e o contexto familiar. Muitas atitudes dos adolescentes retratam a falência de valores humanos e ausência de modelos sociais positivos.

Não obstante identifique-se a violência em termos de relações de dominação exercidas na sociedade, ela converte-se em violência expressa nas relações interpessoais. Assim como na infância, a violência contra adolescentes assume formas de violência física – utilização de força excessiva, negligência, abandono físico e psicológico e violência sexual. Todas elas trazem consequências não só físicas como psicológicas – fobias, pânico, depressão, comportamento suicida (ideação suicida e tentativa de suicídio), ansiedade, dificuldades alimentares e dificuldade de relacionamento com pessoas do sexo do agressor.

Um destaque deve ser dado também à violência intrafamiliar. A família abusiva promove situações que deixam consequências danosas, independente da idade dos filhos. Assim, há famílias que constroem suas relações em um sistema de violência, quer física, sexual ou psicológica.

A violência deve ser compreendida em sua complexidade, o que exige uma multiplicidade de olhares. O trabalho do psicólogo deve estar articulado com outros profissionais, não só da área de saúde, mas com assistentes sociais, advogados e educadores.

O papel do psicólogo deve ser ajudar na recuperação da vítima do ponto de vista psicológico, bem como na identificação da violência.

A partir do diagnóstico interdisciplinar em que se estabelece o grau de risco, o psicólogo desenvolve vários procedimentos específicos: entrevista psicológica, atendimento psicoterápico, que poderá seguir, a depender do caso, os seguintes desdobramentos: terapia familiar, psicoterapia individual, grupo de pais, grupo de casais, grupo de pessoas agressoras.

Para aqueles que trabalham em instituição, importa ressaltar a necessidade de realizar um trabalho em rede. Assim, os recursos da instituição buscam acionar aqueles recursos disponíveis na comunidade, possibilitando realizar intervenções, criando formas de imobilização em busca de soluções e ações frente ao problema da violência.

10.1.3. Violência contra o idoso

A violência contra o idoso se encontra presente em diferentes contextos de nossa sociedade, vão de questões ligadas à desigualdade social às questões interpessoais expressas no cotidiano das famílias e àquelas vinculadas à dimensão institucional.

Há diversas formas de se exercer a violência contra o idoso: abusos físicos ou maus tratos físicos que provocam dor, incapacidade e até a morte.

A negligência na assistência aos idosos costuma provocar lesões, quedas e mortes. Existe, assim, estreita relação entre acidentes – quando a pessoa é transportada –, violência e quedas. Estas costumam levar à internação, remetendo os idosos aos serviços de emergência.

Existe ainda outro tipo de abuso contra o idoso. Trata-se do abuso financeiro e econômico que, na maioria das vezes, é cometido por familiares, instituições e nas relações com o Estado (Minayo, 2004).

10.2. DELINQUÊNCIA

A palavra delinquência nos remete, frequentemente, ao uso que se faz do termo delinquência juvenil, utilizado para indicar transgressões contra normas legais, cometidas por uma pessoa abaixo da idade ao serem considerados critérios etários existentes na sociedade.

O problema da delinquência tem sido objeto de estudo, despertando o interesse de diferentes segmentos da sociedade e a atenção de diferentes áreas do conhecimento: psicólogos, sociólogos, educadores, juristas.

As tentativas de explicar a delinquência suscitam uma série de hipóteses causais, bem como a constatação de que não é privilégio de uma determinada cama-

da social. Sabe-se da existência de fatores individuais, relacionados à estrutura de personalidade, às condições sociais, a fatores decorrentes da vida moderna, com excessiva estimulação do ambiente, reivindicação de liberdade com a ausência de limites, a crescente desvalorização do significado da família e consequente ausência da autoridade parental. Tais aspectos indicam, pois, que a delinquência não é fenômeno exclusivo das classes menos favorecidas socialmente, como costuma ser explicada.

Muito antes de ser considerada uma doença mental, há de se pensar em todas as circunstâncias e o sistema relacional a que o adolescente se encontra vinculado. O contexto familiar merece atenção especial, à medida que significa a mais forte influência no estabelecimento de normas para a existência e o lócus em que se exercitam relações afetivas positivas, alicerçadas em sentimentos que dão sustentação emocional, impedindo sensação de abandono e despertencimento, prejudicais ao desenvolvimento do adolescente.

A condição de desamparo, carências, muitas vezes, situação de violência iniciada na infância, coloca o jovem vulnerável às circunstâncias do meio com formas precárias no exercício de sua afetividade, assim, a dimensão familiar se conecta com a gênese da delinquência e da inadaptação juvenil na opinião de Second (1992). Segundo os estudos desse autor, os fatores relacionados dentro da família representam a categoria de fator discriminante mais importante de todas as categorias de fatores responsáveis pela delinquência.

Nesse sentido, situa-se a dimensão transgressão e família. A transgressão é vista aqui como "um gesto e se pensa logo em passagem ao ato, ao *acting-out*, noção que se situa no centro de reflexão criminológica sobre a delinquência (...) tem muito a ver também com o desaparecimento, com a perda do limite abolido..." (Second, 1992, p. 437).

Nessa linha de pensamento em que se situa a família como elemento importante na relação com a delinquência, encontram-se certas famílias em que as transgressões da lei social são consideradas pelos pais como bastante secundárias, expressas, por exemplo, nas regras familiares, muitas vezes, banalizadas, destituídas de valores educativos.

10.3. LUTO

O luto refere-se ao processo de elaboração das perdas. Ele é importante para a saúde mental do indivíduo. Só há luto quando houver existido um vínculo que tenha sido rompido.

Para Bowlby (1985-2004), cada pessoa vivencia diferentemente o pesar pela morte de um ente querido. O enlutado passa, segundo o autor, pelas fases:

1) **Entorpecimento** – a primeira reação à perda por morte é choque, descrença, entorpecimento, que pode durar poucas horas ou até muitos dias. A pessoa pode apresentar sintomas somáticos: sensação de vazio no estômago, rigidez no pescoço, respiração suspirante. Pode ocorrer também a tentativa de procurar viver como antes, como se nada tivesse mudado na vida do enlutado.
2) **Anseio, protesto e busca da pessoa perdida** – esta fase se caracteriza por fortes emoções, com muito sofrimento psicológico e agitação física. Ocorre crise de choro e o desejo de recuperar a pessoa falecida. O enlutado movimenta-se sem descanso, como se estivesse em busca do morto, demonstrando grande preocupação com as lembranças e com os objetos do morto. É frequente a existência de sentimentos ambivalentes.
3) **Desorganização e desespero** – nesta fase, o enlutado é invadido por um sentimento de que nada vale a pena, podendo ocorrer o distanciamento de suas atividades ou o aparecimento de sintomas somáticos, tais como falta de sono, de apetite e perda de peso.
4) **Recuperação e restituição** – inicia-se nesta fase o desejo de estabelecer novas relações e de reatar antigos laços. Embora o enlutado tenha sentimentos mais positivos com relação à vida e à sua existência, pode ocorrer que alguns sintomas já superados voltem por ocasião do transcurso de algumas datas comemorativas, tais como: aniversário de nascimento, de casamento, de morte.

Uma perda pode desencadear: luto normal, sintomas de luto complicado, síndrome de luto complicado, desordem mental ou física e morte.

Interessa no momento focalizar um dos tipos de luto – o luto complicado. Este diz respeito às reações de luto que ocorrem de modo diverso do esperado ou estão ausentes, podendo tomar a forma de um fenômeno psicossomático. Em todas as formas de luto complicado, o enlutado tenta fazer duas coisas: negar, reprimir ou evitar aspectos da perda; segurar ou evitar o desligamento da pessoa perdida.

Quanto à intervenção em situações de perdas, deve-se trabalhar o trauma da perda primeiro e depois o luto com base nos sintomas do enlutado.

Há diferentes tipos de suporte psicológico para o luto: aconselhamento, grupo de apoio e psicoterapia breve. Esta pode ser individualmente ou em grupo.

A abordagem psicoterápica em grupo é muito importante à medida que possibilita ao enlutado conviver com outras pessoas que também se encontram vivenciando a perda de um ente querido. As experiências com grupos de pessoas enlutadas, em geral, atingem resultados satisfatórios à medida que se abre um espaço para falar, compartilhar e elaborar os processos vividos diante da perda de um ente querido.

De forma geral, no trabalho psicoterápico, o uso de técnicas junto a pessoas enlutadas visa estimular a expressão de pensamentos e sentimentos relacionados à perda. Recursos como utilizar fotos, cartas e vídeos da pessoa falecida, bem como escrever e desenhar são boas técnicas de trabalho com enlutados. Acrescenta-se também o uso de rituais: o ritual do enterro (funeral) pode ajudar a tornar real o fato da perda; ver o corpo da pessoa que faleceu ajuda a concretizar a realidade da morte, além de dar a oportunidade às pessoas de expressarem pensamentos e sentimentos sobre a pessoa falecida.

Existem diversos fatores da parte do enlutado que determinam sua resposta de enfrentamento diante da perda. O luto guarda significados diferentes a depender da fase do indivíduo no ciclo de vida. As reações e os sintomas do luto estão também ligados ao desenvolvimento emocional da pessoa, sua relação com a pessoa falecida, a dinâmica familiar, as circunstâncias da morte e da perda para a pessoa (Bromberg, 2000). As circunstâncias da perda (tipo de morte, existência de segredo e perdas não reconhecidas – abortos) constituem fatores de risco para o luto complicado.

10.4. RISCO DE SUICÍDIO

O suicídio é um problema de saúde pública, que exige um conhecimento multifacetado dada a sua complexidade. Ele resulta de uma cadeia de fatores que predispõem uma pessoa a atentar contra a própria vida.

O risco de suicídio é a probabilidade de que a ideação suicida leve ao ato suicida e tenha como desfecho a morte. Existem dois grupos em que há maior incidência de suicídio: os jovens e os idosos.

A presença de ideação suicida constitui um risco de suicídio que exige uma avaliação adequada, por parte do profissional médico, psicólogo e da equipe de saúde. Amigos e familiares devidamente informados podem ajudar a identificar uma pessoa em risco de suicídio.

Identificar sinais de alerta do suicídio se insere na perspectiva de prevenção ao suicídio (Teixeira, 2003). Deve-se incluir aqui a escola e a família à medida que integram setores ou instâncias da comunidade de significativa importância.

É possível trabalhar com pais na prevenção ao suicídio mediante a criação de espaços conversacionais, informando-os sobre os sinais de alerta ao suicídio, abordando as ideias errôneas, os mitos, os preconceitos que envolvem o problema do suicídio em nossa sociedade.

Nessa perspectiva insere-se todo o trabalho de *conscientização*, ou seja, a possibilidade de ampliar a consciência das pessoas sobre o suicídio e seus fatores de risco, criar programas e serviços especializados e capacitar profissionais da saúde para identificar e tratar pessoas em grupo de risco (Meleiro; Fensterseifer; Werlang, 2004).

Também no âmbito da conscientização importa incluir todas as formas que possam contribuir para reduzir o estigma relacionado àquelas pessoas que sofrem de transtornos mentais ou distúrbio de personalidade. Estudos em diversos países têm evidenciado um transtorno mental diagnosticado – depressão, esquizofrenia, alcoolismo, transtorno de personalidade (antissocial e *boderline* com traços de impulsividade, agressividade e frequente alterações de humor).

Com relação à depressão constata-se que tem sido difícil o estabelecimento do diagnóstico, isso em função de as pessoas em geral estarem familiarizadas com sentimentos associados à depressão, não reconhecendo-os como doença. Há, como diríamos, uma banalização dos sintomas, chegando-se a afirmar com muita frequência, que alguém "está com depressão", mas nada ou pouco se faz diante do problema. Muitas vezes, o estado é realmente de tristeza, mas outros quadros psiquiátricos já se encontram instalados frente a um determinado evento da vida.

O alcoolismo constitui outro fator de risco de suicídio. Um grande quantitativo de pessoas dependentes do álcool termina sua vida buscando a morte por suicídio.

Há **doenças físicas** que estão associadas ao suicídio. Nesse grupo estão: doenças neurológicas, câncer, HIV/AIDS e condições crônicas – diabetes, esclerose múltipla, doenças renais e hepáticas, com dor crônica.

Também se encontram em risco de suicídio pessoas com **transtornos ansiosos** ou **transtornos alimentares** – em especial anorexia nervosa e bulimia. Existe ainda um outro grupo: trata-se daqueles que sofreram **abuso sexual, físico e emocional na infância.**

Com relação aos fatores sociodemográficos e ambientais, destacam-se:

- quanto ao sexo: os homens comentem mais suicídios que as mulheres. Estas tentam mais, enquanto os homens morrem mais.
- quanto à idade: na faixa dos jovens e dos idosos ocorre maior incidência de suicídio. A taxa de suicídio dos jovens vem apresentando grande aumento nos últimos 20 anos (Wang; Mello- Santos; Bertolote, 2004).
- quanto ao estado civil: as pessoas divorciadas, viúvas e solteiras têm maior risco de suicídio do que as pessoas casadas.

Há estressores de vida que estão presentes na grande maioria das pessoas que cometeram suicídio: problemas interpessoais, eventos de perdas – separação, luto, perda financeira, perda de emprego, aposentadoria.

Não se deve deixar de lembrar que o acesso a métodos e meios constitui um importante fator determinante do suicídio. Deve-se procurar reduzir o acesso a substâncias tóxicas letais, bem como evitar a permanência de pessoas em lugares altos e sem proteção.

Quando houver risco eminente de suicídio, a internação psiquiátrica se faz necessária, bem como alguns cuidados especiais, tais como: não deixar a pessoa sozinha num recinto, evitar deixar objetos cortantes que possam constituir uma ferramenta para a efetivação de seu desejo de autodestruição.

Intervenção junto a pessoas potencialmente suicidas e o desenvolvimento de ações de prevenção em diferentes contextos da sociedade tornam-se tarefa não só de profissionais da saúde, mas de educadores, da família e dos amigos, portanto, de todos que constituem a rede social de uma pessoa.

Quanto às estratégias de intervenção terapêutica, além daquelas eminentemente de ordem biológica, abordagens psicoterápicas mostram-se de fundamental importância, inclusive a abordagem em terapia familiar.

10.5. ATUALIZAÇÕES SOBRE SITUAÇÕES DE RISCO

Na atualidade, constata-se cada vez mais que pessoas se sentem inseguras e ameaçados pela realidade externa. Aumentam os níveis de ansiedade e angústia que, inevitavelmente, acarretam em incertezas e temor em viver. O estresse invade todos, nas diversas fases do desenvolvimento da vida.

Faz-se necessário, nesta seção, focalizarmos o conceito de resiliência, que segundo Zimmerman & Arunkumar (1994), "é a habilidade de superar adversidades" (p. 4). A resiliência está ligada ao desenvolvimento e ao crescimento humanos, considerando diferenças de idade e de gênero.

A resiliência passa a ter importância quando se estudam, em particular, as camadas mais jovens e os grupos sociais de alto risco ou que se encontram propensas a viverem sob grande estresse.

A resiliência desenvolve-se a partir das relações que a criança mantém com o ambiente, considerando as interações com o seu entorno humano. Assim, importa compreender que papel desempenha a relação com o outro no desenvolvimento do sistema psíquico humano. Não obstante as adversidades sofridas por uma pessoa, família ou comunidade, estas têm capacidades potenciais para se desenvolver e alcançar níveis de saúde e bem-estar.

Apesar das experiências adversas que têm grande significado e peso, aquelas relacionadas a carências, abusos, superproteção, desqualificação e negligência, os estudos citados por Walsh (1998) registram casos de pessoas que sofreram pobreza, violência social e situações familiares caóticas (caracterizadas por uso de drogas, álcool, delinquência de pais ou irmãos) e que, apesar dessas condições, foram capazes de se recuperar e continuar a vida.

Como explicar que pessoas que viveram com grande sofrimento decorrente de abusos sexuais quando crianças, que viveram maus-tratos, conseguiram se desenvolver normalmente?

A ideia de resiliência aparece, então, como possível explicação. Apesar das adversidades, a pessoa consegue seguir adiante. Tal aspecto se contrapõe aos paradigmas tradicionais, no que tange à abordagem de problemas e sofrimentos humanos. Sob esse olhar, o foco recai sobre traumas, danos, limitações, carências e desvios.

Nessa perspectiva, ao se considerar a resiliência, a ênfase recai sobre recursos das pessoas e dos grupos sociais. Algumas características dos indivíduos, também presentes nas relações familiares, dizem respeito à capacidade de inovação, criação, adaptação (enfrentar o novo) e de enfrentar obstáculos. É preciso pensar no desenvolvimento de competências individuais e grupais e que os recursos sociais podem reforçar a resiliência de pessoas, famílias e culturas, afastando o foco dos desvios. O papel da família, como elemento no desenvolvimento de resiliência, torna-se fundamental. Os pais constroem resiliência quando mantêm com seus filhos – crianças e adolescentes – uma relação baseada no amor, com limites adequados, expressos em suas condutas, favorecendo o desenvolvimento da autoestima e da autonomia, bem como estimulando a capacidade de enfrentamento dos problemas.

A família encontra uma grande aliada no desenvolvimento de resiliência nas experiências vividas por seus filhos na escola. Esta pode promover experiências equilibradas de exigências a afeto.

Segundo Melillo (2005), "em termos de resiliência, promovem-se na criança o **sou** (capaz), o tenho (alguém que me ajuda) e o posso (aprender)" (p.90).

O enfoque da resiliência, portanto, representa uma mudança de paradigma que inclui a crença na possibilidade de se desenvolver capacidade de enfrentamento nas pessoas.

Nem toda a criança ou adolescente submetido a situações adversas – violência, negligência, maus-tratos – torna-se uma pessoa problemática ou desenvolve patologias.

Existe a possibilidade de sobreviver a tais situações de forma a sair fortalecido. A ajuda da família e do contexto social – escola, comunidade – é de fundamental importância no processo de superação das adversidades sofridas.

10.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOWLBY, J. *Perda: Tristeza e Depressão*. Vol. 3. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. Brasília, 1997.

BROMBERG, M.H.P.F. *A Psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas (SP): Livro Pleno, 2000.

MAGAGNIN, A.T. & ALMEIDA, A.M.O. Violência Contra a Infância e Adolescência. In: Projeto *Bem-me-quer: Fórum de Combate à Violência*. Brasília. Prática, 2000.

MELEIRO, A.M.A.; FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B.S.G. Esforços para Prevenção. In. WERLANG, B.G.; BOTEGA, N.J. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y.P. *Suicídio*. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELILLO; Ojeda; E.N.S.(org.) Resiliência- descobrindo as próprias fortalezas. Porte Alegre: Artmed, 2005.

MINAYO, M.C.S *Violência contra idosos*. Disponível em http://www.mj.gov.br/sedth/et/ebdi/eixos_tematicos.doc. Acesso em 5 set.2006.

SECOND, P. Família e Transgressão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Suplemento, 8, 433-445, 1992.

SUDBRACK, M.F.O. Situações de risco a drogadição entre adolescentes no contexto de baixa renda: os paradoxos e as possibilidades da família. In: *Ser Social* – Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da UnB, 3, 219-243. 1998.

TEIXEIRA, C.M.F.S. Tentativa de suicídio na adolescência: dos sinais de aviso às possibilidades de prevenção. 325f [tese]. Brasília (DF): Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, 2003.
WALSH, F. *Strenghtening family resilience*. New York and London, The Guilford Press, 1998.
WORDEN, J. W. *Terapia do luto – um manual para o profissional de saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
ZIMMERMAN, M.A.& ARUNKUMAR, R. "Resiliency research: implications form schools and policy". *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, VIII. 4, p. 1-18, 1994.

10.7. QUESTÕES

1. (ASPERHS/Pref. Vertentes-PE/Psicólogo/2010) Os seguintes fatores de risco aumentam o risco de suicídio em pessoas com depressão, EXCETO:

a) idade menor que 45 em homens;
b) fases precoces da doença;
c) abuso de álcool;
d) fase depressiva de um transtorno bipolar;
e) estado misto (maníaco-depressivo).

2. (Funrio/Polícia Militar-RJ/Tenente/Psicólogo/2008) Na investigação e na compreensão dos aspectos psicodinâmicos do adoecer, há seis estados emocionais que se sucedem durante a doença crônica. Um desses estados refere-se a uma fase caracterizada pela dificuldade do paciente em aceitar o tratamento e aqueles que o assistem. Essa fase denomina-se:

a) barganha;
b) revolta;
c) negação;
d) depressão;
e) ganho secundário.

3. (IPAD/Pref. Recife-PE/Analista da Defesa Civil/Psicologia/2008) Nas situações de desastres, frequentemente as pessoas envolvidas têm de lidar com a morte inesperada de pessoas queridas. Sobre o trabalho de luto nesses casos, assinale a alternativa incorreta.

a) Os pesadelos e imagens intrusivas são raros após a morte inesperada de um ente querido.
b) Existe uma exacerbação de sentimentos de culpa ligada a eventuais sentimentos hostis com relação ao morto.
c) É comum a separação de casais depois da perda de um ou mais de seus filhos.
d) Nos casos de morte súbita é frequente existir o desejo de censurar alguém pelo que aconteceu.
e) As mortes inesperadas aumentam nas pessoas enlutadas o sentimento de desamparo e de falta de controle sobre a própria vida.

4. (IPAD/Pref. Recife-PE/Analista da Defesa Civil/Psicologia/2008) A respeito do tratamento psicanalítico de pessoas vítimas de situações traumáticas, considere as seguintes afirmativas.

1. A análise de pessoas com neurose traumática exige um *setting* mais móvel e atento às singularidades e necessidades de cada paciente.

2. A psicanálise nesses casos começa por um trabalho preliminar que permita a criação de uma representação psíquica e a reinscrição do trauma.

3. A dessensibilização sistemática é uma das técnicas mais empregadas no tratamento psicanalítico das neuroses traumáticas.

4. Busca-se mudar a posição subjetiva do paciente com relação ao trauma, recuperando ou criando um sentido para o dano sofrido.

5. O objetivo principal do tratamento é revelar as conexões entre o evento traumático e as fantasias sexuais infantis.

Estão corretas apenas:

a) 1, 2 e 3;
b) 1, 2 e 4;
c) 2, 3 e 4;
d) 2, 3 e5;
e) 3, 4 e 5.

5. (FEC/Pref. Maricá-RJ/Psicólogo/Saúde/2002) O adolescente pode ter um comportamento delinquente quando:

a) os pais concedem a independência aos filhos;
b) a criança se identifica com os ideais mais elevados que aqueles realizados pelos pais;
c) as fraquezas dos pais são vistas pela primeira vez;
d) os pais reagem ao comportamento do adolescente de forma autoritária ou indiferente;
e) os pais são permissivos, meigos e carinhosos.

6. (NUPPS/IF-RN/Psicólogo/2006) A revista Veja, de 19/04/2006, traz o seguinte trecho em "85 perguntas que podem salvar a sua vida / transtornos do humor": "O uso de antidepressivos aumentou o número de suicídios entre adolescentes americanos nas primeiras semanas do tratamento." Tal comentário:

a) é um absurdo, pois todo tratamento antidepressão logo obtém bons resultados;
b) faz sentido, pois algumas vezes o paciente, antes do medicamento, não tem ânimo nem para se matar, após a medicação o ânimo para se matar reaparece e o paciente comete o suicídio. Trata-se de um período extremamente delicado em que do psicólogo que acompanha este paciente em grave quadro depressivo se requer muita atenção e sensibilidade;
c) é um absurdo, pois todo tratamento antidepressivo é fadado ao fracasso;
d) não faz sentido porque se trata de um comentário de uma revista leiga, não especializada.

7. (FCC/MPE-RS/Psicólogo/2008) As crianças que sofreram abuso sexual frequentemente são obrigadas a não revelar para ninguém dentro da família ou fora dela. Entretanto, em casos de prolongado abuso da criança dentro do contexto familiar, a criança tenta comunicar o abuso a alguém dentro ou fora da família. As crianças mentem sobre o abuso sexual porque estão com medo de:

a) serem responsabilizadas pelos adultos, em geral;
b) perder o amor dos colegas;
c) serem castigadas, não acreditadas e não protegidas;
d) serem acusadas pela equipe multiprofissional de não saberem manter segredos;
e) passar vergonha diante das demais pessoas.

8. (Cesgranrio/SECAD-TO/Psicólogo/2009) Além de atender o paciente e sua família, o psico-oncologista dirige também sua atenção para a equipe de saúde. O contato direto com o sofrimento dos pacientes e o envolvimento em situações indutoras do estresse exigem dos cuidadores capacidade para autogerenciar as emoções e habilidades para se distanciar do paciente, sem, contudo, afastar-se afetivamente. O cuidador também precisa de cuidados, deve estar saudável e desenvolver resiliência. Precisa também de uma equipe harmoniosa, com um bom relacionamento, interdependência, coesão e competência (Waldow).
Nesse contexto, resiliência diz respeito à(ao):

a) orientação dos profissionais de saúde quanto ao manejo psicológico do paciente em situações estressantes;
b) capacidade de responder de forma positiva às situações adversas que enfrenta, mesmo quando estas comportam risco potencial para seu equilíbrio biopsíquico;
c) compreensão das relações entre os profissionais, entre os profissionais e os pacientes, e entre os profissionais e a família;
d) trabalho em equipe, como cooperação e integração, e criação de espaço para troca e compartilhamento de experiências;
e) estudo do indivíduo enquanto um ser que adoece, em situação permeada de sofrimento físico e psicológico.

Gabarito

1. A
2. B
3. A
4. B
5. D
6. B
7. C
8. B

Capítulo 11

Psicologia jurídica

Verônica A. M. Cezar-Ferreira

Este capítulo objetiva falar da Psicologia Jurídica enquanto ramo da Psicologia que trata da atuação dos psicólogos em conflitos judiciais, o qual está em franca expansão e tem muito a oferecer à comunidade dentro do Poder Judiciário. Para tanto, enfatiza a necessidade da implementação de uma mentalidade psicojurídica pela aproximação das ciências Psicologia e Direito sem a perda das características e autonomia destas.

É conhecida como Psicologia Judiciária, Psicologia Forense ou Psicologia Jurídica. O termo Psicologia Jurídica parece tendente a firmar-se como denominador desse ramo da Psicologia. No que se refere aos profissionais que atuam na área da Psicologia no âmbito do Judiciário, a denominação psicólogo judiciário parece ser a mais abrangente, tendo sido adotada pelo Conselho Federal de Psicologia ao instituir a especialidade.

11.1. BREVE HISTÓRICO

A saúde mental entrou na Justiça pela via da Psiquiatria, na área criminal. A Psicologia foi introduzida no contato com os problemas encontrados nas áreas de Infância e Juventude e da Família. Inicialmente, amparada pela chamada Psicologia do Testemunho, visava a oferecer elementos de convicção para a decisão judicial. Ainda hoje esse é um de seus objetivos, embora a Psicologia Jurídica tenha ampliado sua área de atuação para, no processo judiciário, ajudar as partes tanto a perceberem-se enquanto sujeitos como para minimizar ou dissolver os problemas emocionais e relacionais gerados.

No Brasil, o Código de Menores, Lei nº 6.697, de 1979, abriu espaço para o trabalho dos psicólogos no Poder Judiciário.

Em São Paulo, esse trabalho começou pela Vara da Infância e Juventude e foi inicialmente voluntário, seguindo-se a nomeação dos primeiros profissionais

pelo Estado. A partir de 1995, conforme Bernardi (2004), instituiu-se o concurso público para psicólogos judiciários no Tribunal de Justiça de São Paulo.

No Distrito Federal, o trabalho dos psicólogos na área psicossocial contou com o apoio dos juízes de família, tendo, em 1985, sido criada a Assessoria Psicossocial da 3ª Vara de Família de Brasília. Atualmente, "o Serviço Psicossocial Forense é uma serventia vinculada diretamente à Corregedoria da Justiça do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, cuja missão precípua é assistir a todas as unidades do TJDF em matéria de natureza psicossocial" (Ribeiro, 2004:161).

No Rio de Janeiro, conforme Teixeira e Belém (2004), o trabalho dos psicólogos no Judiciário iniciou-se em 1992, com a criação do Núcleo de Psicologia, em atenção ao disposto no art. 150 do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069, de 13/07/1990.

A criação dos serviços de Psicologia Jurídica foi, assim, por caminhos semelhantes, se expandindo pelo território nacional, com intercâmbio crescente e significativa ampliação no espectro de serviços oferecidos às comunidades a que servem.

A Psicologia Jurídica está encontrando seu espaço dentro do Judiciário e "o que se vê na maior parte dos Tribunais de Justiça é a ampliação das funções já legitimadas" (Silva, 2007). Em Silva (2002), há a colocação:

> A presença da Psicologia nas instituições jurídicas tem experimentado um grande avanço desde as primeiras incursões profissionais [...] O número de psicólogos que vêm adentrando na área cresce em todo o país conforme os inúmeros trabalhos divulgados no último Congresso Ibero-Americano de Psicologia Jurídica sediado no Brasil.

11.2. PRINCIPAIS TEORIAS

Os psicólogos judiciários, quando no exercício da função, são auxiliares da Justiça, submetendo-se às normas que regem essa atividade, atuando em questões judiciais relativas a conflitos familiares, a problemas que atingem a infância e a juventude, à adoção e a questões prisionais, dentre outros.

Todas essas atividades requerem especialização ou capacitação para seu exercício. Ser bacharel em Psicologia habilita o profissional, mas não necessariamente o capacita para atividade tão específica que em muito influenciará os destinos daqueles cujo conflito jurídico lhe é submetido, embora a decisão relativa ao processo judicial seja dada por um juiz de Direito.

Nesse sentido, mais cauteloso deve ser o psicólogo, lembrando-se de que ele não é um juiz, que julga, nem um advogado, que toma partido por força da função, mas um profissional, cujo compromisso é com os sujeitos, e, portanto, como referem Gonçalves e Brandão (2005), tem um compromisso de outra ordem. Isso, entretanto, não implica que não tenha compromisso com o Estado, na condição de servidor público, nem com a instituição dentro da qual trabalha. É do Direito, enquanto ciência normativa, a função de organizar a vida em sociedade com a preocupação com o sujeito psicossocial.

11.2.1. Psicologia e Direito

No convívio diário, os grupos de convivência – sejam eles científicos, culturais, profissionais, regionais – vão construindo modos de pensar, de agir e de falar tão íntimos ao respectivo grupo que chegam a criar um sistema de significados próprio, ou seja, um conjunto de ideias, conhecimentos, modos de pensar e de agir, em suma, de se comunicar, próprio de um certo grupo de referência (Cezar-Ferreira, 2007).

O que importa, parece-nos, é tentar aproximar os sistemas de significados da Psicologia e do Direito, bem como os dos profissionais que militam em uma e outra área, coconstruindo um outro saber que possa servir, efetivamente, ao usuário e permitir uma harmoniosa e frutífera convivência entre as áreas (Cezar-Ferreira, 2007).

Cada profissão requer uma escuta característica. Aquele que vai exercê-la é preparado para desenvolver sensibilidade e acuidade necessárias para uma compreensão que lhe permita chegar a termo satisfatório na consecução dos objetivos profissionais. É esse o sentido da escuta (Cezar-Ferreira, 2007).

O juiz é preparado para ter uma escuta; o psicoterapeuta, outra. Não se pode pretender que psicoterapeutas ouçam seus pacientes com escuta judicial nem exigir dos juízes a escuta psicoterápica. Mas é de se depreender que a escuta judicial, como tal, é insuficiente para a condução de certos casos (Cezar-Ferreira, 2007).

Em se tratando de atividade exercida na intersecção com a ciência do Direito, é importante que o psicólogo judiciário tenha noções básicas da lei de seu país, na área em que realiza seu trabalho. Os processos judiciais seguem normas especificadas nos Códigos de Processo e a elas todo o trabalho desenvolvido no Poder Judiciário deve atender.

11.2.2. As principais abordagens teóricas que fundamentam a visão da Psicologia Jurídica

Em termos da fundamentação teórica que norteia o trabalho dentro da Psicologia Jurídica, não há exigência ou restrição quanto a técnicas ou correntes doutrinárias. O que se impõe são o conhecimento e a coerência do profissional em relação à linha adotada. É frequente, no entanto, a observação de que os psicólogos judiciários, ao privilegiarem o acesso ao inconsciente e a compreensão do funcionamento mental e relacional, dedicam especial atenção à Psicanálise e à Visão Sistêmica, bem como às técnicas projetivas e gráficas, como bases de sua atuação profissional.

A **Psicanálise** é um modelo, uma teoria e uma técnica. É uma teoria psicológica criada pelo médico alemão Sigmund Freud, vinda à luz a partir do trabalho *Interpretação dos Sonhos* (1900). Na prática privada, utiliza para análise dos pacientes a técnica de desenvolvimento de neurose de transferência. Com o desenvolvimento do modelo de estrutura mental psicanalítico, outras técnicas foram surgindo para atendimento de casos não necessariamente analíticos ou não analisáveis e os que requeriam maior agilidade ou uma possível precisão de resultados. Surgiram, então, as psicoterapias breves, as focais e os vários testes psicológicos de uso corrente, inclusive na Justiça.

A **Visão Sistêmica** surgiu em pleno século XX, como resposta a uma crescente e excessiva valorização da especialização em todas as áreas da atividade humana, chegando à fragmentação do homem em sua condição de ser total, uno. Foi iniciada pelo biólogo Ludwig Von Bertalanffy, que, antes da Segunda Grande Guerra, já voltava todo seu esforço e trabalho no sentido de tentar mostrar à comunidade científica o funcionamento das unidades pertencentes às Ciências, em seus diversos ramos como sistemas e a importância disso para uma melhor compreensão do mundo (Cezar-Ferreira, 2007).

Em 1945, Bertalanffy anunciou, pela primeira vez, a teoria geral dos sistemas. Hoje, ele é aceito como um dos fundadores da Teoria Geral dos Sistemas (T.G.S). Essa teoria, ao propor o sistema como uma dinâmica de ordens e processos, no qual se exercem influências recíprocas, preconiza, em decorrência, que o raciocínio linear ceda lugar a uma proposta de interação dos vários fenômenos. Por essa nova visão, o todo deixa de ser compreendido como uma mera soma de suas partes, para ser entendido como "maior que a soma de suas partes", o que encerra a ideia de inter-relação dessas partes e a ideia de uma

causalidade circular em lugar da tradicional linearidade "causa-efeito" (Cezar-Ferreira, 2007).

A visão daí surgida permite compreender que "todos os fenômenos observáveis, de qualquer campo científico, podem ser vistos como sistemas, pelas características idênticas de suas estruturas quando entendidas como um todo caracterizado pela inter-relação entre as partes" (Macedo: 2007:11). É a visão sistêmica, o paradigma da ciência na pós-modernidade.

Tratando-se de uma teoria geral, a T.G.S. se aplica às mais diversas áreas da atividade, inclusive às da saúde mental e do comportamento humano. E foi pelo caminho da pesquisa que ela veio a ser aplicada ao estudo da família e, posteriormente, pôde embasar uma compreensão do funcionamento desta, sendo de grande importância para a avaliação das funções e disfunções de uma família e o encaminhamento de técnicas destinadas a facilitar as mudanças necessárias nesse sistema (Cezar-Ferreira, 2007).

Determinado ramo de uma ciência é fruto da formação e convicção dos profissionais que a constroem. Assim, como a maioria dos psicólogos que começaram a atuar a serviço da Justiça era de formação psicanalítica, essa foi a primeira orientação teórica que norteou seus trabalhos. Além do mais, como a Psicologia foi convocada, inicialmente, para avaliação dos envolvidos e realização de laudos, os instrumentos psicológicos de acesso ao inconsciente foram os mais aplicados. Mais recentemente, com a maior compreensão e assimilação dos conceitos e instrumental da visão sistêmica, dando ênfase às inter-relações, um grande diferencial foi introduzido na compreensão dos conflitos e personalidade dos sujeitos das avaliações, sejam indivíduos, famílias e outros pares ou grupos relacionais. Dessa forma, Psicanálise, como teoria psicológica, e Visão Sistêmica, como visão epistemológica, integram-se e complementam-se para melhor entendimento dos conflitos de interesse submetidos à apreciação dos psicólogos judiciários ou a serviço do Poder Judiciário.

11.3. ASPECTOS LEGAIS E PSICOJURÍDICOS RELEVANTES

A legislação brasileira é extensa e minuciosa, não cabendo aos que não operam no Direito seu conhecimento. Alguns direitos protegidos pela lei, no entanto, são recorrentes no dia a dia do psicólogo judiciário, merecendo cuidado e atenção.

Em matéria de Direito de família, todos os atos decisórios ou homologatórios devem ser objeto de sentença judicial. A única exceção é a separação[1] de casal

[1] NA – A partir de julho de 2010, *divórcio* do casal.

(consensual, porque se há litígio sempre vai para a Justiça) sem filhos menores ou incapazes que, pela Lei nº 11.441, de 04 de janeiro de 2007, pode ser registrada em Cartório sem necessidade de intervenção do Poder Judiciário.

11.3.1. Direito Público e Direito Privado

Há duas espécies de Direito: o Direito Público e o Direito Privado.

"Direito público é o destinado a disciplinar os interesses gerais da coletividade" (Rodrigues, 2002:6). A esse ramo pertencem áreas como Direito Constitucional, Direito Administrativo, Direito Judiciário e Direito Penal (Cezar-Ferreira, 2007).

"Direito privado é o que regula as relações entre os homens, tendo em vista o interesse particular dos indivíduos, ou a ordem privada" (Rodrigues, 2002: 8). O Direito Civil pertence ao ramo do Direito Privado, e o Direito de Família, que é parte do Direito Civil, destina-se a regular, notadamente, as relações entre os membros da família: casal, pais e filhos e outros graus de parentesco (Cezar-Ferreira, 2007).

11.3.2. Direito Civil

Ao tratar-se de Direito Civil é necessário registrar que, embora o Direito privado tenha em vista o interesse particular dos indivíduos, nem tudo o que pertence ao Direito privado pode ser convencionado exclusivamente por particulares (Cezar-Ferreira, 2007).

Por que isso? Porque há normas consideradas de interesse direto da coletividade, sobrepondo, assim, ao dos particulares. Portanto, observar tais regras passa a ser de interesse coletivo e elas não podem ser derrogadas pela vontade das partes, sendo nulas, de pleno direito, quaisquer disposições que contrariem essas leis. São as chamadas normas cogentes ou imperativas, expressões consagradas por grandes juristas brasileiros (Cezar-Ferreira, 2007).

Em tal situação jurídica está o Direito de família. O fato de ele regular relações entre indivíduos não significa que esses indivíduos possam estabelecer todas as regras que irão reger sua relação. Se a lei, por exemplo, diz que pessoas casadas não podem casar, mesmo que os interessados entendam de outra maneira, seu entendimento não terá nenhum valor legal (Cezar-Ferreira, 2007).

A lei brasileira admite várias formas de constituição familiar: a família, propriamente dita, constituída pelo casamento, e as entidades familiares, como as monoparentais e as constituídas pela união estável (Cezar-Ferreira, 2007).

11.3.3. Separação conjugal por divórcio direto

A separação conjugal no Brasil se dá por divórcio direto, diferentemente da lei anterior, que exigia que a separação judicial antecedesse o divórcio do casal.

Acaba de ser extinta a separação judicial no Brasil. O plenário do Senado aprovou, em 7 de julho de 2010, em último turno, a Proposta de Emenda à Constituição, conhecida como PEC, do divórcio direto, que já havia sido aprovada pela Câmara, e não precisará passar pela sanção do presidente da República. Assim, começará a vigorar assim que sair publicada no Diário Oficial da União.

Dessa forma, da data da publicação em diante, a separação conjugal dar-se-á por meio do divórcio direto. Com isso, os prazos processuais anteriormente exigidos para a conversão da separação em divórcio deixam de existir.

Isso significa que, falar-se em separação ou separação conjugal passa a ser parte da linguagem coloquial. Juridicamente, só existe divórcio.

As normas legais determinam que a separação conjugal, assim como as resoluções sobre alimentos, guarda e regulamentação de visitas, sempre se dará por sentença judicial, ou seja, são cogentes ou imperativas. Isso significa que, para a legalização do divórcio de casais com filhos menores (até 18 anos) ou incapazes, ou de atos decorrentes dela, como ações de alimentos, guarda ou regulamentação de visitas, é obrigatório o encontro processual entre o juiz e o casal.

11.3.4. Processo de Guarda

Uma questão que costuma gerar dúvidas é a que diz respeito à prioridade para obtenção da guarda. O Capítulo XI do Livro IV do Código Civil de 2002 trata da Proteção da Pessoa dos Filhos, nos arts. 1.583 e seguintes. A prioridade é para o que os pais tiverem acordado, nos casos consensuais. Em não havendo acordo entre os pais, no art. 1.584, a lei dispõe a atribuição da guarda dos filhos àquele que revelar melhores condições para exercê-la. E, em seu parágrafo único, contempla a atribuição a terceiros, priorizando proximidade de parentesco e relação de afinidade e afetividade. O art. 1.586 dá ampla autonomia de decisão ao juiz, nos casos categorizados como graves, tendo como condição a priorização do bem dos filhos (Cezar-Ferreira, 2007). O art. 1.584 foi um dos artigos do Código Civil modificados pela Lei da Guarda Compartilhada, como veremos adiante.

Considerando-se o descrito em *Família, Separação e Mediação – uma visão psicojurídica* (Cezar-Ferreira, 2007), salvo casos gravíssimos que impeçam a guarda ou até ensejem supressão de visitas, o importante é verificar, dentre os genitores, qual deles reúne mais condições gerais, vocacionais, emocionais e funcionais

para o atendimento das necessidades do filho, em seu cotidiano, previsto no Código Civil de 2002 (art. 1.584), ao pregar: "*decretada a separação judicial*[2] *ou o divórcio, sem que haja entre as partes acordo quanto à guarda dos filhos, será ela atribuída a quem revelar melhores condições para exercê-la*". Isso não define um genitor como melhor que o outro, nem deverá excluir o não guardião das grandes decisões da vida do filho, a quem não importa com quem mora, mas importa que ambos os progenitores estejam inseridos em seu processo de desenvolvimento. Tanto quanto possível, guarda e visita devem complementar-se numa dinâmica salutar e respeitosa para o bem-estar do filho, formando o todo que vai delinear o espaço vital da criança, sua estabilidade biopsicossocial, sua segurança, seu sentido de pertinência e sua proteção.

Exemplificativamente, é possível um dos pais ter mais vocação para lidar com crianças e/ou adolescentes; é possível um dos genitores exercer uma profissão que lhe dê maior flexibilidade de horário para os cuidados diários com os filhos, como levar e buscar na escola; bem como é possível um ser, emocionalmente, mais amadurecido do que o outro, permitindo-lhe agir com mais organização e responsabilidade no atendimento às necessidades dos filhos.

A melhor condição financeira não é motivo para atribuição de guarda, visto que o dever de manter os filhos cabe a ambos os genitores ou àquele que tiver mais possibilidade de mantê-los no padrão existente antes do divórcio. Outros fatores, como idade ou sexo do filho, não são prioridade para obtenção de guarda por qualquer dos genitores.

Em famílias separadas, para sentir-se estável, a criança precisa ter sentimento de dupla pertinência, isto é, saber que pertence inteiramente a suas duas famílias, a que ela constitui com o pai e eventuais irmãos, e a que constitui com a mãe e eventuais irmãos. A criança precisa sentir que suas duas famílias são famílias inteiras, e precisa se sentir, quando em estada na casa do não guardião, não como um hóspede, mas um membro pertencente àquela família (Cezar-Ferreira, 2007).

O filho precisa sentir-se cuidado e protegido por ambos os pais. Todos os menores dependem, inevitavelmente, de cuidados básicos com saúde, educação e sociabilidade, permeados por amor, independente da condição social, financeira ou instrucional de seus genitores. Naturalmente, quanto menor a criança, mais necessitará de vinculação afetiva estável e de cuidados físicos e materiais (Cezar-Ferreira, 2007).

---

[2] NA – Com a Lei do Divórcio Direto, medidas deverão ser tomadas com relação à expressão "separação judicial" na legislação.

A lei que estabeleceu a guarda compartilhada no Brasil é recente, tendo sido determinada com a promulgação da Lei nº 11.698, de 13 de junho de 2008, que modificou o art. 1.584 do Código Civil, de 2002, estabelecendo, no parágrafo segundo o que segue: "§ 2º – *Quando não houver acordo entre a mãe e o pai quanto à guarda do filho, será aplicada, sempre que possível, a guarda compartilhada*".

Ao falar-se de guarda, é conveniente pontuar a questão de indicações e contraindicações para a guarda compartilhada, tão discutida atualmente.

A guarda compartilhada é a mais desejável modalidade de guarda para os casos indicados.

Guarda compartilhada **é a modalidade de guarda em que** os genitores, que vivam em casas separadas, terão responsabilidade conjunta na preservação dos direitos e deveres em relação aos filhos comuns. Isso significa que, na guarda compartilhada, tanto o pai quanto a mãe assumem direitos e deveres relativos aos filhos, com obrigações conjuntas.

Para estabelecer as atribuições do pai e da mãe e os períodos de convivência sob guarda compartilhada, o juiz, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, poderá se basear em orientação técnico-profissional ou de equipe multidisciplinar.

Ela não é, contudo, sinônimo de boa solução para todos os litígios que envolvam determinação de guarda.

A determinação da guarda compartilhada há que ser cuidadosamente avaliada para o caso concreto, sob pena de o filho vir a ser prejudicado. Isso não significa, todavia, que o mero fato de se estar discutindo a guarda, em Juízo, seja motivo suficiente para essa modalidade de guarda ser contraindicada. Nazareth (1998:83), ao tratar de contraindicações para a guarda compartilhada, afirma:

> A guarda compartilhada não seria indicada também nos casos em que os filhos são usados como moeda entre o casal, isto é, nas situações em que a disputa pela guarda é apenas um espaço privilegiado para o aparecimento de conflitos deslocados entre os pais. Não há aqui preocupação com o bem-estar e desenvolvimento das crianças.

A indicação ou não da guarda compartilhada, como de qualquer outra modalidade, deve estar condicionada ao bem-estar do filho. O fato, em si, de o início das discussões ter tido como foro uma ação de guarda não impede a tentativa de torná-la compartilhada. E também se deve lembrar que as condições podem variar com o tempo e com relação a aspectos específicos, circunstâncias em que o compartilhamento torna-se desejável.

Não se pode confundi-la com guarda alternada, que é a modalidade de guarda na qual "o filho permanece legalmente, por um tempo pactuado, com cada genitor que assume as atribuições de educação, administração e posse legais" (Cezar-Ferreira, 2007:120). Essa é a menos recomendada das modalidades de guarda, pela alternância de guarda e de local, ficando, por exemplo, o filho um mês, uma semana ou três dias por semana na casa de cada um, o que atinge sua identidade e sua referência de residência e de hábitos de vida.

Por outro lado, é bastante comum o leigo confundir guarda com poder familiar e temer que a separação, em si, atinja o poder familiar dos pais. A ideia de que a não manutenção da guarda retira do não guardião o poder familiar é um fantasma que assola a mente de muitos pais divorciados (pais e mães), acirrando, por vezes, o litígio. Na verdade, trata-se de figuras jurídicas diferentes. O divórcio não altera o poder familiar, que é um direito-função dos pais. Esse poder é um instrumento para que os pais executem "o dever de assistência, amparo, sustento e direção do processo de formação da personalidade dos filhos. É equipamento de tutela e não de posse" (Peluso: 1983).

A respeito do poder familiar, o Código Civil, de 2002, reza: "*Os filhos estão sujeitos ao poder familiar, enquanto menores*" (art. 1.630). O divórcio não extingue o poder familiar, e o art. 1.636 deixa claro que os pais continuarão a exercer o poder familiar, mesmo ao contrair novo casamento ou união estável, sem interferência do novo cônjuge ou companheiro. Só perderão esse poder os cuidadores que ameaçarem ou violarem os direitos da criança ou adolescente.

Igualmente, o Estatuto da Criança e do Adolescente, no Livro I, Parte Geral, Título II, Capítulo III, Seção I, art. 21, diz o seguinte: "*O pátrio poder será exercido, em igualdade de condições, pelo pai e pela mãe, na forma do que dispuser a legislação civil, assegurado a qualquer deles o direito de, em caso de discordância, recorrer à autoridade judiciária competente para a solução da divergência*".

Legislação civil é a que rege o Direito de Família e, em decorrência, os divórcios. No Código Civil de 2002, a expressão "pátrio poder" foi substituída por poder familiar, indicando a igualdade entre os pais.

11.3.5. Legitimidade dos filhos

O tema ligado à legitimidade dos filhos é outro que ainda suscita dúvidas. Há filhos legítimos e ilegítimos? E os filhos adotivos? Como a lei brasileira regula a matéria?

O Código Civil brasileiro consagra o disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente ao afirmar, expressamente: "*Os filhos havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação*".

Isso significa que, no Brasil, não há distinção de filiação. Todo filho é igual perante a lei, não havendo diferença entre filhos biológicos e não biológicos e havidos dentro ou fora do casamento. Qualquer distinção será considerada discriminação.

11.4. PRÁTICA DA PSICOLOGIA JURÍDICA E OS CUIDADOS DOS PSICÓLOGOS JUDICIÁRIOS

A prática da Psicologia Jurídica não é jurídica, é psicológica. A Psicologia Jurídica aplica-se ao Direito e à Justiça, sem, no entanto, deixar de ser Psicologia. Essa autonomia, enquanto ramo de uma ciência, é um de seus diferenciais, e tal autopercepção lhe permite ser eficiente e eficaz na consecução de seus objetivos.

> O trabalho do psicólogo é de extrema delicadeza e de grande amplitude. Cabe a ele, na interface com outras ciências e profissões, ir mostrando as possibilidades de que sua especialidade dispõe, como cabe a ele, em relação a si mesmo no trato com a Justiça, cuidar para não assumir postura de operador jurídico, o que, no convívio com os profissionais do Direito e no entrelaçamento dos atos processuais, não seria difícil ocorrer (Cezar-Ferreira, 2007:140).

O psicólogo judiciário pode atuar em todas as áreas do Direito em que seja requerido. A maior solicitação parece ocorrer na área penal, da infância e juventude e de família. É frequente a participação do serviço de Psicologia nas situações que envolvam infração de menores, maus-tratos, adoção e separação com as correlatas discussões sobre guarda e visita, principalmente. Questões relativas a idosos e violência familiar vêm sendo debatidas indiretamente, e já há propostas para a criação de equipes específicas. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Código de Processo Civil têm sido estudados, sendo reforçada a sua obediência no dia a dia.

Nas áreas que envolvam crianças, adolescência e família é imprescindível a colaboração da Psicologia, lembrando que a Constituição Federal (1988) determina a promoção da dignidade da pessoa humana e assegura a todos existência digna, conforme os ditames da Justiça Social. E não é sem motivo que, em seu art. 226, prevê e provê "especial proteção" à família, como base da sociedade, colocando a

criança e o adolescente, *"a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, maldade e opressão"* (art. 227).

O espectro do trabalho da Psicologia Jurídica é amplo, podendo envolver avaliação psicológica pessoal e familiar, aproximação das partes para ajudá-las a acordar sobre pontos discordantes, orientação e outras.

No Judiciário, a atividade mais conhecida desse ramo da Psicologia é a realização da perícia.

11.4.1. Perícia psicológica

O Código de Processo Civil (1998), ao preceituar perícias, de uma forma geral admitiu, obviamente, entre elas, a perícia psicológica.

A perícia psicológica judicial de causas de família é a avaliação psicológica oficial dos menores envolvidos e de sua família, determinada pelo juiz, para fornecer elementos de convicção a ele e prolatar a sentença. Subsidiariamente, a perícia, se bem analisada pelos pais, poderá ajudá-los a, eventualmente, chegar a um acordo. O mesmo vale para as perícias social e psiquiátrica

Cabe ao juiz da Vara a determinação da perícia (psicológica, social ou psiquiátrica) e a nomeação dos peritos não pertencentes ao quadro do Tribunal de Justiça (os quais, mesmo não sendo funcionários da Justiça, adquirem, durante a realização do trabalho, atribuições de auxiliares da Justiça). Quanto aos profissionais do Judiciário, de hábito, o juiz limita-se a determinar a perícia, para a qual a chefia do setor de Psicologia do respectivo fórum designará um *expert*, ou seja, um especialista do quadro funcional para encarregar-se da avaliação.

Não cabe ao psicólogo pedir para ser nomeado, em quaisquer circunstâncias, assim como se valer do cargo que exerce, de laços de parentesco ou amizade com autoridade administrativa ou judiciária para pleitear ser nomeado perito. A recusa da nomeação e o não pedido de nomeação, respectivamente, nos casos pertinentes, são exigências de ordem ética e, em certos casos, legal.

O juiz, para dar uma sentença decisória, forma sua convicção a partir das provas instruídas no processo. Do elenco probatório, isto é, do rol de provas possíveis de serem apresentadas, como depoimento das partes (os pais), documentos, inquirição de testemunhas e outros, faz parte a chamada perícia judicial, recurso do qual o juiz se pode valer sempre que entende necessários os conhecimentos teóricos ou técnicos especializados sobre a matéria em discussão, para formar convicção. A perícia materializa-se, no processo, sob a forma de laudo.

A avaliação diagnóstica será realizada em conformidade com a orientação teórica e técnica do profissional. Qualquer que seja a linha seguida pelo psicólogo, ele deverá resguardar a isenção e a imparcialidade. Assim, um psicólogo não deverá periciar ou atender, judicialmente, caso em que esteja envolvido paciente seu, devendo declinar da nomeação como perito. Isso porque o processo psicoterápico gera a criação de um vínculo entre o psicoterapeuta e o paciente, o que, em caso de perícia judicial, impediria uma avaliação imparcial e isenta, além de acarretar perda de credibilidade da parte adversária no processo.

Caberá ao *expert* definir as linhas mestras de seu trabalho, estabelecendo parâmetros, bem como deverá o perito, na elaboração do laudo pericial, indicar a orientação teórica do trabalho e os instrumentos técnicos utilizados.

O juiz e as partes podem apresentar quesitos que gostariam que fossem respondidos pelo perito. As conclusões da perícia devem sintetizar o processo avaliatório, oferecendo recomendações ao Juízo. Ela deve oferecer elementos de convicção ao julgador.

As partes poderão indicar assistentes técnicos, que são especialistas na mesma matéria do perito ou perita, e que são contratados, particularmente, para acompanhar a avaliação. Nas causas judiciais de família, os assistentes técnicos serão psicólogos, assistentes sociais ou psiquiatras, conforme a natureza da perícia determinada pelo juiz. Pode ocorrer nomeação simultânea dos três especialistas.

Além disso, como a perícia faz parte do rol dos elementos probatórios do processo judicial, às partes não é dado ter conhecimento do teor do laudo por qualquer via que não a judicial. Uma vez entregue o laudo, o juiz dará conhecimento dele às partes. Não cabe ao psicólogo, na condição de perito, fornecer informações ou esclarecer dúvidas do examinado quanto ao laudo antes da entrega ou em qualquer situação que não seja por convocação judicial.

Sendo a perícia ato processual de importância relevante e a única via legal de cuidados psicológicos dentro do processo, o perito deve cuidar para fornecer elementos de reflexão não só ao juiz, mas também aos advogados, promotor público e aos pais, tendo sempre em mente que o que se objetiva é o melhor interesse dos menores ou incapazes envolvidos na pendência judicial.

11.4.2. Mediação

Como a realização de perícia e a decorrente elaboração de laudo são as mais conhecidas atividades do psicólogo judiciário, os operadores do Direito tendem a acreditar que essa seja sua única função.

De fato, os psicólogos judiciários foram chamados, primacialmente, a trabalhar na avaliação de casos e na elaboração de laudos periciais. A atividade deles, todavia, tem sido reconhecida, especialmente pela magistratura, e sua atuação tem-se estendido à orientação de pais e famílias, bem como ao exercício oficioso da mediação de conflitos, dentro do âmbito do Judiciário. Dizemos exercício oficioso, porque a profissão de mediador está em vias de ser regulamentada, devendo vir a ser uma profissão específica.

> A mediação é um processo, frequentemente formal, pelo qual um terceiro imparcial, o Mediador, busca facilitar às partes que se opõem o confronto de seus pontos de vista, de modo a que possam compreender melhor as respectivas pretensões ou necessidades, possibilitando mudanças direcionadas à dissolução do conflito interpessoal (Neder, Cezar-Ferreira, Mathias & Saleh, 1997-1).

O processo de mediação visa propiciar o encontro de um acordo pelos conflitantes. O mediador não oferece sugestões, apenas facilita a comunicação. A formação em Psicologia facilita a compreensão dos conflitos emocionais e/ou relacionais que subjazem aos conflitos jurídicos e, por essa razão, muitos psicólogos fazem a intermediação entre os envolvidos, a pedido do juiz, tanto em benefício de quem esteja submetido à Justiça como ao próprio Estado.

A mediação, como transdisciplina que é, não está adstrita a determinada formação profissional básica, porém a prática cada vez mais mostra que ser especialista na área do conflito objeto da mediação facilita a atuação.

Alguns exercícios dessa ordem também estão sendo realizados na atenção aos idosos, nos casos de violência contra a mulher e de danos morais, dentre outros. Estreitamente ligado a esse trabalho da Psicologia Jurídica está o Departamento de Inquérito Policial (DIPO), que encaminha casos envolvendo violência doméstica física e/ou sexual contra crianças e adolescentes, com o fito de reunir provas para esclarecimento desses tipos de crimes.

Um exemplo de situação que necessita muito da participação do psicólogo judiciário é a da crise da separação. Ela pode trazer prejuízos emocionais aos filhos, razão pela qual a relação do ex-casal precisaria ser ressignificada em benefício de todos e da maior consistência das soluções jurídicas. Isso demanda trabalho que não o pericial. De qualquer modo, em não havendo outra possibilidade, a perícia deve procurar contemplar essa necessidade por meio de um laudo que, além da avaliação, seja elucidativo quanto à importância dos pais no desenvolvimento dos filhos, qualquer que seja sua relação como casal. Além disso, existe a questão

do risco para os menores. Segundo Silva (2005): "A questão do RISCO é avaliada, principalmente, nas perícias".

Tratando-se de um processo de relativa complexidade, o mediador deve estar capacitado para o exercício da função. As recomendações a esse respeito são fornecidas pelo Conselho Nacional das Instituições de Mediação e Arbitragem (CONIMA).

11.4.3. Orientação e acompanhamento psicossocial

Um trabalho significativo é realizado pelos profissionais da Psicologia Jurídica, dentre outros, na Justiça da Infância e Juventude. A assistência é dada por equipe interprofissional, submetida à autoridade do juiz da Vara. Do ponto de vista técnico, porém, a lei assegura à equipe livre manifestação. É o que determina o art. 151 do Estatuto da Criança e do Adolescente:

> Compete à equipe interprofissional, dentre outras atribuições que lhe forem reservadas pela legislação local, fornecer subsídios por escrito, mediante laudos, ou verbalmente, na audiência, e bem assim desenvolver trabalhos de aconselhamento, orientação, encaminhamento, prevenção e outros, tudo sob a imediata subordinação à autoridade judiciária, assegurada a livre manifestação do ponto de vista técnico.

Neste ponto, é importante destacar o emprego das medidas protetivas aplicadas nas Varas de Infância e Juventude. Todo o trabalho psicossocial nesse campo prevê aplicação e acompanhamento.

11.5. ATUALIZAÇÕES EM PSICOLOGIA JURÍDICA

A Psicologia Jurídica do Brasil vem sofrendo grande avanço, desde que os primeiros profissionais, corajosamente, ofereceram seus préstimos ao Poder Judiciário.

Do tempo dos pioneiros até agora evoluíram a Psicologia Jurídica e a classe dos psicólogos judiciários. A atuação deles os fez serem respeitados. Hoje, é uma categoria estabelecida com associações regionais que congregam assistentes sociais e psicólogos, como a de São Paulo, e lideram encontros e congressos nos quais discutem todas as questões pertinentes à categoria e à Psicologia Jurídica, em si, como ramo da Psicologia atuante junto ao Poder Judiciário.

Do ponto de vista teórico-técnico, a maioria dos psicólogos judiciários parece vir de formação psicanalítica, de época em que a teoria sistêmica ainda não estava suficientemente difundida. Atualmente, os profissionais parecem ter-se apropriado desse paradigma da pós-modernidade já ministrado em cursos de graduação,

lendo a própria psicanálise de forma relacional sistêmica, o que é perfeitamente possível, visto que a visão sistêmica é uma visão epistemológica e não uma teoria psicológica. Observa-se, também, crescente interesse pela interdisciplinaridade psicojurídica.

Finalmente, em termos de atualizações na área da Psicologia Jurídica, é de se atentar para o que diz Silva (2007) sobre a evolução do trabalho dos psicólogos judiciários, em São Paulo:

> Através da Portaria nº 7.243, de 2005, o TJSP veio reforçar a importância da atuação dos psicólogos e assistentes sociais dentro do TJSP, criando o Núcleo de Apoio Profissional de Serviço Social e Psicologia, subordinado diretamente à Corregedoria Geral da Justiça e composto por uma diretoria e duas seções técnicas.
>
> O Núcleo de Apoio tem como objetivo central dar assessoramento técnico aos profissionais e criar padronizações das rotinas existentes, além do respaldo científico e operacional aos magistrados.
>
> Seu funcionamento teve início em agosto de 2005, e tem conseguido compilar e orientar os trabalhos técnicos existentes em todo o Estado de São Paulo, participar da operacionalização e criação de políticas públicas além de, juntamente com a Secretaria de Recursos Humanos, levantar necessidades para o oferecimento de cursos de capacitação a todos os profissionais militantes nas Varas de Infância e Juventude e Varas de Família e Sucessões espalhadas por todo o Estado".

No Tribunal de Justiça de São Paulo, há setores que cuidam da saúde mental dos funcionários para atender a problemas de droga, alcoolismo e outros. Há um setor que cuida da avaliação psicológica dos candidatos à Magistratura na fase de ingresso e na fase que antecede o vitaliciamento e há, ainda, um setor que acompanha toda a readaptação do funcionário, quando ele apresenta problemas técnico/administrativos no setor em que presta serviços. (Silva, 2007).

11.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERNARDI, Dayse C. F. "História da Inserção do Profissional Psicólogo no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo – um Capítulo da Psicologia Jurídica no Brasil". In: *Temas de Psicologia Jurídica*. Leila Torraca (org.). Editora Relume Dumará. Rio de Janeiro. 2004.

BERTALANFFY, Ludwig von. *Teoria geral dos sistemas*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1977.

CEZAR-FERREIRA, Verônica A. da M. *Família, Separação e Mediação – uma visão psicojurídica*. 2ª edição. Editora Método. São Paulo. 2007.

_____. *A pesquisa qualitativa como meio de produção de conhecimento em psicologia clínica, quanto a problemas que atingem a família.* In: *Psicologia: Teoria e Prática.* 6(1): 81-95. São Paulo: Mackenzie, 2004.
FREUD, Sigmund. *Obras Completas.* Vol. IV. Edição Standard.
GONÇALVES, Hebe Signorini; BRANDÃO, Eduardo Ponte (organizadores). *Psicologia Jurídica no Brasil.* Apresentação à 2ª edição. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.
MACEDO, Rosa M. S. "Prefácio da Visão Psicojurídica". In: *Família, Separação e Mediação – uma visão psicojurídica.* 2ª edição. São Paulo: Editora Método, 2007.
NAZARETH, Eliana R. Com que fico, com Papai ou com Mamãe? – considerações sobre a guarda compartilhada. Em: *Direito de Família e Ciências Humanas.* Caderno de Estudos nº 1. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1998.
NEDER, Cezar Ferreira; MATHIAS; SALEH. *A mediação como forma de resolução de conflito.* Trabalho conjunto apresentado no XXVI Congresso Panamericano de Psicologia, São Paulo, 1997.
PELUSO, Antonio C. *O menor na separação.* Revista de Jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo, vol. 80. São Paulo: Lex, 1983.
RIBEIRO, Marília L. *A* Psicologia Judiciária nos Juízos que tratam do Direito de Família no Tribunal de Justiça do Distrito Federal. Em: *Temas de Psicologia Jurídica.* Leila Torraca (org.). Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 2004.
RODRIGUES, Silvio. *Direito civil. Direito de Família.* 27ª ed. Atual. Francisco José Cahali, com anotações sobre o novo Código Civil. Vol. 6. São Paulo: Saraiva, 2002.
SILVA, Evani Zambon Marques da. *Psicologia Jurídica: um caminho em evolução.Revista da Academia Paulista de Magistrados.* São Paulo: s.e., nº 2, 2002, p. 107-113.
_____. *Alcances e Limites da Psicologia Jurídica: o impacto da avaliação psicológica na visão das partes envolvidas.* Tese de Doutorado. PUC/SP, 2005.
_____.*Comunicação escrita.* São Paulo, 2007.
_____.*Comunicação oral.* São Paulo, 2007.
TEIXEIRA, Maria de Fátima S. & Belém, Ruth Cristina da C. Breve Relato sobre a Implantação de um Serviço de Psicologia Jurídica. Em: *Temas de Psicologia Jurídica.* Leila Torraca (org.). Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 2004.

Referências Legislativas

CÓDIGO CIVIL DE 2002. *Lei nº 10.406, de 10/01/2002.* 18. ed. acompanhada de legislação complementar, súmulas e índices; adendo especial Código Civil de 1916. São Paulo: Saraiva, 2003.
CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL E LEGISLAÇÃO PROCESSUAL EM VIGOR. *Lei nº 5.869, de 11/01/1973.* Em: Theotonio Negrão. 27. ed. atual. até 10/01/1996. São Paulo: Saraiva, 1998.
CONSTITUIÇÃO FEDERAL – promulgada em 05/10/1988.
ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. *Lei nº 8.069, de 13/07/1990.* Em: Theotonio Negrão. 17ª ed. atual. até 05/01/1998. São Paulo: Saraiva, 1998.

11.7. QUESTÕES

Julgue os próximos itens, referentes ao exercício do psicólogo em uma perícia forense. (C – Certo; E – Errado).

1. **(Cespe-UnB/MPE-TO/Analista Ministerial – Psicologia/2006) O psicólogo estará mais bem qualificado para ser perito de uma pessoa que ele já acompanha em atendimento psicoterápico, porém lhe é vedado valer-se do cargo que exerce, de laços de parentesco ou amizade com autoridade administrativa ou judiciária para pleitear ser nomeado perito.**

2. **(Cespe-UnB/MPE-TO/Analista Ministerial – Psicologia/2006) É dever do psicólogo, quando solicitado pelo examinado, fornecer-lhe as informações que foram encaminhadas ao solicitante e, também, orientá-lo em função dos resultados obtidos, esclarecendo as dúvidas sobre o laudo, antes de esse laudo tornar-se público em audiência com o juiz.**

3. **(Cespe-UnB/MPE-TO/Analista Ministerial-Psicologia/2006) Na área de direito da família, em casos de maus-tratos, guarda de filhos e interdições, a perícia ocorre somente quando se esgotam os recursos de acordos entre as partes, ou quando é necessária avaliação de competências específicas. Em casos de guarda dos filhos, é indicada a permanência dos filhos menores com o genitor que exerce o papel de guardião maternalizante, papel que, muitas vezes, não é exercido pela mãe.**

4. **De acordo com Cezar-Ferreira, in Família, Separação e Mediação – uma visão psicojurídica (2007), qual a alternativa correta?**
   a) Devido ao poder familiar, os acordos privados feitos pelos divorciados em relação aos filhos adquirem força de lei.
   b) Para a legalização do divórcio de casais com filhos menores ou incapazes, ou de atos decorrentes dela, como ações de Alimentos, Guarda ou Regulamentação de Visitas é obrigatório o encontro processual entre o juiz e o casal.
   c) Como o Direito privado é o que regula as relações entre os homens, tendo em vista o interesse particular dos indivíduos, ou a ordem privada, o Estado não pode intervir nos acordos realizados sobre a guarda dos filhos, que terão força legal desde que o casal esteja divorciado.
   d) A lei descrita no Capitulo XI do Livro IV do Código Civil de 2002 diz que, não havendo acordo, a guarda dos filhos deverá ser atribuída àquele dos genitores que revelar melhores condições para exercê-la, ou seja, melhores condições emocionais, funcionais, financeiras e vocacionais para a parentalidade.
   e) Na área do Direito de Família, quando há acordo a respeito da guarda dos filhos menores e regulamentação de visitas, os pais podem registrar esse compromisso em Cartório, independentemente de sentença judicial.

5. (FUNDEP/TJ-MG/Psicólogo Judicial/2005) Considerando-se o descrito em Direito de família e ciências humanas (NAZARETH, 1998), é incorreto afirmar que:

a) o pagamento de pensão alimentícia pode remeter uma das partes ao imaginário de ressarcimento ou reparação por sofrimentos ocorridos na relação conjugal que está em vias de extinção;
b) os fatores fundamentais para o processo de adaptação, na adoção tardia, dependem da preparação dos adotantes;
c) os mesmos direitos básicos garantidos às pessoas casadas, nos aspectos pessoais e patrimoniais, são assegurados pelo Estado àqueles cuja união é estável;
d) um dos casos em que a guarda compartilhada é contraindicada é aquele em que o litígio entre as partes se refere, exclusivamente, à guarda.

6. (Neoconsultoria/Pref. Palmares-PE/Psicólogo/2007) Analise as afirmações a seguir sobre o contexto da atuação do psicólogo junto às varas de família.

I. Decorrente de um psicodiagnóstico, o laudo pericial objetiva oferecer dados para que o juiz determine uma sentença.
II. A partir de qualquer técnica em Psicologia um laudo pericial pode ser elaborado, oferecendo dados para que o juiz enuncie uma sentença.
III. A tarefa do psicólogo na vara de família pode ser também o de um "mediador", possibilitando que então, a perícia, se transforme numa relação de ajuda às famílias.

Dentre essas afirmações, a alternativa com todas as corretas é:

a) I e III.
b) I e II.
c) I, II e III.
d) II e III.
e) Apenas a III.

7. (UPENET/IAUPE/HSE-PE/Psicólogo/2009) O ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), elaborado por juristas, psicólogos e outros profissionais, é uma das legislações mais modernas do mundo quanto aos objetivos da ressocialização e educação dos adolescentes em conflito com a lei, uma vez que prevê a aplicação de medidas socioeducativas. Baseado nisso, o atendimento permitirá.

I. uma intervenção que garanta o seu desenvolvimento sadio e adequado;
II. uma reflexão do adolescente sobre o ato infracional cometido na busca de novos rumos à sua trajetória de vida;
III. retorno ao convívio sócio-familiar;
IV. multiplicação de práticas de autodefesa;
V. maximização de focos de tensão.

É correto apenas o que se afirma em:

a) I e II.
b) III e V.
c) I, II e III.
d) II, IV e V.
e) I, III e IV.

8. (Consul/Pref. Porto Alegre-RS/Psicólogo/2008) A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Considere V para verdadeiro e F para falso.

( ) É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal.

( ) A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema.

( ) A parturiente será atendida por qualquer médico da rede pública mesmo não sendo propriamente o mesmo do pré-natal.

( ) Incumbe ao poder público propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem.

( ) O poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta das letras, de cima para baixo.

a) V, V, F, V, V.
b) V, F, V, V, V.
c) V, F, F, V, F.
d) V, V, V, F, F.
e) V, V, V, V, V.

9. (NUCEPE/MPE-PI/Analista Ministerial – Psicólogo/2009) O pátrio poder sobre uma criança ou adolescente, em situação de penúria, poderá ser suspenso temporariamente se o pai e/ou a mãe não tiverem condições materiais para garantir o sustendo dos filhos.

Em relação ao que estabelece a legislação que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069/1990), podemos dizer que essa afirmação:

a) pode ser considerada legal, caso se trate de filhos legítimos;
b) está claramente em desacordo com a lei referida;
c) aplica-se apenas a crianças menores de 12 anos;
d) condiciona a aplicação da lei apenas a adolescentes acima de 12 anos;
e) está parcialmente de acordo com a lei, pois prevê que o pátrio poder será transferido para os parentes que puderem suprir o sustento desses menores.

Gabarito

1. E
2. E
3. C
4. B
5. D
6. C
7. C
8. A
9. B

Capítulo 12

Psicologia hospitalar

Sebastião Benício da Costa Neto

Este capítulo tem por objetivo contextualizar o histórico e a ação do psicólogo da saúde no contexto hospitalar. É dentro do referencial teórico e prático da Psicologia da Saúde, e por meio de experiências adquiridas tanto em um hospital privado para tratamento oncológico, quanto em um hospital universitário público federal, que se insere este estudo.

12.1. BREVE HISTÓRICO

Em 1974, tanto na Universidade de Minnesota – que criou um programa de doutorado em Psicologia e Cuidados em Saúde (*Health-Care Psychology)*, quanto na Universidade de Berkeley/Califórnia – que criou, por meio de George Stone, uma cadeira de Psicologia da Saúde, no curso de psicologia, a Psicologia da Saúde tem sido institucionalizada como área profissional e de pesquisa do psicólogo. No mesmo ano, também foi criada a Sociedade Cubana de Psicologia da Saúde, em Havana, responsável pela articulação de psicólogos da saúde cubanos com outros de diversos países.

Desde 1979, a Associação Americana de Psicologia (APA), por meio de Joseph Matarazzo, tem descrito o conceito norteador de Psicologia da Saúde como: uma soma das contribuições profissionais, científicas e educativas específicas da psicologia como disciplina, para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da enfermidade, identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde e da enfermidade, bem como da disfunção associada. Além disso, a Psicologia da Saúde se compromete em contribuir com o melhoramento do sistema sanitário e com a formação de uma política de saúde (Taylor, 1995).

O conceito de Psicologia da Saúde de Matarazzo (1979), por um lado, reflete uma mudança substancial nos modelos norteadores (quais sejam, do biomé-

dico para o biopsicossocial) e no conceito de saúde; por outro, reafirma uma possibilidade de extensão da ação do psicólogo nos diversos níveis de atenção à saúde, inclusive na participação ativa na proposição e na gestão das políticas de saúde em uma dada comunidade.

Desde o século XVI, quando René Descartes propôs a dicotomia mente (alma) e corpo, o **modelo biomédico** vem se consolidando baseado, inclusive, na premissa de que as enfermidades têm sempre uma causa orgânica e, portanto, se caracterizam por uma perda na homeostase bioquímica do organismo, em geral, desencadeada pelo meio externo. Nesse contexto, muitas vezes, saúde foi caracterizada como ausência de doença (Abalo & Melendez, 2005).

A então denominada dicotomia cartesiana, apesar da grande contribuição que deu ao desenvolvimento das disciplinas anatomia e fisiologia, fez com que a ciência médica chegasse, sobretudo, após a segunda metade do século XX, a um grande desenvolvimento tecnológico, mas com reduzida compreensão da unicidade corpo-mente e pouca compreensão do papel da relação profissional de saúde-paciente-família. Contudo, nos anos 1970, a proposição do modelo biopsicossocial de compreensão da relação saúde-doença veio resgatar a sua unicidade negligenciada pelo modelo biomédico, este reforçado, ainda, pela indústria farmacêutica mundial.

O **modelo biopsicossocial** se estrutura na compreensão de que a saúde é constituída pela capacidade de equilíbrio entre diversas dimensões na vida de uma pessoa: físico-corporal, psíquica e social. Há quem postula, ainda, a inclusão da dimensão espiritual no conceito de saúde. A falta de harmonia em qualquer uma dessas dimensões poderá desencadear um processo de enfermidade. Por exemplo, muitas crianças que dão entrada no hospital geral com quadros de desnutrição e/ou desidratação podem ter a origem de seu quadro clínico mais nas poucas condições socioeconômicas de seu grupo familiar do que, necessariamente, na sua susceptibilidade orgânica.

Desde o final dos anos 1800, constata-se uma busca pela reintegração da unicidade corpo-mente, por meio dos trabalhos com hipnose, que estão na base da criação da teoria psicanalítica freudiana. Já no início do século XX, temos a criação da Medicina Psicossomática que, historicamente, é um importante pilar da Psicologia da Saúde (Taylor, 1995). A Medicina Psicossomática postula, inclusive, que toda enfermidade física tem uma base ou está relacionada a conflitos intrapsíquicos, sendo sua expressão somática um sintoma de tal conflito. Para Riechelmann (2000), baseado na leitura dos Aforismos de Hipócrates (séc. VI a.C.),

a própria Medicina nasce psicossomática, uma vez que considerava-se, naquela época, as relações entre o que se passavam no corpo, nos estados psíquicos e nas condições ambientais. A partir, sobretudo, dos anos 1950, outras contribuições de teóricos não psicanalistas passaram a surgir na literatura internacional sobre a psicossomática (Almagia, 2000), sendo uma das especialidades mais recentes a psiconeuroimunologia (Vasconcellos, 2000), área que estuda as relações entre o sistema nervoso central e os sistemas endocrinológico e imunológico, e suas consequências sobre a saúde e/ou a doença.

Outra expressão que demonstra a inclusão do psíquico no contexto da saúde é a de Psicologia Médica (Taylor, 1995). Esta, concebida de forma muito ampla e heterogênea, denota a inserção de diversas abordagens psicológicas nos hospitais psiquiátrico e geral. Em sua origem, a Psicologia médica não demonstrava uma preocupação com a compreensão multidimensional da saúde/doença e com o trabalho interdisciplinar, o que já pode ser constatado nos últimos anos. A Psicologia médica ainda teve grande divulgação, no Brasil, por meio dos currículos dos cursos de Medicina e de Enfermagem.

Finalmente, um terceiro pilar, e não menos importante, da Psicologia da Saúde é a Medicina Comportamental. Esta consiste na aplicação de diversos princípios e técnicas psicológicas na prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação de problemas de saúde física. Essa abordagem, nos anos 1960 e 1970, estava intimamente ligada às metodologias da análise do comportamento, às técnicas da terapia comportamental e aos estudos de *biofeedback*. A medicina comportamental tinha, desde sua origem, uma preocupação multidimensional e interdisciplinar com o processo saúde-doença (Almagia, 2000; Taylor, 1995). Contudo, diversos psicólogos, já nos anos 1970, utilizavam de outras abordagens teóricas da psicologia, ainda que desenvolvessem atividades similares à Medicina Comportamental. A partir daí decorreu uma pressão para que fosse cunhada outra denominação que melhor representasse as diversas práticas psicológicas em saúde. Dessa forma, o termo Medicina (que em si tinha o estereotipado compromisso com a atenção secundária – diagnóstico e tratamento) foi substituído por Saúde (que, por sua vez, representava os níveis de atenção primária, secundária e terciária em saúde). Da mesma forma, o termo Comportamental foi substituído pelo de Psicologia (este abrangente às demais orientações teórico-metodológicas e teórico-conceituais da Psicologia aplicadas à saúde). O resultado foi a criação do termo Psicologia da Saúde.

A cada tempo, novos debates, pesquisas e reflexões vêm se agregando aos temas da saúde e da psicologia da saúde, o que demonstra, sobretudo, a riqueza e as possibilidades de crescimento teórico-conceitual e teórico-metodológico da área. Por exemplo, numa perspectiva do **modelo ecológico do desenvolvimento humano** (Morais & Koller, 2004), tanto a historicidade quanto a integralidade/multidimensionalidade e a processualidade devem ser fatores considerados na compreensão da saúde. Para as autoras (2004), a historicidade refere-se ao fato de que, a cada tempo, a sociedade atribui o que é correto e esperado como práticas saudáveis e o que deve ser rejeitado como práticas de risco à saúde. Já a integralidade ou multidimensionalidade refere-se ao então disposto, no modelo biopsicossocial, sobre a mútua influência de diversas dimensões sobre o processo de saúde-doença. Finalmente, a processualidade indica um contínuo entre saúde-doença como partes de uma mesma dinâmica. Na perspectiva do desenvolvimento ecológico humano, pode-se afirmar que os conceitos de saúde e de doença não são naturais e universalmente aceitos da mesma forma, sendo que, numa mesma cultura, tanto o conceito de saúde e de doença evolui quanto evoluem as práticas em saúde e as estruturas sanitárias.

12.2. PRINCIPAIS TEORIAS E PRÁTICAS DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

Os princípios teóricos, práticos e éticos da Psicologia da Saúde são possíveis de serem aplicados em diversos lócus. Assim, pode-se mesmo entender que a Psicologia da Saúde seja um grande guarda-chuva, cujas hastes expressam distintas práticas em escolas, empresas, comunidades, unidades básicas de saúde e hospitais, dentre outros.

Toda e qualquer perspectiva teórica da Psicologia científica pode ser utilizada no contexto da saúde, desde que atenda aos preceitos básicos dessa especialização e consiga responder às demandas da saúde pública nos campos da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e, mais recentemente, dos cuidados paliativos e terminalidade dos enfermos.

Especificamente no Brasil, sobretudo em função da preferência dada pelas políticas de saúde, desde os anos 1940, o hospital foi concebido como principal estrutura para o tratamento de pessoas enfermas e isso em muito influenciou a criação da terminologia "Psicologia Hospitalar" (Sebastiani, 2000), o que não se verificou em outros países os quais, em geral, usam a terminologia genérica "Psicologia da Saúde" para identificar um conjunto de teorias e práticas psicológicas aplicadas também junto a pessoas com doenças crônicas ou crônico-degenerativas.

No que se refere ao hospital, este tem um importante papel no sistema público de saúde brasileiro, desenvolvendo ações voltadas aos diversos níveis de atenção à saúde, muitas vezes extrapolando sua função em decorrência das demandas existentes e da limitação do número de profissionais de saúde contratados e da própria organização do sistema de saúde local.

De forma geral, pode-se dizer que, dentre as funções principais do psicólogo hospitalar, encontram-se:

1. **O desenvolvimento do psicodiagnóstico institucional**, base para a elaboração do Projeto de Intervenção Hospitalar (Angerami-Camon, 1988). O psicodiagnóstico constitui de um estudo prévio baseado no levantamento de dois conjuntos de dados: da constituição estática (geralmente aspectos relativos à missão, filosofia, estrutura física e logística da instituição, divisão e aproveitamento de espaços, dentre outros) e da constituição dinâmica (rotinas, funcionamento dinâmico das equipes e da instituição hospitalar, relação equipe de saúde-enfermo-família, relação instituição-comunidade, percepção interprofissional, expectativas com o serviço de psicologia hospitalar, dentre outros).

O psicodiagnóstico institucional é base para se desenvolver um bom projeto de intervenção psicológica no hospital. Poderá ser elaborado considerando toda a unidade hospitalar ou uma determinada área, por exemplo, só a Clínica Pediátrica;

2. **A elaboração do Projeto de Intervenção Clínico Hospitalar.** Nenhum psicólogo deveria iniciar suas atividades numa instituição sem a concepção de um projeto. Tal projeto, já subsidiado pelos dados da instituição obtidos por meio do psicodiagnóstico institucional, deve conter: 1) uma breve apresentação e introdução teórica do projeto, quando é destacado como o texto está organizado e quais os antecedentes teóricos que sustentam a proposta do projeto; 2) o estabelecimento claro dos objetivos geral e específicos da intervenção psicológica na instituição ou em uma especialidade médica; 3) o método a ser utilizado (quais os beneficiados diretamente pelo projeto? Que recursos materiais e humanos serão necessários? Quais serão os procedimentos gerais da intervenção? Quais serão as técnicas psicológicas utilizadas no projeto?); 4) a forma de avaliação dos resultados (qualitativa e quantitativa); 5) o fluxo de atendimento (como será distribuída a carga horária do psicólogo, ao longo da jornada de trabalho?); 6) as referências bibliográficas; e 7) os anexos (cópia de protocolos de intervenção ou de registro de atividades, dentre outras).

A realidade de cada instituição ou do serviço de saúde exigirá o uso diferenciado de intervenções psicológicas. Contudo, de forma geral, pode-se dizer que dentre as mais utilizadas encontram-se: o apoio psicológico focal (com início, meio e fim, no mesmo encontro e com foco bem estabelecido); a psicoterapia breve (Lengruber, 1990); o preparo psicológico para internação; o preparo psicológico para tratamentos clínicos, radioterápicos, quimioterápicos e cirúrgicos (pré-cirúrgico, transcirúrgico e pós-cirúrgico); o acompanhamento ao paciente terminal; e o acompanhamento à família ou ao cuidador do paciente, em diversas fases, incluindo a do luto. Além disso, o psicólogo hospitalar poderá trabalhar na gestão hospitalar, contribuindo para o estabelecimento de políticas institucionais e assumindo cargos de gerência institucional.

Considerando as escassas e frequentes limitações de espaço físico e de material disponíveis nas instituições hospitalares, profissionais da psicologia podem desenvolver distintas formas de intervenção em grupo, tendo em vista a definição dos objetivos.

Yalom (1995, citado por Contel & Villas-Boas, 1999), descreve 11 fatores terapêuticos que podem justificar o trabalho em grupo e que são também pertinentes quando se pensa na realidade hospitalar: 1) instilação de esperança; 2) universalidade; 3) oferecimento de informações; 4) altruísmo; 5) desenvolvimento de técnicas de socialização; 6) comportamento imitativo; 7) catarse ou ventilação de emoções; 8) reedição corretiva do grupo familiar primário; 9) fatores existenciais; 10) coesão do grupo e; 11) aprendizagem interpessoal. (p. 225).

Seja em condição de ambulatório, seja em enfermarias, os grupos possibilitam a construção de uma rede de suporte entre seus participantes. Existem diversas configurações e tipos de funcionamento de grupos terapêuticos, sendo que o psicólogo poderá escolher aquele que seja mais apropriado ao seu objetivo, à realidade de sua clientela e de seu próprio domínio técnico.

Entre os tipos de grupos, destacam-se aqui algumas possibilidades que podem ser utilizadas, mais frequentemente, nos hospitais gerais:

Grupos Preventivos (Santos, Da Ros, Crepaldi & Ramos, 2006): formados por um conjunto de pessoas (por vezes, com formação distinta) que trabalham em regime de cooperação na realização de tarefas da promoção da saúde. Procura-se, nesta atividade em grupo, tanto desenvolver um espírito de colaboração e de valorização do conhecimento de cada pessoa participante quanto resgatar a autonomia e a capacidade de tomar decisões de forma livre e esclarecida.

Pode-se dizer, didaticamente, que a prevenção corresponde ao campo da atenção primária em saúde, sendo subdividida em prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária se refere ao conjunto de ações para o desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde, portanto, valoriza-se a perspectiva da educação para a saúde. Assim, por exemplo, quando numa dada unidade de saúde, empresa ou escola, são realizadas atividades informativas e reflexão sobre as representações, os valores e as experiências que cada participante tem acerca de um tema (exemplo, epidemia da dengue no Brasil), busca-se com que a experiência desenvolva ou amplie os comportamentos preventivos, sem que hajam indicadores de patologia nas pessoas.

A prevenção secundária já se refere à detecção precoce das doenças. Nesse sentido, a participação do psicólogo hospitalar poderá ser no grupo de planejamento e de execução de campanhas preventivas, tal como as de detecção precoce dos cânceres de mama, ginecológico, de próstata, dentre outros. Além do aspecto administrativo no qual o psicólogo poderá se envolver, o mesmo poderá desenvolver atividades de suporte à equipe de saúde e consultas de orientação e/ou preparo junto à comunidade para a realização dos exames preventivos. Ações voltadas para a pesquisa científica de aspectos relacionados à prevenção secundária também podem fazer parte das atividades dos psicólogos hospitalares.

Por fim, o hospital é um espaço onde se pode desenvolver um tipo específico de prevenção: a terciária. Ou seja, como espaço de múltiplas adversidades, criadas no encontro das características da própria patologia, do tratamento e da organização institucional, deve-se cuidar para que seja eliminada ou amenizada a possibilidade de ocorrência, no enfermo, de comorbidades, físicas e/ou psicossociais. Assim, quando um paciente cirúrgico é atendido por um psicólogo no contexto hospitalar, espera-se que sua intervenção possa eliminar ou reduzir a possibilidade de novas emergências psicológicas (ansiedade reativa, depressão, problemas de relacionamento com a equipe de saúde, outras) ou problemas adaptativos.

Grupo de Adesão (Silveira & Ribeiro, 2005): usualmente, é um grupo formado por pessoas que compartilham de uma mesma patologia; é aberto, uma vez que os pacientes podem entrar e sair segundo suas necessidades, e pode ter participação multidisciplinar. Este tipo de grupo é, por natureza, informativo, reflexivo e de estabelecimento de suporte. Busca, ainda, tornar o participante mais ativo e tomador de decisões e evitar uma posição mais receptiva ou passiva (Bleger, 1998).

Grupo de Apoio para Familiares (Contel & Villas-Boas, 1999): objetiva que o grupo familiar: 1) conheça e aprenda sobre o diagnóstico clínico de seu membro familiar enfermo; 2) compreenda as propostas terapêuticas (médicas e não médicas) apresentadas pela equipe de saúde; 3) compreenda e saiba conduzir-se melhor frente às diversas emoções vividas; 4), compreenda os processos psicológicos adaptativos que têm sido utilizados e, por vezes, altere aqueles inadequados ou que não têm trazido conforto à família; e, 5) contribua com o processo de reabilitação do enfermo, inclusive, com a divisão de responsabilidades com a equipe, durante e após a internação hospitalar.

A falta de recursos materiais comum em hospitais públicos não deve ser fator inibidor para a realização de atividades, seja individual, seja em grupo nas enfermarias. Em todos os casos, há uma capacidade dos enfermos e de suas famílias desenvolverem verdadeiros processos de resiliência a partir da atenção profissional verdadeira, franca e aberta para a escuta fornecida pelo psicólogo hospitalar e por demais profissionais de saúde.

Por fim, há de se destacar o trabalho em equipe. Nenhuma área do conhecimento é capaz de esgotar a compreensão do processo saúde-doença e os recursos terapêuticos de que o enfermo e sua família precisam. Por outro lado, não se pode pensar em "superprofissionais" que dominam todas as áreas do conhecimento. Além de tal "capacidade" ser falaciosa, poderá incorrer em graves faltas éticas. Sendo assim, a capacidade da interdisciplinaridade deve ser inerente a formação de todo profissional da área da saúde.

A literatura tem buscado compreender diversos conceitos ligados à estruturação e ao funcionamento das equipes de saúde (Palmade, 1979). Pode-se dizer que, os termos multiprofissional ou multidisciplinar dizem respeito à estrutura das equipes (como elas são formadas ou que disciplinas representam). Por outro lado, os termos pluridisciplinar (justaposição de conhecimentos, em que a interação das disciplinas é fraca, reduzindo a forma de coordenação entre as disciplinas envolvidas), transdisciplinar (tudo se passa como se as diferentes disciplinas rompessem as suas próprias fronteiras e operassem numa penetração recíproca dos seus respectivos domínios e criassem uma axiomática comum) e interdisciplinar (mais que uma simples coordenação, haveria um processo de aprofundamento progressivo da interação entre as disciplinas envolvidas, mantendo os limites de cada uma) representam como as equipes funcionam mais rotineiramente.

Supõe-se que a interdisciplinaridade, especificamente, seja um modelo adequado ao trabalho dentro de um hospital, pois favorece as capacidades de re-

fletir, de transformar e de ser transformado, de distribuir poder e prestígio, de compreender a totalidade humana e a limitação das disciplinas.

Dentre as principais atividades desenvolvidas no hospital, que envolvem o trabalho em equipe, podem ser destacadas (ALAPSA, 2003 e 2005; Straub, 2005): as interconsultas (ou seja, orientações que prestamos aos demais profissionais de saúde relativas à forma de avaliar e/ou lidar com as demandas psicológicas dos enfermos e familiares), as reuniões de equipe, as visitas ao leito, as sessões clínicas e o desenvolvimento de investigações científicas orientadas por protocolos de pesquisa devidamente aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa.

12.3. ATUALIZAÇÕES E REFLEXÕES SOBRE PSICOLOGIA HOSPITALAR

No Brasil, desde os anos 1950, são conhecidos os serviços de psicologia hospitalar criados em São Paulo, nas áreas de ortopedia e de pediatria, em período anterior ao próprio reconhecimento da Psicologia como profissão, ocorrido nos anos 1960. Posteriormente, dos anos 1970 em diante, outros serviços de Psicologia hospitalar foram criados em diversos estados brasileiros, configurando, nos anos 2000, um grande espectro de ação da psicologia enquanto profissão estando, inclusive, prevista, por força de lei, a necessidade do psicólogo nos serviços de alta complexidade (Unidades de Terapia Intensiva, serviços de transplantes, dentre outros); infelizmente, a Psicologia da saúde ocupa uma parcela menor nos programas de *Home Care,* da saúde da família e outras inserções comunitárias.

A julgar pelo pouco conhecimento que a população em geral tem dos processos de saúde-doença e do sistema de saúde de sua comunidade, há de se supor que muitas pessoas vão aprendendo sobre o assunto quando se deparam com uma enfermidade própria ou de um familiar. Nesse sentido, a experiência de hospitalização, em si, é um fator de risco ao desenvolvimento da pessoa e da família.

Buscando reduzir os fatores de risco psicológico e aumentar os fatores protetores, dentro do hospital, os profissionais da área podem participar ativamente dos Programas de Humanização Hospitalar, incluindo atividades afins no seu Projeto de Intervenção. O compromisso da psicologia hospitalar em contribuir com a humanização dos espaços terapêuticos deve ser inerente e contínuo; pessoas enfermas precisam falar de seus dramas pessoais e encontram na figura do psicólogo hospitalar uma possibilidade de organização de suas experiências relativas à doença e ao tratamento, em momentos individuais ou coletivos, em função da manutenção de sua integridade.

12.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABALO, J. A. G; MELÉNDEZ, E. H. "Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales". In: ABALO J. A. G.;MEL´NDEZ, E. H. (orgs.). *Psicologia de la salud: fundamentos y aplicaciones.* Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2005.

ALAPSA – Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud. *Anais del II Congreso.* Cartagena-Colômbia: Universidad del Norte, 2003.

_____. *Anais del III Congreso.* Havana-Cuba, 2005.

ALMAGIA, E. B. *Psicologia de la Salud.* Concepción: Universidad de Concepción, 2000.

ANGERAMI, V.A. (org.). *A Psicologia no Hospital.* São Paulo: Traço, 1988.

BLEGER, J. *Temas de psicologia: entrevista e grupos.* São Paulo: Martins Fontes, 1998.

CONTEL, J. O. B.; VILLAS-BOAS, M. A. "Psicoterapia de apoio de grupo multifamiliar (PGA) em hospital-dia psiquiátrico (HD)". *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*(4): 225-230, 1999.

LENGRUBER, V. B. *Psicoterapia breve: a técnica focal.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H. "Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde". In: KOLLER, S. H. (org.). *Ecologia do desenvolvimento humano* (pp.91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

PALMADE, G. *Interdisciplinaridad y ideologias.* Madrid: Narcea, 1979.

SANTOS, M.; DA ROS, M. A.; CREPALDI, M. A.; RAMOS, L. R. "Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde". *Revista de Saúde Pública, 40* (2): 346-352, 2006.

SEBASTIANI, R. W. "Histórico e evolução da psicologia da saúde numa perspectiva latino-americana". In: ANGERAMI, V. A. (org.). *Psicologia da saúde – um novo significado para a prática clínica* (p. 201-222). São Paulo: Pioneira, 2000.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. "B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes". *Interface – Comunicação, Saúde e Educação, 9* (16): 91-104, 2005.

STRAUB, R. O. *Psicologia da Saúde.* São Paulo: Artmed, 2005.

TAYLOR, S.E. *Health Psychology.* New York: McGraw-Hill, 1995.

VASCONCELLOS, E. G. "Psiconeuroimunologia: uma história para o futuro". In: ANGERAMI, V. A. (org.). *Psicologia da saúde – um novo significado para a prática clínica* (p. 23-46). São Paulo: Pioneira, 2000.

12.5. QUESTÕES

1. (Cesgranrio/SECAD-TO/Psicólogo/2009) Em relação à atuação do psicólogo na equipe oncológica, considere as funções a seguir.

I. Aconselhar o paciente em alguns aspectos práticos da doença e dos cuidados.

II. Fornecer apoio psicológico a pacientes e suas famílias a fim de facilitar a adaptação à doença.

III. Informar o paciente, antecipadamente, quanto à conduta médica a ser adotada.
IV. Ajudar o paciente e sua família a lidar com o câncer e os problemas a ele relacionados.

Estão corretas apenas as funções:

a) I e II.
b) II e III.
c) III e IV.
d) I, II e III.
e) I, II e IV.

2. (Vunesp/CFP/Prova para o título de especialista em Psicologia Hospitalar/2006) A psicologia hospitalar tem como objetivo principal:

a) constituir um campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos do doente em torno do adoecimento;
b) abrir um espaço, dentro da Instituição Hospitalar, destinado ao atendimento das doenças orgânicas com causas psicológicas;
c) destacar para a equipe médica a importância dos aspectos psicológicos presentes no processo de adoecimento;
d) facilitar a relação doente-equipe médica, contribuindo para o diálogo entre as duas partes;
e) prestar assistência à equipe médica e de enfermagem em situações que demandam compreensão dos aspectos emocionais presentes no adoecimento ou nas relações interdisciplinares.

3. (RRHAE/UFPR/Psicólogo/Clínica/2003) Em um hospital, além de uma formação individual, o profissional de Psicologia, trabalhando em equipe, deve estar preparado para:

a) um trabalho clínico-hospitalar, em que os profissionais dos demais campos de saberes possam consultá-los individualmente, fazendo do âmbito hospitalar o lugar mais seguro;
b) realizar interconsultas, com o objetivo de preparar melhor a equipe médica para desenvolver um relacionamento mais sensível e humanizado com outros membros da equipe e com os pacientes;
c) da mesma forma como foi preparado em sua equação pessoal, reivindicar que a equipe multiprofissional submeta-se a um trabalho psicoterapêutico;
d) na ausência do médico, assumir a responsabilidade pela comunicação de um diagnóstico severo;
e) interpretar e esclarecer todas as transferências em jogo da equipe em relação aos seus próprios membros, na tentativa de suplementar suas atividades com mais uma tarefa.

4. (Cesgranrio/SECAD-TO/Psicólogo/2009) O modelo assistencial em oncologia deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis, para que sejam garantidos o acesso aos serviços e o cuidado integral. A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões

do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com a preservação da qualidade de vida.



Fonte: **Ministério da Saúde**. INCA. Situação do Câncer no Brasil, 2006, p. 93.

Qual afirmação sintetiza a ideia contida na ilustração e no texto?

a) A atenção à saúde deve priorizar a assistência especializada em psico-oncologia.
b) As pessoas devem ser vistas como sujeitos, na singularidade de sua história de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas.
c) As pessoas têm expectativas e olhares diferentes diante das circunstâncias da vida.
d) As pessoas doentes escolhem não apenas entre tipos de tratamento, mas também a maneira de enxergar o profissional.
e) As condições físicas e orgânicas das pessoas influenciam as crenças e a espiritualidade.

5. (UPENET/IAUPE/HSE-PE/Psicólogo/2009) Segundo Eksterman (1994), a forma como a enfermidade é vivenciada é sempre um acontecimento singular, uma experiência pessoal que é inerente à história de cada um, ao seu modo de se conduzir, de viver e de se relacionar com as demais pessoas. Para ele, é o indivíduo que atribuirá à doença e às vicissitudes dela consequentes um sentido particular, que só pode ser compreendido dentro do conjunto de sua história. Baseado nisso, as possibilidades de intervenção psicológica no âmbito hospitalar estão na direta dependência de uma série de fatores que incluem:

a) a clientela e as demandas a serem atendidas, o contexto institucional no qual a ação terapêutica será empreendida, a orientação teórica e técnica do psicólogo e os objetivos pretendidos na intervenção;
b) a clientela e as demandas a serem atendidas, os objetivos pretendidos na intervenção, a doença do paciente e a orientação teórica do psicólogo;
c) o contexto institucional no qual a ação terapêutica será empreendida, a orientação teórica e técnica do psicólogo, a doença do paciente e os objetivos pretendidos na intervenção;

d) a clientela e as demandas a serem atendidas, a gravidade da doença do paciente, o contexto institucional no qual a ação terapêutica será empreendida, a orientação teórica e técnica do psicólogo;
e) as demandas a serem atendidas, a orientação teórica e técnica do psicólogo e a doença do paciente.

6. (FCC/TRT – 23ª Região/Analista Judiciário/Psicologia/2007) Na área da Saúde, uma das tendências de atuação é a busca pelo trabalho em equipe. Recorre-se a uma conexão entre as disciplinas, engendrando uma integração entre as mesmas e uma troca de conhecimentos, levando a um enriquecimento mútuo. Esse tipo de equipe no Setor da Saúde é denominada:
a) integrativa;
b) cooperativa;
c) multiprofissional;
d) colaborativa;
e) interdisciplinar.

7. (RRHAE/UFPR/Psicólogo/Clínica/2003) Na atuação do psicólogo em relação às famílias dos pacientes hospitalizados, cabe ao psicólogo:
a) deixar a família consciente de que o trabalho é feito com o paciente, não permitindo que a mesma intervenha na psicoterapia, para não prejudicar o tratamento;
b) por questões éticas, manter a família desinformada do trabalho, sobretudo se esse estiver se desenvolvendo com pacientes adultos;
c) observar de que forma a família do paciente se estrutura em torno de conflitos que dificultam a relação empática entre o terapeuta e seu paciente, responsabilizando aqueles que por ventura não estejam tomando atitudes favoráveis neste aspecto;
d) dar atendimento não apenas às famílias, mas também aos pacientes ou amigos dos pacientes;
e) dar apoio psicológico, como também tirar dúvidas a respeito da doença, dar esclarecimentos quanto a possíveis contágios e reforçar a importância de sua participação ativa na aceitação do tratamento.

8. (AEDB/Pref. Itatiaia-RJ/Psicólogo/2007) Para controlar as consequências do uso abusivo de drogas, foram desenvolvidos em diversas partes do mundo programas de prevenção que variam de acordo com a população-alvo que se pretende atingir. No tocante aos tipos de intervenção preventiva, é incorreto afirmar que:
a) as estratégias de prevenção terciária visam garantir a adesão do dependente químico ao tratamento e promover sua reinserção social;
b) a prevenção secundária é endereçada a uma população-alvo de alto risco ou que já consumiu drogas com o objetivo de evitar que se instale um estado de dependência;
c) a execução dos programas de prevenção primária é exclusiva dos profissionais da área de saúde, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde em portaria específica;

d) na política de redução de danos, a ênfase é colocada na diminuição das consequências adversas decorrentes do consumo de drogas lícitas ou ilícitas;
e) A oferta de opções saudáveis de lazer, cultura e educação para a população jovem faz parte das estratégias de prevenção primária do consumo de drogas.

9. (Vunesp/CFP/Prova para o título de especialista em Psicologia Hospitalar/2006) Na cena hospitalar, medicina e psicologia aproximam-se bastante, articulam-se, coexistem e tratam o mesmo paciente. É correto afirmar que:

a) o objetivo da Medicina é evitar que o paciente morra, ao passo que o da Psicologia hospitalar é oferecer melhor qualidade de vida ao paciente doente;
b) o médico preocupa-se com o diagnóstico da doença, ao passo que o psicólogo está mais voltado para o prognóstico da mesma;
c) a filosofia da Medicina é curar doenças e salvar vidas, ao passo que a filosofia da Psicologia hospitalar é reposicionar o sujeito em relação a sua doença;
d) o médico precisa procurar a causa da doença para poder tratá-la, ao passo que, para o psicólogo, basta entender quais as fantasias do paciente em relação à doença para poder ajudá-lo;
e) a medicina visa à cura do corpo físico, ao passo que a psicologia hospitalar visa à cura do corpo simbólico.

10. (Cesgranrio/SECAD-TO/Psicólogo/2009) Considere as afirmações a seguir sobre a atuação do psicólogo na equipe de saúde hospitalar.

I. O psicólogo hospitalar precisa ter uma atuação bem definida, papéis delimitados e um instrumental de trabalho específico, e estar conectado à equipe multiprofissional, em contínua interação.
II. As atividades do psicólogo hospitalar abrangem assistência psicológica, ensino e pesquisa.
III. O psicólogo, enquanto profissional de saúde, tem um papel clínico, social, organizacional e educacional, com áreas de atuação que abrangem a psicologia preventiva e de tratamento.
IV. O serviço de psicologia necessita ter uma chefia própria, com atribuições cabíveis, de modo a poder coordenar o trabalho de diversos psicólogos e representá-los frente às diversas instâncias do hospital.

Estão corretas as afirmações:

a) I e II, apenas;
b) II e III, apenas;
c) I, III e IV, apenas;
d) II, III e IV, apenas;
e) I, II, III e IV.

11. (NCE-UFRJ/Pref. Queimados-RJ/Psicólogo/2001) (Pref. Palmares-PE/Neoconsultoria/Psicólogo/2007) (Pref. São João dos Patos-MA/Psicólogo/Instituto LUDUS/2010) As psicoterapias de grupo são uma boa alternativa oferecida no serviço de saúde, quando:

a) atendem à demanda institucional por maior produtividade;
b) existem poucos profissionais para atender a população existente;

c) atendem à extensa fila de espera para atendimento individual;
d) atendem às necessidades da clientela de forma mais adequada e eficaz;
e) é necessário triar e receber novos usuários no serviço de saúde mental.

12. (Cespe-UnB/TRE-AP/Analista Judiciário/Psicologia/2007) Um psicólogo iniciou um trabalho de prevenção primária do uso de substâncias psicoativas destinado a crianças e jovens de 10 a 15 anos. Como parte do programa, crianças e jovens eram estimulados a adotar comportamentos de saúde por meio do envolvimento em diferentes modalidades esportivas. Assinale a opção correta acerca dos objetivos e dos procedimentos possíveis para o projeto referido na situação hipotética apresentada.

a) O projeto visa à redução das sequelas deixadas pelo uso de substâncias ilícitas.
b) O foco do trabalho é a redução de danos.
c) É importante desenvolver a percepção de vulnerabilidade pessoal dos jovens.
d) O estímulo às práticas esportivas é um reforçador negativo para participantes obesos.
e) O estímulo às práticas esportivas é procedimento de prevenção secundária, e não de prevenção primária.

13. (Funrio/Pref. Maricá-RJ/Psicólogo/2007) Segundo Lima (1994), existem três níveis essenciais para a atuação do psicólogo em hospitais, são eles:

a) psicoprofilático, psicopedagógico, recreação;
b) psicopedagógico, educativo, psicoterapêutico;
c) recreativo, profilático, educativo;
d) psicopedagógico, psicoprofilático, psicoterapêutico;
e) psicoterapêutico, profilático; educativo.

14. (NCE-UFRJ/Pref. Queimados-RJ/Psicólogo/2001) O conceito moderno de saúde é:

a) a relação equilíbrio-desequilíbrio do homem com seu meio;
b) a condição de existência dos homens no seu aspecto individual;
c) a expressão de felicidade e prazer permanentes;
d) o resultado da produção social que expressa a qualidade de vida individual ou coletiva;
e) a consequência de acesso a bens de consumo e lazer.

15. (Vunesp/CFP/Prova para o título de especialista em Psicologia Hospitalar/2006) O trabalho do psicólogo, no contexto hospitalar, vem ampliando-se paulatinamente principalmente devido à(s):

a) inserção da disciplina Psicologia Hospitalar no currículo da maioria das faculdades de Psicologia do Brasil, cumprindo determinação do MEC e do Conselho Federal de Psicologia;
b) criação de curso de especialização em Psicologia Hospitalar, pelo Conselho Federal de Psicologia, entidade preocupada em ampliar as áreas de inserção do psicólogo na sociedade;

c) ressignificação da causalidade na explicação da doença, que passa a ser vista como processo e fenômeno complexo e transdiciplinar, que envolve dimensões biopsicossociais;
d) ampliação do conceito de saúde, pela Organização Mundial de Saúde, que além de considerar o bem-estar biopsicossocial, passa a integrar também a saúde espiritual, que envolve a atuação do psicólogo;
e) Diretrizes Curriculares para os cursos de Psicologia, que recomendam menor ênfase na área clínica e maior estímulo à formação de psicólogos que atuem na área da saúde pública e privada.

Gabarito

1. E
2. A
3. B
4. B
5. A
6. E
7. E
8. C
9. C
10. E
11. D
12. C
13. D
14. D
15. C

Capítulo 13

Psicologia escolar e educacional

Iolete Ribeiro da Silva
Diva Maria Albuquerque Maciel
Maria Carmen V. R. Tacca

A Psicologia escolar/educacional estuda os processos educativos com uma tríplice finalidade (Coll, 1999): (1) contribuir para a elaboração de uma teoria que permita compreender e explicar esses processos; (2) ajudar na elaboração de procedimentos, estratégias e modelos de planejamento e de intervenção que permitam orientar os processos educativos em uma determinada direção; (3) contribuir para o estabelecimento de práticas educativas mais eficazes.

A Psicologia escolar/educacional gera conhecimento específico sobre os processos educativos, utilizando como instrumento os princípios e explicações da psicologia (Coll, 1996). Essa concepção implica no estabelecimento de relações recíprocas entre Psicologia e Educação, pois tanto a Psicologia pode ajudar a compreender os processos educativos quanto o estudo destes ampliam o conhecimento psicológico (Coll *et al*, 2000).

Dentro dessa perspectiva a psicologia escolar/educacional volta sua atenção às características próprias das situações educacionais para poder gerar novos conhecimentos. As estreitas relações entre Psicologia e Educação estabelecem um contexto de desenvolvimento da Psicologia marcado pelas contradições dos processos de escolarização formal. Como prática social, a educação não é neutra. Portanto, as demandas apresentadas por esta à Psicologia vêm carregadas de conteúdos ideológicos que influenciaram a construção da psicologia escolar/educacional.

13.1. BREVE HISTÓRICO

Mesmo antes do surgimento da Psicologia científica, o conhecimento psicológico já exercia um papel relevante na educação. Inicialmente as relações entre Psicologia e Educação eram mediadas pela filosofia. Herbart afirmava que à Filosofia moral cabia a formulação dos objetivos educacionais e à Psicologia cabia proporcionar os meios necessários para concretizar esses objetivos (Coll, 1999).

Entre o final do século XIX e início do século XX, a Psicologia começa a se estabelecer como ciência. Foi delegada a ela a tarefa de "... elaborar uma teoria educativa de base científica que permitisse melhorar o ensino e abordar os problemas apresentados para a escolarização" (Coll *et al*, 2000, p. 26). A tentativa de utilizar os conhecimentos psicológicos na educação contribuiu para o surgimento de três áreas principais de pesquisa: (1) o estudo das diferenças individuais e elaboração de testes; (2) a análise dos processos de aprendizagem; (3) a psicologia da criança. Nesse período a psicologia científica produzida na Europa e nos Estados Unidos chega ao Brasil, que vive um momento de muitas transformações sociais. Era comum aos filhos da elite se deslocarem para estudar na Europa, o que gerou um ambiente favorável à disseminação dos conhecimentos psicológicos advindos de lá. Para Maluf (2003), foi "no terreno da educação que a Psicologia logrou conquistar sua autonomia como área específica de conhecimento no Brasil" (p. 150).

Bock (2003) afirma que a sociedade da época se caracterizava por um permanente movimento em que tudo podia ser transformado em mercadoria. Essa sociedade "precisava de pessoas inquietas, ativas e criativas" (p. 84) e, para educá-las, a escola precisava conhecer a natureza humana e o processo de desenvolvimento. Para cumprir tal papel, a Psicologia construiu no século XX importantes teorias do desenvolvimento focadas no indivíduo isolado do mundo social. A partir dessas teorias foram desenvolvidos instrumentos psicológicos para identificar se as crianças apresentavam um curso normal de desenvolvimento, e qualquer alteração era tida como problema, passando a ser objeto de intervenção psicológica.

Até metade do século XX, a Psicologia educacional se estabelece como uma disciplina nuclear da teoria educativa e amplia as temáticas abordadas nas três principais áreas de pesquisa que surgiram no período anterior (Coll, 1999): (1) o conceito de medida vai sendo substituído pelo de avaliação do desempenho escolar, e os testes se voltam também para a esfera da personalidade; (2) os estudos sobre aprendizagem passam a ser realizados também em situações reais de sala de aula; (3) Arnold Gessell, Baldwin, Binet, Claparéde, Wallon e René Zazzo dão importantes contribuições para os estudos do desenvolvimento infantil; Piaget e Vygotsky iniciam os seus trabalhos e têm uma presença marcante até os dias atuais a partir de seus seguidores.

Com a expansão de outras escolas psicológicas – *behaviorismo, gestalt* e psicanálise, há uma ampliação dos conteúdos e temas de interesse da Psicologia edu-

cacional, mas também uma descaracterização da especificidade dessa disciplina – todos os temas e problemas relacionados à educação são incluídos no campo de estudo da psicologia educacional –, o que coloca em xeque a aplicabilidade desses conhecimentos. Portanto, até metade do século XX, o conhecimento produzido pela Psicologia educacional não conseguiu atender às enormes expectativas de solução dos problemas educativos (Maluf, 1994).

A partir da segunda metade do século XX, no contexto internacional, a dificuldade de integrar os resultados de pesquisas sobre temas diversos e o surgimento de diferentes disciplinas que se propunham a estudar os fenômenos educativos enfatizaram as limitações da Psicologia educacional. Além disso, em diferentes países, amplia-se o tempo de escolarização obrigatória, ocorrem reformas educativas, vive-se a prosperidade econômica pós-guerra e a educação passa a ser vista, pela sociedade, como importante instrumento de progresso social. Esse contexto implicou em um aumento substantivo dos investimentos em pesquisas educacionais que permitiram o surgimento de associações de profissionais, centros de pesquisa, serviços de psicologia escolar e departamentos de Psicologia da educação nas universidades, além de um grande avanço na psicologia cognitiva.

No Brasil, Antunes (2003) analisa a história da articulação entre as ideias psicológicas e a educação desde o Brasil Colônia até os anos 1990. Desse trabalho destaca-se o período de 1890 a 1930, momento em que o Brasil passou por vários confrontos políticos, revoluções populares, mudanças econômicas. Esse cenário, associado à exigência de novas relações de trabalho colocadas por um projeto de modernização do país, criou um ambiente favorável às ideias da Escola Nova. Nos anos 1920, 80% da população brasileira era analfabeta, e o escolanovismo foi visto como uma base para a implantação de reformas no ensino que buscavam enfrentar a evasão e a repetência escolar, assim como para a profissionalização e criação de entidades representativas dos educadores (Aranha, 1996). Esse contexto sociocultural era favorável ao desenvolvimento da Psicologia, e Pfromm Neto (1996) relata que no Brasil, entre 1830 e 1940, a Psicologia estava presente nos cursos de formação de professores, sendo que, após 1940, teve início a fase universitária do ensino da psicologia.

A Psicologia escolar surge "no bojo" da Psicologia educacional, com o intuito de profissionalizar e atender à demanda educacional (Del Prette, 1993). Nos anos 1970, cresceu o movimento de crítica aos resultados fragmentados, às dificuldades de utilização do conhecimento psicológico em situações educacionais reais, à

utilização indiscriminada de testes psicológicos, às interpretações reducionistas, entre outras questões. Frente a esses problemas, abriu-se um período de reflexão sobre os fundamentos da Psicologia escolar/educacional, e apareceram novas exigências para que a Psicologia pudesse contribuir efetivamente para a educação, o que gerou a necessidade de redefinição do seu objeto de estudo (Pandolfi, 1999). Nesse contexto, a Psicologia educacional se complementa ou se reúne à Psicologia escolar na tentativa de buscar uma atuação mais efetiva no que diz respeito aos problemas e desafios da escola e da escolarização. Suas diferenças como campo de estudos são tênues, mas podemos caracterizar que a Psicologia escolar é vista como bastante atrelada a questões e problemas que aparecem no contexto da escola e da sala de aula. Por seu lado, a Psicologia educacional carrega uma preocupação mais centrada em estudos e pesquisas do ensino e da aprendizagem como campo teórico. Os profissionais que atuam nessa área da Psicologia educacional não se restringem aos psicólogos, uma vez que muitos pedagogos com formação e interesses voltados à Psicologia atuam como pesquisadores e professores de Psicologia educacional em instituições de ensino que oferecem cursos de formação dos diferentes profissionais da educação.

Como resultado dessa compreensão e, na análise da trajetória dessas áreas de conhecimento, foi gerada a área de Psicologia escolar/educacional, que delimitou um objeto de estudo em torno dos processos de aprendizagem e dos fatores que intervêm nesses processos. De acordo com a Associação Brasileira de Psicologia Escolar/Educacional (ABRAPEE), que centraliza os psicólogos e outros profissionais com interesses educacionais e escolares, as duas áreas trabalham para melhorar o processo ensino-aprendizagem no seu aspecto global (cognitivo, emocional, social e motor), por meio de serviços oferecidos a indivíduos, grupos, famílias e organizações.

Essa delimitação, no entanto, remete à consideração de que os fenômenos educativos são extremamente complexos e exigem uma perspectiva interdisciplinar em que diferentes proposições se articulem (Coll, 1999). Por isso, a compreensão do processo educativo requer a contribuição de diversas áreas do conhecimento tanto "na produção de novos saberes, como na atuação profissional" (Contini, 2000, p. 48).

No período de 1890 a 1920 desdobram-se no mundo inteiro múltiplas iniciativas que prefiguram um espaço profissional da Psicologia com fortes laços educacionais. Fagan (1992) aponta que, dentre os acontecimentos que favoreceram

o desenvolvimento dessa área, a escolarização compulsória, que determinava a matrícula obrigatória de crianças na escola, é o de maior destaque. Além disso, vários outros acontecimentos sociais criaram um ambiente favorável à emergência e consolidação dos seus serviços, como as reformas sociais, o movimento de defesa dos direitos da criança, a discussão sobre o trabalho infantil, a ampliação dos serviços voltados ao atendimento de crianças e adolescentes do século XX, a descontinuidade do processo de escolarização de muitas crianças. Esses movimentos contribuíram para o crescimento da Psicologia escolar/educacional, por terem permitido a construção de uma nova imagem de infância e de educação.

Entre 1920 e 1955, a Psicologia ganha destaque, e surgem outras contribuições importantes para a configuração do espaço profissional da Psicologia na área escolar especificamente, dentre elas, a de Wallon, na França. Em 1944, esse autor se vincula à criação e ao funcionamento de serviços de Psicologia escolar, ao contribuir para a elaboração do projeto de reforma do ensino francês, que ficou conhecido como Projeto Langevin-Wallon, em que concebia a Psicologia escolar como um campo específico de atividades de natureza psicológica. A ideia era a de que cada aluno fosse acompanhado desde o início de sua escolarização por psicólogos escolares. Esses psicólogos geralmente eram professores que tinham se submetido a uma formação psicopedagógica (Pfromm Neto, 1996; Coll, 1999).

O espaço social concedido à Psicologia escolar em vários países foi marcado por contradições. A história mostra que a Psicologia muitas vezes legitimou a seleção dos mais aptos, a segregação dos menos capazes e a segmentação burocrática das escolas públicas concretizadas, entre outras coisas, por meio das avaliações de crianças a serem encaminhadas à educação especial. O modelo clínico esteve presente desde o inicio da atuação dos psicólogos escolares, e a tendência de realização de diagnósticos marca uma atuação remediativa focada no indivíduo, que, segundo Valle (2003), também pode ser compreendida como uma tentativa de não interferir nas decisões docentes e assim conseguir espaço de inserção no corpo administrativo da escola.

No Brasil, os primeiros atendimentos psicológicos para escolares foram oferecidos nos anos 1930 em Clínicas de orientação infantil em conjunto com outros profissionais. Dentre os serviços de Psicologia oferecidos nesse período, considerados como sendo estritamente do campo da Psicologia clínica, Antunes (2003) aponta aqueles circunscritos em clínicas criadas em 1953 na Faculdade de Filosofia Ciências e Letras Sedes Sapientiae e, em 1959, no Instituto de Psicologia da Pontifice Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. Estas e outras clínicas

"tiveram sua origem em preocupações de natureza educacional" (p. 160), dessa maneira, demandas educacionais impulsionaram a constituição desse campo específico de atuação do psicólogo.

Análises do contexto de atuação do psicólogo nas escolas realizadas por Patto (1994), Saviani (1980), Libâneo (1984), Ferreira (1986) e outros apontavam a questão das desigualdades de oportunidades educacionais, a associação entre pobreza e fracasso escolar e a necessidade de reflexão sobre o papel do psicólogo a fim de construir uma prática transformadora.

As críticas direcionadas à Psicologia em suas contribuições com a Educação destacavam principalmente o despreparo do psicólogo para resolver os problemas que lhes eram encaminhados em função da falta de conhecimento dos processos educativos e da patologização dos fenômenos educacionais. Esse panorama de atuação dos psicólogos motivou, de acordo com Maluf (2003), o esforço do Conselho Federal de Psicologia – CFP, no final dos anos 1980, para repensar a prática e a formação dos psicólogos no país. Nesse sentido, uma das ações do Conselho foi a realização de um diagnóstico do exercício profissional que resultou na publicação de um livro. Nele, Witter, Yukimitsu e Gonsalves (1992) relataram que as publicações sobre a atuação profissional mostravam ainda a predominância do enfoque clínico, descrevendo o psicólogo cuidando de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento.

Em 1991, ocorreu o I Congresso Nacional de Psicologia Escolar e a criação da Associação Brasileira de Psicologia Educacional Escolar – ABRAPEE e, em 1994, a segunda edição desse congresso em conjunto com a realização do XVII Congresso Internacional de Psicologia Escolar. A partir daí intensificou-se o debate sobre a identidade da Psicologia escolar no Brasil (Gomes, 1995; Yamamoto, Spinelli e Carvalho, 1996; Del Prette, 1993).

Em 1994, o Conselho Federal de Psicologia – CFP publica um novo levantamento sobre o exercício profissional, no qual Maluf (1994) apresenta inovações e práticas emergentes de alguns psicólogos escolares com reconhecida atuação na área. Nesse trabalho, Maluf apresenta alguns princípios comuns que norteavam as ações desses psicólogos: acreditavam na possibilidade de superação das críticas direcionadas à Psicologia escolar; rejeitavam a desigualdade de oportunidades de escolarização entre ricos e pobres, a violação dos direitos da criança e do adolescente, os preconceitos e discriminação gerados por técnicas avaliativas equivocadas.

Antunes (2003) aponta que os anos 1990 representaram um momento de reconstrução da Psicologia escolar. As inúmeras críticas direcionadas a ela levaram à busca de alternativas articuladas em torno da defesa de uma Psicologia escolar comprometida com a transformação da realidade educacional. Esse movimento, apesar de heterogêneo, apresenta algumas tendências: buscar a participação coletiva na ação pedagógica, a troca de saberes com outros profissionais, os da educação principalmente e a superação dos problemas educacionais; criar possibilidades de construção de uma educação mais democrática e efetiva através de uma psicologia comprometida com a realidade, da produção de novos conhecimentos e novas formas de intervenção.

A difusão desses conhecimentos e sua integração à formação estão contribuindo para a consolidação de um campo novo, ou seja, o da Psicologia escolar/educacional. Segundo Antunes (2003), vivemos um novo momento da Psicologia e da Psicologia escolar/educacional, sinalizado pelo aumento de publicações, congressos, pesquisas e caracterizado pela heterogeneidade, com possibilidades de transformações representativas.

13.2. PRINCIPAIS TEORIAS

A compreensão do processo de aprendizagem tem implicações na atuação do psicólogo escolar/educacional. Se acreditarmos que os mecanismos que produzem a aprendizagem situam-se nas interações entre alunos e agentes educativos e "seus respectivos textos, de cuja confrontação nasce um contexto no qual as ações dos participantes adquirem significado e as habilidades mentais são construídas" (Font & Callart, 2000, p. 15), a intervenção do psicólogo deverá ocorrer nesses contextos. Propõe-se que o psicólogo escolar/educacional deva atuar preferencialmente dentro da escola, em conjunto com a equipe pedagógica, geralmente formada por coordenador pedagógico, orientador educacional ou supervisor educacional, para que, a partir do contato com o cotidiano escolar, possa compreender qual é o contexto de aprendizagem construído historicamente em uma determinada escola.

A otimização do processo de aprendizagem passa pela otimização das interações. Isso exige a colaboração entre todos os profissionais da educação envolvidos no trabalho escolar (Font & Callart, 2000). Com base numa atitude interdisciplinar, o psicólogo pode contribuir para a realização de uma reflexão conjunta que possibilite o enfrentamento das dificuldades e a elaboração de projetos coletivos. Sem uma proximidade do contexto escolar, dificilmente o

psicólogo compreenderá a vida da escola e conseguirá realizar ali qualquer tipo de trabalho. O psicólogo geralmente é visto como um profissional da saúde mental e, no senso comum, dificilmente se relaciona saúde com educação. A demanda direcionada ao psicólogo geralmente é remediativa (Del Prette & Del Prette, 1996), relacionada à conduta, e os demais membros escolares esperam que ele assuma a postura de um agente disciplinar (Silva, I. R., 2004, Silva & Maciel, no prelo).

A natureza contextual e interativa do processo de aprendizagem evidencia que é por meio da interação com professores e colegas no contexto dos conteúdos escolares que o aluno aprende. Dessa forma, a natureza das oportunidades e dos auxílios disponibilizados a ele influencia o seu progresso (Giné & Bel, 2000). Como mediadores especializados, os professores guiam o aluno rumo a níveis progressivos de abstração e autonomia para o que deve estar atento ao seu percurso, às suas possibilidades de desenvolvimento, valendo-se de muitas e variadas estratégias. (Tacca, 2006).

A relação entre os diferentes profissionais que atuam na escola é estabelecida em torno de uma contínua busca de consenso sobre o quê, quando e como os conteúdos serão ensinados e avaliados. A colaboração entre todos é uma necessidade para que se atinja os objetivos da escola e, para isso, a atuação do psicólogo ganha importância. A maneira como o grupo percebe o psicólogo interfere em seu trabalho. Quando alguns membros da comunidade escolar acreditam que o psicólogo deve intervir em um problema e este atua considerando a necessária corresponsabilidade pela intervenção, podem surgir conflitos. O psicólogo, para agir, precisa compreender a origem e o contexto da situação que envolve o problema surgido, a fim de que possa lidar com ele de forma efetiva.

Para tirar o foco do aluno problemático, por exemplo, o âmbito de intervenção não poderá ser um aluno, um professor, um problema isolado, mas deve incluir as concepções de aprendizagem, de aluno, de ensino e as relações entre os diferentes subsistemas que integram a escola – equipe de direção, equipe de professores, alunos e famílias. Os problemas escolares geralmente podem ser explicados pelo estabelecimento de interações sociais não sintônicas, conflituosas, que pedem uma compreensão dentro dos sistemas de valores e crenças que apoiam os objetivos de ação de todos os participantes da situação problema (Silva, R. N., 2004).

Outro aspecto que merece atenção é o lugar profissional que o psicólogo escolar/educacional alcança na escola. A situação contratual que espelha sua relação com a instituição escolar deve ser pensada com cuidado. Há muitos fatores que interferem na configuração do espaço profissional, explícito e implícito, e nas condições de trabalho. Consequentemente, a inserção do psicólogo na escola pode revelar o lugar que é dado a ele e, a partir daí, é preciso definir que lugar ele quer ocupar.

O objetivo do psicólogo escolar/educacional será o de uma atuação conjunta com a equipe pedagógica, para conseguirem que a escola desenvolva ao máximo suas potencialidades. Daí o paralelismo que se pode estabelecer entre o conceito de zona de desenvolvimento proximal de Vygotsky e zona de desenvolvimento institucional proposto por Font e Callart (2000), que representa a distância entre os avanços que uma instituição educativa pode realizar sem ajuda ou com ajuda de um trabalho colaborativo eficaz. Segundo esses autores, as características de uma intervenção que venha a trabalhar a zona de desenvolvimento institucional são:

- partir das concepções dos professores sobre os processos de ensino-aprendizagem, de suas práticas educativas e de seu modelo de gestão e de organização;
- ajudar direção e professores a tomarem decisões ajustadas aos objetivos e peculiaridades da escola;
- favorecer a eficiência das atividades coletivas, a corresponsabilidade dos agentes educativos implicados no cumprimento de acordos, a continuidade das ações e sua adequada avaliação e revisão;
- colaborar para a criação de redes de comunicação entre os membros da comunidade escolar;
- direcionar a avaliação dos alunos com dificuldades de aprendizagem para a identificação do tipo e intensidade das ajudas que necessitam para progredir;
- ajudar os agentes educativos a realizarem uma reflexão compartilhada de suas práticas cotidianas com a finalidade de favorecer a aprendizagem dos alunos e potencializar autonomia profissional na tomada de decisões em relação às possíveis dificuldades de seus alunos;
- realizar análise sistêmica da realidade educacional considerando que a interdependência entre os elementos de todo o sistema pode gerar adaptações regressivas, contraproducentes, superficiais, fictícias;

- colaborar com profissionais de outros sistemas para tentar chegar a um consenso que estabeleça um contexto de colaboração;
- compartilhar o significado e o sentido da intervenção com a comunidade escolar;
- partir de um conhecimento negociado sobre funções e papéis desempenhados pelo outro, esclarecendo limites, responsabilidades e evitando a contínua busca de receitas e soluções imediatas;
- consolidar canais de comunicação e colaboração sólidos e duradouros com os agentes educativos.

Favorecer a tomada de decisões, a avaliação e o monitoramento coletivo das ações desenvolvidas na escola significa contribuir para que interesses e objetivos comuns possam ser partilhados entre todos os membros da comunidade escolar. Ao estar consciente de que, por meio da interação social, os sujeitos se constituem enquanto sujeitos, o psicólogo escolar/educacional poderá dinamizar os espaços e eventos escolares de forma a explorá-los educativamente.

Intervir sobre a natureza e qualidade das interações de sala de aula, criando novas configurações e oportunidades educativas e melhor aproveitamento das relações professor-aluno, entre alunos e dos alunos com outros profissionais da escola é outra área de atuação do psicólogo escolar/educacional.

O papel do outro no desenvolvimento de uma pessoa é ressaltado pela perspectiva sociocultural construtivista como sendo de extrema relevância, pois, concordando com Valsiner (1994), nos tornamos pessoas através de outras pessoas. Para construir o seu lugar no mundo, o sujeito precisa aprender a negociar conflitos, estabelecer metas e objetivos individuais ou próprios. Nesse sentido, os recursos utilizados para construir a cultura pessoal estão disponíveis no social.

Outro fator importante é aprender a atuar e se envolver na perspectiva da interdisciplinaridade, junto com os outros profissionais da educação, como, por exemplo, o orientador educacional, o coordenador pedagógico e o professor. Essa é uma das competências que os psicólogos escolares/educacionais devem desenvolver. Uma atuação pautada na visão interdisciplinar como uma prática política de negociação entre diferentes pontos de vista que envolve tanto profissionais quanto pais, alunos e comunidade, a fim de decidirem sobre a representação considerada adequada (Fourez, 1995). Uma prática alicerçada no diálogo e na colaboração entre os diversos atores, colocando-se sempre como participante de uma equipe que atua em um contexto determinado, como é o da escola.

Para melhorar a qualidade dos serviços educacionais oferecidos aos alunos é preciso engajar os professores em processos de reflexão sobre sua prática pedagógica, no desenvolvimento de suas habilidades sociais e na construção de projetos pedagógicos coletivos. Nas palavras de Sarason (conforme citado por Calkins, 1996), "A presunção de que os professores podem criar e manter condições que tornem a vida e o aprendizado escolar estimulantes para seus alunos sem que as mesmas condições existam para os professores não é corroborada pela história da humanidade" (p. 10).

De acordo com Del Prette (1999), outra possibilidade de atuação extremamente importante para que o psicólogo escolar/educacional possa contribuir de modo que a escola cumpra sua função social é a:

> participação na orientação, treinamento e desenvolvimento técnico-profissional dos professores, com ênfase na assimilação e na aplicação às metodologias de ensino, dos fundamentos psicológicos da Educação e no desenvolvimento do compromisso e da identidade positiva do professor em seu próprio papel de cidadão, intelectual e profissional (p. 28).

Como agente de promoção do desenvolvimento do aluno, o psicólogo escolar/educacional deve otimizar os recursos da escola e colaborar com a equipe pedagógica para a construção de espaços de reflexão, de construção conjunta e de potencialização do desenvolvimento, do aluno, do professor e de toda a comunidade escolar. Para tal, o psicólogo escolar/educacional deve organizar atividades que promovam as condições de aprendizagem e de desenvolvimento integral do aluno. Para ilustrar alguns fatores importantes para a promoção do desenvolvimento e da aprendizagem no ambiente escolar, serão descritas a seguir algumas experiências que foram desenvolvidas por pesquisadores que utilizam uma abordagem sociocultural.

A aprendizagem é uma ferramenta que dá sentido a outras ferramentas e se vincula aos contextos das atividades e habilidades que as crianças devem aprender para se tornar economicamente autossuficiente em nossa sociedade. Dentre as aprendizagens promovidas na escola, a leitura e a escrita podem ser colocadas como centrais, representando um meio essencial de acesso aos bens culturais da sociedade (Maciel, 1999). Considerando a perspectiva sociocultural construtivista, a leitura pode ser conceituada como um processo intra e interpsicológico, com outras pessoas mais competentes dando o apoio social que permite à criança dar sentido ao texto. Por isso, essa abordagem requer uma visão da leitura como

uma atividade dirigida a uma meta, com um sentido que varia de acordo com o contexto no qual acontece. Uma lentidão inicial para aprender a ler e escrever geralmente inclui uma sensação de fracasso e frustração que resulta numa espiral descendente de desempenho e na falta crescente de convicção na habilidade para aprender (Tudge, Putnam & Valsiner, 1996). Dessa forma, a área da leitura e escrita é importante para atuação no contexto educacional (Maciel, 1996, 1999).

Rueda e Moll (1994) realizaram um estudo com professores que reclamavam da qualidade e das falhas de escritas de seus alunos, da desmotivação e falta de interesse. A estratégia utilizada foi enfatizar: o uso da escrita como uma ferramenta de comunicação; a seleção de temas para a escrita, dentro da comunidade, que fossem relevantes ou de interesse dos alunos; encorajar os professores a criarem um jornal com suas atividades e trazê-las para discussão com os pesquisadores; além de implementar uma série de atividades de escrita. Os professores organizaram ainda discussões pré-escritas, isto é, antes da escrita de textos, como uma forma de envolver os alunos, ajudando-os a formarem ideias e direcionando o pensamento envolvido no desenvolvimento de sua escrita. Os pesquisadores se surpreenderam com os resultados dessas discussões porque elas se refletiram principalmente sobre a motivação dos alunos. Alguns destes escreveram sobre suas experiências pessoais e usaram a escrita para fazer conexões entre esses eventos e eles mesmos. Houve um crescimento não somente na quantidade de texto escrito, mas na sua coerência e organização. Os alunos, com a assistência do professor, começaram a usar a escrita como uma ferramenta de elaboração do pensamento.

Em outra experiência, Rueda e Moll (1994) relatam que os professores organizaram um estudo formal no qual os alunos desenvolveram instrumentos, coletaram dados junto aos pais e outros membros da comunidade e da escola, analisaram e consolidaram esses dados, incorporando-os em sua produção escrita. Essa atividade mostrou que, ao criar um vínculo entre as atividades de sala e questões da vida fora da sala, os alunos se engajaram ativamente, através da escrita e dos conteúdos que eles consideram interessantes ou significativos. Esses conteúdos mudaram qualitativamente a natureza da escrita em sala de aula, que se tornou uma atividade social e intelectual. As discussões pré-escritas serviram para que o interesse, experiência e opiniões dos alunos se tornassem fontes legítimas para a escrita. A exploração de assuntos da comunidade mostrou aos alunos e professores que esta possuía amplos recursos, valores e conhecimentos que poderiam ser aproveitados para o desenvolvimento da escrita na sala de aula.

De acordo com investigação realizada por Moll e Grennberg (1996), existem conhecimentos válidos fora de sala de aula que podem ser mobilizados para a aprendizagem escolar. A utilização de recursos sociais para a transformação do ensino e da aprendizagem reside na essência do estudo. As famílias controlam seus recursos por meio de relações sociais que as conectam uma às outras e facilitam, entre outras funções, a co-construção de conhecimento entre os participantes. Essas diversas trocas socialmente mediadas, chamadas de fundo de conhecimento, representam zonas ampliadas de desenvolvimento proximal. Tanto o conteúdo como o processo de trocas de fundos de conhecimento são úteis para mediar a instrução. Ao desenvolver redes sociais que conectam salas de aula com recursos externos pode-se transformar salas de aulas em contextos mais avançados para o ensino e a aprendizagem. A criação de conexões significativas entre a vida escolar e a social por meio de atividades concretas de aprendizagem realizadas pelos estudantes é outro elemento importante. Essas conexões sociais auxiliam professores e estudantes a desenvolver sua consciência de como podem usar o cotidiano para entender conteúdos e usar as atividades de sala de aula para entender a realidade social.

Essas experiências permitem algumas considerações a respeito das ideias de Vygotsky, especialmente o conceito de zona de desenvolvimento proximal. Fazer da atividade escolar um desafio ao alcance dos alunos, estar disponível para ajudá-los a administrar e realizar as atividades oferecendo apoio necessário e capitalizando o seu conhecimento e as suas experiências se colocam como ações instigadoras para o desenvolvimento. Ainda, receber *feedback* do professor ou dos colegas pode ajudar os alunos a monitorarem sua performance e a assumirem suas atividades escolares de forma competente e independente (Rueda & Moll, 1994). Todos esses são exemplos de criação de zona de desenvolvimento proximal.

Os estudos mostram também fortes evidências de que as crianças ficam mais motivadas quando as tarefas são autênticas e significativas, quando constroem os significados junto com colegas e professores e quando a atividade representa um desafio dentro de sua zona de desenvolvimento proximal. Portanto, qualquer consideração a respeito da motivação deve levar em conta o contexto no qual colocamos as crianças para aprender (Rueda & Moll, 1994).

Importante ressaltar, portanto, que a aprendizagem acontece na interface de um sujeito que é individual, social e histórico. Ao aprender, o aluno traz a marca de suas vivências e experiências e, nessa circunstância, se constitui como pessoa

configurando aspectos individuais e sociais que possibilitam as diferentes trajetórias de seu desenvolvimento. O estabelecimento de relações sociais genuínas no âmbito das situações escolares permite que o aluno seja visto como único e nas singularidade que tem de ser e de aprender (Tacca 2005, 2006b). O espaço das relações, do encontro entre professor-aluno, permite a compreensão necessária para uma intervenção pedagógica que visa o próximo desenvolvimento (Tacca, 2004). Se isso é verdade entre professores e alunos, também deve ser o foco em todas as relações dentro da escola. As mudanças em processos de desenvolvimento das pessoas envolvidas na malha pedagógica precisam ser o centro da atuação dos profissionais da educação e, dentre eles, do psicólogo escolar.

Dessa forma, podemos afirmar que uma ampla gama de competências são necessárias, e que várias atividades devem ser desenvolvidas pelo psicólogo escolar/educacional, tendo como finalidade a promoção do desenvolvimento dos alunos.

13.3. PRÁTICAS DA PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL

Os serviços de psicologia escolar/educacional devem estar integrados ao sistema educacional como um todo e a outros serviços da comunidade, além de oferecer atendimento amplo e contínuo. As responsabilidades do psicólogo escolar/educacional envolvem atividades e intervenções com crianças, jovens e adultos, incluindo ações de consultoria, treinamento, avaliação, promoção do desenvolvimento e prevenção, aconselhamento, serviços terapêuticos, ensino, tutoria, planejamento de programas, promoção da saúde, oferecimento de preparação profissional em serviço, supervisão, colaboração e pesquisa (Oakland & Cunningham, 1997). A existência na comunidade de outros serviços psicológicos, de assistência social, de saúde e as características do sistema de ensino configuram o papel do psicólogo escolar/educacional.

O trabalho de consultoria, por exemplo, se refere a assessoria a professores, diretores e/ou coordenadores pedagógicos na construção de projetos focais buscando contemplar as prioridades que forem apresentadas pelos mesmos. Essas atividades devem ser desenvolvidas de acordo com a realidade da escola, podendo incluir a realização de pesquisas sobre os fenômenos da realidade educativa que sirvam de suporte para práticas futuras, o desenvolvimento de ações que tenham como objetivo a melhoria da aprendizagem de conteúdos específicos, o desenvolvimento de habilidades sociais, o aprimoramento de habilidades e estratégias de leitura e escrita, entre outros.

O trabalho de avaliação envolve o acompanhamento sistemático das ações da escola visando colaborar para sua eficiência, o desenvolvimento de instrumentos que colaborem para a construção de processos avaliativos participativos envolvendo todos os atores da comunidade escolar, a implementação de uma política de avaliação contextualizada que inclua toda a escola e todos os atores a fim de promover as mudanças necessárias no funcionamento da escola e nas diretrizes do projeto político pedagógico.

O leque de atividades descritas como inerentes ao psicólogo escolar/educacional exige um conjunto de conhecimentos que envolvem tanto a área da Psicologia como da Educação. Esses conhecimentos exigem uma sólida formação que integre teoria e pesquisa, além de um conhecimento prévio do sistema e realidade educacional, sua estrutura e funcionamento. A formação dos psicólogos escolares deve prepará-los para realizar as ações citadas, com foco especial nos processos de desenvolvimento integral de crianças e jovens dentro do contexto escolar, familiar e outros sistemas.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia, o psicólogo escolar realiza as seguintes atividades:

a) aplica conhecimentos psicológicos na escola, concernentes ao processo ensino-aprendizagem, em análises e intervenções psicopedagógicas, referentes ao desenvolvimento humano, às relações interpessoais e à integração família-comunidade-escola, para promover o desenvolvimento integral do ser;
b) analisa as relações entre os diversos segmentos do sistema de ensino e sua repercussão no processo de ensino para auxiliar na elaboração de procedimentos educacionais capazes de atender às necessidades individuais;
c) presta serviços diretos e indiretos aos agentes educacionais, como profissional autônomo, orientando programas de apoio administrativo e educacional;
d) desenvolve estudos e analisa as relações homem-ambiente físico, material, social e cultural quanto ao processo ensino-aprendizagem e produtividade educacional;
e) desenvolve programas visando a qualidade de vida e cuidados indispensáveis às atividades acadêmicas;
f) implementa programas para desenvolver habilidades básicas para aquisição de conhecimento e o desenvolvimento humano;

g) valida e utiliza instrumentos e testes psicológicos adequados e fidedignos para fornecer subsídios ao replanejamento e à formulação do plano escolar, ajustes e orientações à equipe escolar e avaliação da eficiência dos programas educacionais;
h) pesquisa dados sobre a realidade da escola em seus múltiplos aspectos, visando desenvolver o conhecimento científico.

13.4. ATUALIZAÇÕES SOBRE PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL

Diversos trabalhos vêm sendo realizados no Brasil sobre as questões que afetam a Psicologia escolar/educacional, visando especialmente redimensionar a atuação dos profissionais da área. Esses estudos procuram estabelecer novos paradigmas para a atuação do psicólogo escolar/educacional e para a construção de modelos de compreensão das práticas socioeducativas que possam pontuar as diversas leituras dos comportamentos das pessoas e das interações grupais. Assim, cabe a essa área do conhecimento, na perspectiva interdisciplinar, encontrar um caminho que traga contribuições significativas para a transformação social que envolve as instituições, as famílias, a escola e as comunidades.

13.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, M. A. M.. "Psicologia e Educação no Brasil: Um olhar Histórico-Crítico." In: MEIRA, M. E. M.; ANTUNES, M. A. M. (orgs.). *Psicologia Escolar: Teorias Críticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 139-168.

ARANHA, M. L. A. *História da Educação*. São Paulo: Moderna, 1996.

BOCK, A. M. B. "Psicologia da Educação: cumplicidade ideológica." In: MEIRA, M. E. M.; ANTUNES, M. A. M. (orgs.). *Psicologia Escolar: Teorias Críticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 79-103.

CALKINS, L. C. *A arte de ensinar a escrever*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

COLL, C. "Psicologia e educação: aproximação aos objetivos e conteúdos da psicologia da educação." In: COLL, C.; *et al.* (orgs). *Desenvolvimento psicológico e educação. Psicologia da Educação*. Vol 2. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 7-23.

_____. (org.) *Psicologia da Educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

_____.; *et al. Psicologia do Ensino*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

CONTINI, M. L. J. "Discutindo o conceito de promoção de saúde no trabalho do psicólogo que atua na educação." In: *Psicologia, Ciência e Profissão*, 20, (2), 46-59, 2000.

DEL PRETTE, Z. A. P.; Del Prette, A. "Habilidades envolvidas na atuação do psicólogo escolar/educacional." In: WECHSLER, S. M.. *Psicologia Escolar: pesquisa, formação e prática*. Campinas, SP: Alínea, 1996, p. 139-156.

DEL PRETTE, Z. A. P. "A identidade do psicólogo escolar/educacional: as diferentes faces da (re) construção." In: *Estudos de Psicologia*, 10(2), 125-138, 1993.

_____. "Psicologia, educação e LDB: novos desafios para velas questões ?" In: GUZZO, R. S. L. (org.). *Psicologia escolar: LDB e educação hoje*. Campinas, SP: Alínea, 1999, p. 11-34.

FAGAN, T. K. "Compulsory Schooling, Child Study, Clinical Psychology, and Special Education: Origins of School Psychology." In: *American Psychologist,* Volume 47(2), February, 236-243, 1992.

FERREIRA, M. G. *Psicologia educacional: análise crítica.* São Paulo: Cortez, 1986.

FONT, C., M.; GALLART, I. S. "O modelo psicopedagógico educacional-construtivo: dimensões críticas." In: MONERÉO, C.; SOLE, I. (orgs.). *O assessoramento psicopedagógico: uma perspectiva profissional e construtivista* (p. 11-24). Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FOUREZ, G. *A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências*. São Paulo: USP, 1995.

GARCÍA, J. N. *Manual das dificuldades de aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GINÉ, G. C.; BEL, R. R. "Os serviços de apoio psicopedagógico." In: MONERÉO, C.; SOLE, I. (orgs.). *O assessoramento psicopedagógico: uma perspectiva profissional e construtivista*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, p. 85-94.

GOMES, V. L. T. *Atuação do Psicólogo Escolar: teoria, prática e compromisso social.* Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

LIBÂNEO, J. C. "Psicologia Educacional: uma avaliação crítica." In: LANE, S. T. M. (org.). *Psicologia Social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 39-58.

MACIEL, D. A. *Análise das interações professora-criança em situação de ensino-aprendizagem da leitura e escrita.* Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. A coconstrução da subjetividade no processo de aquisição da leitura e da escrita." In: PAZ, M. G. T.; TAMAYO, A. *Escola, saúde e trabalho: estudos psicológicos.* Brasília: EdUnB, 1999, p. 41-70.

MALUF, M. R. "Formação e atuação do psicólogo na educação: dinâmica da transformação." In: ACHAR, R.r (org.). *Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994, p. 157-200.

_____. Psicologia Escolar: reafirmando uma nova formação e atuação profissional." In: YAMAMOTO, O. H.; GOUVEIA, V. V. (Orgs.). *Construindo a psicologia Brasileira: desafios da ciência e prática psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 121-138.

MOLL, L. C.; Greenberg, J. B. "A criação de zonas de possibilidades: combinando contextos sociais para a instrução." In: MOLL, L. C. *Vygotsky e a educação: implicações pedagógicas da psicologia sócio-histórica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 117-137.

OAKLAND, T; CUNNINGHAM, J. "International School Psychology Association Definition of School Psychology." In: *School Psychology International,* vol. 18, 195-200, 1997.

PANDOLFI, C. C. (org.). "A inserção do psicólogo escolar na rede municipal de ensino de Londrina – PR." In: *Psicologia, ciência e profissão*, ano 19, (2), p. 30-41, 1999.

PATTO, M. H. S. *Psicologia e ideologia: uma introdução crítica à Psicologia Escolar.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

PFROMM Neto, S. "As origens e o desenvolvimento da Psicologia escolar." In: S. M. Wechesler. (org). *Psicologia escolar: Pesquisa, formação e prática* (p. 21-38). Campinas, SP: Alínea, 1996.

RUEDA, R.; MOLL, L. C. "A sociocultural perspective on motivation." In: O'NEIL, H. F., Jr.; DRILLINGS, M.. *Motivation: theory and research*. Hilldale: Lawrence Erbaum, 1994, p. 117-137.

SAVIANI, D. *Educação: do senso comum à consciência filosófica.* São Paulo: Cortez, 1980.

SILVA. I. R. *Concepções de atuação profissional do psicólogo escolar na rede municipal de ensino de Manaus*. Tese (Doutorado em psicologia) – Universidade de Brasília, 2004.

_____.; MACIEL, D. M. M. A. *Possibilidades de atuação do psicólogo escolar/educacional em Manaus*. No prelo.

SILVA, R.N. "Concepções, crenças e valores de professores e alunos: analisando situações de conflito na sala de aula." Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Brasília, 2004.

TACCA, M. C. V. R. "Nem professor, nem aluno: alteridade nos processos de aprendizagem e desenvolvimento." In: MARTÍNEZ, A. M.; SIMÃO, L. M.. (org.). *O outro no desenvolvimento humano*: diálogos para a pesquisa e prática profissional em Psicologia. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004, p. 101-130.

_____. "Relação Pedagógica e Desenvolvimento da Subjetividade." *In*: REY, Fernando Luiz González (org.). *Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia.* São Paulo: Thompson, 2005, p. 215-239.

_____. "Estratégias pedagógicas: conceituação e desdobramentos com o foco nas relações professor-aluno." In: TACCA, Maria Carmen V. R. (org.). *Aprendizagem e Trabalho Pedagógico*. 1. ed. Campinas: Átomo e Alínea, v. 1, 2006, p. 45-68.

_____. "Relações sociais na escola e desenvolvimento da subjetividade." In: MALUF, Maria Irene; *et al*. (org.). *Aprendizagem:* tramas do conhecimento, do saber e da subjetividade. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2006b. p. 60-85.

TUDGE, J.; *et al*. "Culture and cognition in developmental perspective: reading as a co-constructive process." In: B. Cairns; G. Elder (Eds.) *Developmental Science*. Cambridge University Press, 1996, p. 190-222.

VALLE, L. E. R. "Psicologia escolar: um duplo desafio." *Psicologia: ciência e profissão,* 21(3), 22-29, 2003.

VALSINER, J. "Bidirectional cultural transmission and constructive sociogenesis." In: GRAAF, W. de; MAIER, R. (eds.). *Sociogenesis reexamined* (Nova York: Springer.

WITTER, G. P.; *et al*. Gonsalves, C. L. C. "Atuação do psicólogo escolar e educacional no Brasil: perspectivas através de textos (1980-1992)." In: Conselho Federal de Psicologia. *Psicólogo Brasileiro: construção de novos espaços* (p. 23-53). Campinas, SP: Tomo.

YAMAMOTO, O. H.; ***et al***. "O psicólogo escolar em Natal: Em busca de uma Identidade Profissional." *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, 1996, p. 269-291.

13.6. QUESTÕES

1. (Instituto Ludus/Pref. São João dos Patos-MA/Psicólogo Educacional/2010) No âmbito de atuação do psicólogo escolar na realidade brasileira, quando se pretende que sua prática leve em conta a complexidade dos processos políticos e socioculturais que incidem no espaço escolar, deve ser adotada a perspectiva:

a) médico-sanitária, segundo a qual o comportamento é determinado basicamente por fatores internos ao individuo;
b) interdisciplinar, que enfatiza o desenvolvimento da capacidade analítica e instrumental do psicólogo para promover a saúde mental no contexto escolar;
c) terapêutica, que visa a diagnosticar e praticar o atendimento exclusivo de crianças-problema no contexto escolar;
d) psicométrica, relacionada com as diferenças individuais e o desenvolvimento da inteligência e da personalidade;
e) instrumental, baseada no uso de testes psicológicos para a avaliação de competências individuais em crianças no contexto escolar.

2. (NCE-UFRJ/Pref Santana-AP/Psicólogo/2007) Ao avaliarmos o desenvolvimento histórico da Psicologia Escolar no Brasil, observamos diferentes visões.
Considere as opções a seguir e assinale a que não está correta:

a) numa primeira etapa, a Psicologia Escolar atribuía os problemas de aprendizagem às limitações do aluno;
b) autores como Bourdieu e Passeron tiveram grande importância para uma nova compreensão da Psicologia Escolar e seus desdobramentos;
c) a análise das variáveis família/criança é suficiente para dar conta da complexidade das questões envolvidas nos déficits de aprendizagem;
d) durante muito tempo, foi comum que os psicólogos escolares restringissem seu trabalho ao diagnóstico e encaminhamento dos alunos;
e) nos últimos anos, muitos autores têm se apoiado nas contribuições de Michel de Certeau para avaliar diferentes tendências das relações produzidas na escola.

Tiago, Gabriela e Marcelo foram convidados, pelo professor, a se retirarem da sala de aula após seguidas solicitações, durante a primeira meia hora de aula, para interromperem as conversas paralelas, o que estava atrapalhando o andamento da aula. Os três alunos reagiram de forma agressiva à intervenção do professor, fazendo ameaças a ele e prometendo organizar uma manifestação para retirá-lo da escola, uma vez que ninguém gostava dele. Ao serem recebidos pela coordenadora pedagógica, foram lembrados de que essa era a quarta vez, na semana, que eles compareciam à coordenação, pelo mesmo motivo e pelo encaminhamento de três diferentes professores. Os alunos foram, então, encaminhados ao serviço de psicologia da escola para avaliação.
Com relação a essa situação hipotética, julgue as questões 3, 4 e 5. Marque C, caso julgue o item CERTO; ou E, caso julgue o item ERRADO.

3. (Cespe-UnB/IEMA-ES/Analista de Meio Ambiente e Recursos Hídricos/Psicologia/2007) Como psicólogo clínico, o profissional do serviço de psicologia da escola deverá atender os alunos a ele encaminhados para avaliação individual, já prevenido sobre a questão do conflito da adolescência com a autoridade.

4. (Cespe-UnB/IEMA-ES/Analista de Meio Ambiente e Recursos Hídricos/Psicologia/2007) O psicólogo institucional que atua na escola deve realizar, em uma primeira etapa do diagnóstico da situação apresentada por Tiago, Gabriela e Marcelo, a avaliação individual dos diferentes professores que expulsaram de sala de aula os referidos alunos, investigando eventual abuso de autoridade por parte dos professores.

5. (Cespe-UnB/IEMA-ES/Analista de Meio Ambiente e Recursos Hídricos/Psicologia/2007) O profissional que atua como psicólogo institucional dentro da escola deverá buscar uma intervenção que auxilie no processo de tomada de consciência por parte de Tiago, Gabriela e Marcelo sobre si mesmos nas relações que vêm estabelecendo com os professores e com a escola em geral.

6. (Indec/Pref. Sumaré-SP/Psicólogo Social/2009) A Psicologia Educacional é um ramo da Psicologia:

a) Aplicada;
b) Social;
c) Experimental;
d) Clínica.

7. (NUPPS/IF-RN/–Psicólogo/2006) No resumo do trabalho Atuação do Psicólogo Escolar no Brasil: limites e desafios, de Gomes & Gomes, que consta na revista do IV Congresso Nacional de Psicologia Escolar, encontra-se o seguinte comentário: "Por outro lado, as equipes escolares propuseram para o psicólogo escolar ações de caráter imediatista sem considerar, muitas vezes, a origem dos problemas em pauta." Já Novaes, em Psicologia Escolar, referindo-se ao trabalho de psicólogos em escolas, que resultam em ações restritas, "limitando-se às tarefas urgentes a curto prazo, em lugar de se dedicarem às de maior alcance..." Os dois comentários vão no sentido de concluírem que o psicólogo, numa escola,

a) deve centrar suas atividades apenas naquelas que visam um resultado imediato;
b) deve se negar a trabalhar com demandas urgentes e imediatistas;
c) deve centrar suas ações apenas naquelas que visam obter um maior alcance, ou seja, não possuam um caráter imediatista;
d) trabalha com ações de caráter imediatista, mas deve também buscar ações que saiam desse ritmo restrito.

8. (NUPPS/IF-RN/Psicólogo/2006) Rita de Cássia N. Leite escreve, em: A clínica e a clínica em um contexto escolar, "a expectativa da escola em relação a nós, psicólogos e estagiários de Psicologia, era de que assumíssemos o lugar de disciplinadores... Essa expectativa sugere a não implicação dos

professores e técnicos da escola com os problemas de comportamento e disciplina ocorridos em sala de aula...” Já João Batista Martins, em O disciplinamento escolar e a prática do psicólogo escolar, escreve: “Considerando que as expectativas que foram construídas socialmente acerca do trabalho do psicólogo o colocam no lugar do “mantenedor da ordem” e que tais expectativas se objetivam no interior da escola, ocupar “outro lugar” torna-se tarefa bastante difícil.” Tais comentários sugerem que cabe a um psicólogo, em uma escola:

a) tomar para si os problemas ligados à indisciplina no colégio;
b) sempre estar presente nas questões de indisciplina em sala de aula;
c) convencer a direção que questões disciplinares devem passar para a alçada do psicólogo;
d) não se confundir com um disciplinador ou com um mantenedor da ordem.

9. (TRADECENSU/TRT – 14ª Região/Analista Judiciário/Psicologia/2004) Ao discutir saberes fundamentais à prática educativo crítica, Paulo Freire afirma que não há docência sem discência. Nesse sentido, para ele, ensinar é:

a) estruturar programas adequados para treinar o aluno;
b) elaborar técnicas para transferir conhecimento;
c) criar as possibilidades para produção do conhecimento;
d) ensinar os conteúdos pedagógicos objetivamente;
e) reforçar os comportamentos necessários para a aprendizagem.

10. (Fumarc/Pref. Contagem-MG/Técnico em Psicologia/2005) Malta Campos (In: Patto, 1984) afirma que, “se as forças econômicas e sociais atuam no sentido da deterioração da qualidade de vida de grandes parcelas da população, não há de ser a pré-escola ou a creche que poderão inverter o sentido e as consequências deste processo”. Para minimizar as desvantagens, a privação e a exclusão das camadas oprimidas da população, ela sugere:

a) o atendimento psicológico das crianças com déficits cognitivos e distúrbios emocionais que prejudicam seu bom desempenho escolar;
b) o acompanhamento das famílias, para que possam proporcionar às suas crianças os estímulos ambientais necessários a seu pleno desenvolvimento;
c) a integração dos programas de atendimento nas áreas de saúde, nutrição, grupos de pais e escolarização, realmente efetivos e com equipes profissionais atuantes;
d) o atendimento dessas populações por profissionais que trabalhem sob o foco da disciplina de sua competência.

11. (NUPPS/IF-RN/Psicólogo/2006) Em 17/10/1992, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresentou ao Ministério do Trabalho sua contribuição para integrar o Catálogo Brasileiro de Ocupações. Nele, o Psicólogo Educacional tem, entre suas atribuições, a de atuar:

a) realizando a identificação e análise de funções, tarefas e operações típicas das ocupações, organizando e aplicando testes e provas, realizado entrevistas, sondagem de aptidões e de capacidade profissional e no acompanhamento e avaliação de desempenho de pessoal;

b) empregando conhecimentos dos vários ramos da psicologia, para apropriar o desenvolvimento intelectual, social e emocional do indivíduo;
c) junto a equipes multiprofissionais, identificando e compreendendo os fatores emocionais, para intervir na saúde geral do indivíduo em unidades básicas, ambulatórios, hospitais, adaptando os indivíduos a fim de propiciar a elaboração das questões concernentes à sua inserção social;
d) elaborando e aplicando técnicas psicológicas, como exames psicotécnicos, para a determinação de aptidões motoras, físicas, sensoriais e outros métodos de verificação, de modo a possibilitar a habilitação de candidatos.

As práticas profissionais em psicologia escolar, nos últimos anos, têm dado ênfase a atuações mais coletivas, institucionalizadas e contextualizadas aos espaços educativos. Entende-se, a partir disso, que a formação em psicologia escolar exige uma leitura ampla da realidade escolar e social, com maiores aproximações às especificidades dos contextos nos quais o psicólogo escolar está inserido. Com relação a esse assunto, julgue as questões 12 a 15. Marque C, caso julgue o item CERTO; ou E, caso julgue o item ERRADO.

12. (Cespe-UnB/FUB/Psicólogo Escolar/2009) Em sua atuação, é importante que o psicólogo escolar, ao assessorar o professor, considere sempre a especificidade da relação educativa de modo a não transformar o discurso pedagógico em um discurso psicológico ou psicanalítico.

13. (Cespe-UnB/FUB/Psicólogo Escolar/2009) A atuação do psicólogo escolar na educação superior, por estar se consolidando contemporaneamente, não utiliza as formas de atuação tradicionais, que têm foco prioritário no acompanhamento e atendimento aos estudantes.

14. (Cespe-UnB/FUB/Psicólogo Escolar/2009) A atenção aos processos de desenvolvimento adulto possibilitados pelo acesso à educação superior se constitui em um amplo campo de atuação do psicólogo escolar.

15. (Cespe-UnB/FUB/Psicólogo Escolar/2009) O psicólogo escolar deve repensar sua imagem e, para tanto, precisa assumir uma escolha radical, deixando a posição de acomodação a um sistema social que beneficia poucos, colocando-se a favor da maioria.

Gabarito

1. B	4. E	7. D	10. C	13. E
2. C	5. C	8. D	11. B	14. C
3. C	6. A	9. C	12. C	15. C

Capítulo 14

Psicologia organizacional e do trabalho

João Henrique Rossler
Elaine Cristina Schmitt
Iara Picchioni Thielen

Este capítulo apresenta, em linhas gerais, as principais temáticas abordadas atualmente nos concursos públicos voltados à área da Psicologia no contexto do trabalho.[1] Para definição desses temas, foram selecionados dentre um amplo rol de assuntos aqueles que estiveram presentes em pelo menos cinco concursos da área nos últimos anos e que apresentem, conforme nosso entendimento, maior pertinência nesse campo. Ao término do capítulo são apresentadas algumas questões recentemente propostas nesses concursos, bem como seu respectivo gabarito.

14.1. BREVE HISTÓRICO

A origem e a construção da Psicologia Organizacional e do Trabalho – POT, como é atualmente conhecida – se confundem com a própria história da Psicologia como ciência, imbricada nos processos históricos mais amplos que marcam o contexto social e econômico em que se dá a sua gênese, constituindo-se ao longo dessa história como uma das especialidades dessa área de conhecimento. Especialidade essa que se estabelece, essencialmente, com a tarefa de atender às demandas postas pela sociedade da época.

As profundas transformações sociais, culturais, políticas, econômicas e tecnológicas que marcam a sociedade humana nos séculos XVIII e XIX, por conta do desenvolvimento e da consolidação do capitalismo como sistema de produção hegemônico e tendo a Europa como centro difusor, afetaram diretamente a vida humana, o cotidiano dos homens. Em especial, o modo como os indivíduos se

[1] Adotamos o termo "Psicologia no contexto do trabalho" na mesma acepção de Freitas (2002), ou seja, referindo-se a uma especialidade da Psicologia e que englobaria as fases históricas da Psicologia Industrial, Psicologia Organizacional e Psicologia do Trabalho. Lembrando, conforme afirma a autora, que as características marcantes dessas diferentes fases coexistiriam ainda hoje no mesmo contexto.

organizavam para produzir as condições de sua existência, ou seja, a forma e o conteúdo de suas atividades produtivas e de suas relações de trabalho.

Assim, a construção da Psicologia no contexto do trabalho está intimamente ligada ao intenso processo de industrialização que se deu nos países europeus, a partir da segunda metade do século XIX (Zanelli, 2004b, p. 467). Surge e se consolida como "braço direito" da Administração Científica, outra ciência emergente na época, com a tarefa de subsidiá-la na busca por formas de organização, gerenciamento e controle mais racionais – científicos – dos processos produtivos e da força de trabalho. Principalmente da força de trabalho, ou seja, dos trabalhadores, que passam a produzir sob novas condições de trabalho e a resistir a essas mudanças, quais sejam: o trabalho circunscrito entre as quatro paredes das manufaturas e, posteriormente, das grandes fábricas; o trabalho em conjunto (vários indivíduos produzindo a mesma coisa), porém de forma parcelada, fragmentada; a ruptura entre o planejamento, a execução e o controle da sua atividade e, consequentemente, a expropriação do saber-fazer do trabalhador; o trabalho assalariado; as máquinas e a produção mecânica; as longas jornadas de trabalho; a cobrança por produtividade e o controle rígido do desempenho etc.

Desde o seu nascimento, portanto, a Psicologia no contexto do trabalho tem se voltado a investigar e atuar sobre os determinantes do comportamento humano no ambiente de trabalho, com o intuito de subsidiar a organização racional dos processos produtivos na era industrial, maximizando a eficiência da organização e o desempenho do trabalhador, incrementando a sua produtividade. Origina-se e se desenvolve, então, comprometida com a tarefa de buscar critérios racionais para avaliação e seleção de pessoal, desenvolver e aplicar testes psicológicos para melhor adequação das pessoas aos cargos, investigar os aspectos psicofisiológicos associados à fadiga e cargas de trabalho, investigar o modo como os trabalhadores executam tarefas ("estudo do tempo e movimento"), os efeitos do ambiente no desempenho do trabalhador, a influência dos fatores sociais (as relações humanas), estratégias de treinamento etc. (Zanelli, 2004b, p. 466-491).

De lá para cá, obviamente, essa especialidade da Psicologia vem alargando o foco de suas teorizações e ações, acompanhando a evolução dessa e de outras ciências afins, bem como atendendo as demandas postas pelas mudanças sociais, econômicas, políticas, culturais e tecnológicas que se deram ao longo do século

XX e início do século XXI e que afetam diretamente a relação do homem com o seu trabalho.

As principais questões, desafios e problemas colocados ao psicólogo hoje, no contexto do trabalho, e que aparecem com frequência nos concursos públicos nessa área constituem os temas que abordaremos a seguir, os quais foram organizados, para efeito didático, de acordo com a seguinte estrutura: o contexto do trabalho hoje, comportamento humano nas organizações, gestão de pessoas, saúde e trabalho.

14.2. O CONTEXTO DO TRABALHO HOJE

A primeira questão com que nos deparamos e devemos responder, *a priori*, ao falarmos sobre o contexto de trabalho na sociedade contemporânea é: em que consiste trabalho, afinal?

Foi Karl Marx – filósofo alemão do século XIX – e toda tradição de pensamento marxista posterior a suas reflexões que contribuíram significativamente ao entendimento da categoria trabalho. De acordo com essa concepção, trabalho é atividade essencial humana, atividade que teria, gradualmente, ao longo da gênese da espécie humana, afastado o homem de sua animalidade e constituído sua humanidade. Nesse sentido, é o fundamento do ser social, isto é, portador das determinações essenciais do ser social.

Em linhas bastantes gerais, trabalho consiste numa atividade produtiva, ou seja, por meio da qual o homem produz coisas que satisfazem as suas necessidades. Portanto, atividade vital humana (que garante a sua vida). Consiste, então, numa atividade de intercâmbio com a natureza, a partir da qual o homem transforma essa natureza para extrair dela os objetos de sua carência, bem como para produzir os meios (ferramentas, instrumentos etc.) para realizá-lo. Mas em que se diferiria essa atividade da atividade vital animal? Ora, o trabalho não consiste numa atividade qualquer. Constitui-se numa atividade mediada pela consciência, isto é, uma atividade essencialmente consciente. Consciente do seu objeto (o que), dos seus meios (como) e do seu fim (para quê). Portanto, atividade fundada num saber (conhecimento do real) e teleológica, ou melhor, determinada por um fim conscientemente posto. Assim, por meio do trabalho, o homem produz, conscientemente, uma nova objetividade, ou seja, objetos que não existiriam na natureza se não fosse pela sua ação física e mental. Objetos que se conformam ao seu pensamento e à sua vontade.

A respeito de sua extensão, o trecho a seguir é bastante esclarecedor.

> Pela consciência o homem captura as propriedades fundamentais da natureza, suas conexões internas e até aqueles movimentos e relações que não se mostram imediatamente aos sentidos, constituindo-os na forma de reflexo [reflexo psíquico do real – nota dos autores] e, assim, pode combinar tais propriedades e movimentos – ínsitos às próprias coisas – fazendo vir a ser formas de objetividade totalmente novas. As objetividades assim surgidas não poderiam vir a ser na espontaneidade do movimento natural, mas unicamente enquanto resultante de uma posição teleológica. A transformação da realidade exterior em objetividade mentada – reflexo do real – constitui uma mediação indispensável para que o homem assuma os objetos naturais enquanto posição teleológica. Por isso a consciência constitui um momento necessário pelo qual o homem arranca da natureza algo que os próprios objetos naturais não estavam destinados a suprir. Só porque o homem é capaz de, no interior de sua atividade, apanhar a realidade exterior e transformá-la em reflexo, ele pode colocá-la de outra forma. (...) No exato sentido do que estamos falando, a consciência medeia a ação meramente instintiva, reativa que marca todo organismo vivo. (...) E isso quer dizer que da mesma forma que captura as leis e conexões inscritas na fração da natureza que quer transformar e as circunstâncias concretas que entornam os atos de trabalho – para assim os pôr de acordo um fim preestabelecido – o homem que trabalha tem de apropriar-se mentalmente das operações necessárias, das ações específicas, do modus operandi de cada ato singular, para que a atividade como um todo resulte exitosa. Ele tem de apropriar-se mentalmente de sua própria atividade vital e pô-la a operar (atualizá-la) em conformidade com o fim estabelecido; ele tem de dirigir seus impulsos e afetos, tem de lutar contra si mesmo (Macário, 2003, p. 120-123).

Estamos considerando o trabalho na sua forma abstrata e universal, isto é, em seu sentido filosófico-ontológico.[2] De fato, ao longo da evolução da humanidade, essa atividade materializou-se em formas concretas e historicamente específicas de trabalho, conforme o nível de desenvolvimento das sociedades. Ao longo da

[2] Para aprofundamento na categoria ontológica trabalho ver: Lessa (2002), Antunes (2005), Bonfim (2003) e Macário (2003).

história, portanto, esse trabalho se deu determinando, e sendo determinado, ao mesmo tempo, pelas transformações e evolução das **forças produtivas**[3] e das **relações de produção,**[4] o que levou à constituição, ao desenvolvimento, ao declínio e à substituição de diferentes **modos de produção,** a saber, o comunismo primitivo, o escravagismo, o feudalismo e o capitalismo.[5]

Em se tratando dos objetivos deste capítulo, interessa-nos, mais de perto, abordar aqui o sistema capitalista, em que o trabalho dos homens, essa atividade essencial humana, se torna uma espécie de mercadoria, como outra qualquer, e passa a ser vendida em troca de um salário (trabalho como emprego). É a lógica do capital adentrando todas as esferas da vida humana. Assim, interessa-nos abordar aqui, em especial, o capitalismo em sua fase contemporânea – o contexto em que se dá o trabalho humano hoje e no qual se insere a Psicologia.

Como ocorreu entre os séculos XVIII e XIX, as três últimas décadas do século XX e a primeira década do século XXI têm sido palco de um conjunto de transformações econômicas, políticas, sociais, culturais e tecnológicas que afetam diretamente a vida e o trabalho dos homens. O colapso do socialismo, o fim da Guerra Fria, o desmonte do Estado de Bem-Estar Social, a retração do Estado e a prevalência do modelo político-econômico neoliberal, os rearranjos geopolíticos e os constantes conflitos religiosos, a reconfiguração do papel social da mulher e da família, as crises econômicas cíclicas do sistema capitalista, a globalização, o desenvolvimento de novas tecnologias, comandadas pelo *boom* da informática e da microeletroeletrônica, e a revolução nos meios de comunicação de massa despontam como alguns dos principais elementos dessas transformações. Essas transformações afetaram diretamente a esfera do trabalho humano: as organizações e instituições, as linhas de produção, as relações de trabalho, as formas e os estilos de gerência, os mercados de trabalho, o perfil do trabalhador e o próprio movimento sindical.

Em linhas bastante gerais, essas mudanças no mundo do trabalho podem ser assim resumidas (Borges e Yamamoto, 2004; Zanelli, 2004b; Goulart e Guima-

[3] Forças produtivas entendidas como a soma dos *meios de produção* – o conjunto dos objetos de trabalho (aquilo que o homem pode trabalhar e sobre o qual dirige as suas forças: a terra, as pedras, a água, as plantas, os minérios etc.) e dos meios de trabalho (as coisas que o homem utiliza para trabalhar: os instrumentos, as ferramentas, as máquinas, os meios de transporte, os rios etc.) – e dos *homens*, ou seja, das *forças humanas*, do nível de desenvolvimento do psiquismo humano num dado tempo e lugar (suas capacidades, habilidades e aptidões psicomotoras, intelectuais, afetivas e morais).

[4] As relações que os homens estabelecem entre si na produção, na troca e distribuição daquilo que produzem para garantir sua subsistência, relações estas que podem ser de cooperação ou exploração e domínio.

[5] Para aprofundamento nesses estágios da história humana, ver: o Prefácio da "Contribuição à Crítica da Economia Política", de Karl Marx; "A ideologia alemã", de Marx e Engels; e "A origem da família, da propriedade privada e do Estado", de Engels.

rães, 2002; Birchal e Muniz, 2002; Antunes, 2004; Palangana, 1998; Teixeira e Oliveira, 1996):

- Passagem do paradigma taylorista-fordista de produção – produção em série para um consumo em massa, elevada produção e altos estoques, linha de produção rígida e estrutura produtiva verticalizada (produção centralizada num mesmo local), trabalho parcelado, fragmentado, simplificado e monótono, postos de trabalho especializados – para o modelo de produção enxuto, flexível, "toyotista" – produção vinculada à demanda e voltada para um consumo individualizado; linha de produção modernizada (automação) e flexível, estrutura produtiva horizontalizada (diversos fornecedores subcontratados e terceirizados); postos de trabalhos pouco definidos.
- Alteração das formas de gerência e controle da força de trabalho, em consequência das transformações no paradigma produtivo, as quais são estendidas aos setores responsáveis pela gestão de pessoas de toda e qualquer organização e instituição. De um modelo de gerenciamento baseado no distanciamento entre concepção e execução, em relações de poder hierarquizadas, no trabalho individualizado, na baixa qualificação dos trabalhadores, no controle mais objetivo e explícito da força de trabalho, passa-se agora a um modelo baseado num menor distanciamento entre concepção e execução, com uma maior participação do trabalhador nas decisões; em relações de poder horizontais; na ênfase no trabalho em equipe e na redução do número de trabalhadores, exigindo deles maior motivação, responsabilidade e domínio na execução de um maior número de tarefas (trabalhador polivalente, flexível); na ênfase no aspecto cognitivo do trabalho, com maior valorização dos conhecimentos dos trabalhadores e a exigência de sempre novas competências, no controle mais subjetivo e sutil da força de trabalho.
- A ênfase na qualidade e diversidade dos produtos para atender a maior exigência por parte dos mercadores consumidores, num mercado internalizado e mais competitivo.
- A expansão do setor de serviços.
- O desemprego estrutural: para os trabalhadores empregados, maior envolvimento, engajamento e entrega do trabalhador para a empresa em que trabalha ("vestir a camisa da organização"), além do medo e do risco constante da demissão; para o trabalhador desempregado, a amargura, o sen-

timento de impotência e a pouca esperança de voltar ao trabalho. Fontes de tensão que desorganizam a vida do indivíduo-trabalhador e de toda sua família (Furtado, 2003, p. 231).

- Desestruturação e encolhimento do movimento sindical e a emergência dos sindicatos de casa, perda de conquistas trabalhistas históricas e despolitização do trabalhador.
- Disseminação da terceirização, do subemprego, dos contratos de trabalho temporários e do trabalho informal.

Dessas mudanças decorreram algumas redefinições na prática tradicional do psicólogo organizacional e do trabalho, principalmente em sua atuação junto ao campo da gestão de pessoas e da saúde do trabalhador. Mas antes de abordarmos as principais atividades desenvolvidas nesses campos pelos psicólogos hoje, trataremos de alguns aspectos clássicos no entendimento daquilo que se define como comportamento humano nas organizações. Aspectos esses que, consequentemente, se constituem como um fundamento importante para a prática desses psicólogos no âmbito da gestão organizacional da força humana de trabalho.

14.3. O COMPORTAMENTO HUMANO NAS ORGANIZAÇÕES

Compreender as razões e a dinâmica do comportamento humano no contexto do trabalho tem sido objetivo de gestores e pesquisadores do campo das teorias e práticas organizacionais. Isso porque encontrar formas de otimizar o desempenho no trabalho garante, num contexto de alta competitividade, resultados importantes para as organizações. Assim, a atenção tem se voltado para os indivíduos, suas relações interpessoais e aquilo que possa garantir a produtividade. Para tal, empenha-se significativo esforço para o entendimento da motivação humana no trabalho, do fenômeno da liderança, dos processos de grupos e equipes de trabalho, da comunicação no contexto organizacional e do clima e da cultura da organização. Esses temas serão abordados a seguir para facilitar a compreensão do que se denomina comportamento humano nas organizações.

Vale ressaltar que os estudos do comportamento humano servem de fundamento teórico e metodológico para a prática da gestão de pessoas nas organizações e que o arcabouço teórico dos temas relativos a esse campo de estudo é diversificado.

14.3.1. Motivação e satisfação no trabalho

Existe uma crença fortemente difundida na Psicologia, entre alguns psicólogos e estudiosos, de que a enorme variabilidade no comportamento dos indivíduos decorreria de um fator denominado motivação. Embora a motivação esteja relacionada ao comportamento humano em diversos contextos, no campo do trabalho, em particular, estudos sobre a motivação ganharam um status especial, a partir da década de 1950, vindo a se constituir como um dos temas mais pesquisados e importantes nas investigações sobre o comportamento humano nas organizações. A suposição seria que determinados níveis de motivação estariam diretamente relacionados com o desempenho e com a produtividade do trabalhador. O conceito de motivação teria sido diretamente associado aos conceitos de satisfação, envolvimento e comprometimento (Gondim e Silva, 2004, p. 145-146), aspectos esses de grande interesse no campo organizacional, principalmente para os administradores.

> A origem etimológica da palavra parece ter oferecido a justificativa para a ampliação do seu sentido. Derivada do latim *motivus*, que significa mover, a palavra motivação assumiu o significado de "tudo aquilo que pode fazer mover", "tudo aquilo que causa ou determina alguma coisa" ou até mesmo "o fim ou razão de uma ação". Desse modo, faz sentido dizer que uma teoria da motivação é uma teoria da ação. E como se admite cada vez mais que a ação humana é multicausal e contextual, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, históricos, sociológicos e culturais, as pesquisas sobre motivação passaram a utilizar múltiplos critérios de mensuração, procurando relacionar esse conceito com tantos outros que poderiam dar conta de tal complexidade e que permitissem a ampliação da compreensão humana (grifos no original) (Gondim e Silva, 2004, p. 145).

Nesta seção abordaremos a definição de motivação bem como algumas das principais teorias ainda em voga hoje, dividindo-as, segundo classificação de Robbins (2005), em teorias antigas e teorias contemporâneas da motivação.[6]

14.3.1.1. Definição de motivação

Robbins (2005, p. 132) define motivação como sendo resultado da interação do indivíduo com uma dada situação. Para o autor, tratar-se-ia do processo responsável pela **intensidade**, **direção** e **persistência** dos esforços (ação) de uma

[6] Para uma crítica aos estudos sobre a motivação e sua aplicação no campo organizacional, ver Figueiredo (1989).

pessoa para o alcance de um determinado objetivo (meta). A intensidade estaria relacionada à quantidade de esforço que a pessoa despenderia em sua ação para o alcance de sua meta. Consiste então na força da sua ação. A direção diz respeito ao objeto ou alvo dessa ação, enquanto a persistência refere-se ao tempo que a pessoa consegue manter seu esforço, ou seja, refere-se à manutenção da ação. Assim, em síntese, indivíduos motivados manter-se-iam na realização de sua tarefa, com esforço suficiente, até que conseguissem alcançar seus objetivos.[7]

14.3.1.2. Principais teorias da motivação

Teorias antigas da motivação

A década de 1950 teria sido bastante fértil a elaboração de teorizações sobre a motivação. A despeito da existência hoje de explicações consideradas mais modernas, essas teorias ainda mantêm sua relevância, não só porque serviram de fundamento para a construção das atuais teorias, mas também porque ainda são atualmente utilizadas no campo organizacional para explicar a motivação dos trabalhadores.

Em 1943, Abraham Maslow publica sua **Teoria das Necessidades Humanas**. Baseando-se em sua experiência clínica, o autor apontou que as necessidades humanas teriam origem biológica e obedeceriam a uma determinada hierarquia. As primeiras seriam as **necessidades fisiológicas e as de segurança,** ligadas à sobrevivência do indivíduo e da espécie. Essas duas necessidades são denominadas inferiores e seriam seguidas pelas necessidades denominadas superiores: a saber, a **necessidade social**, isto é, de aceitação num grupo, a **necessidade de estima**, referente à busca de status e valorização e, por último, a **necessidade de autorrealização**, ou seja, a necessidade de crescimento pessoal e autoaperfeiçoamento. Assim que uma esfera de necessidade fosse suficientemente atendida a próxima na hierarquia se tornaria dominante, determinando as ações que visariam satisfazê-las. Maslow assume com isso o pressuposto de que o ser humano tenderia naturalmente ao autodesenvolvimento e ao crescimento pessoal. Para que esse desenvolvimento ocorra é preciso que as necessidades inferiores sejam suficientemente satisfeitas, a fim de que as necessidades superiores se façam motivadoras da ação humana (Gondim e Silva, 2004, p. 150).

As **Teorias X e Y**, de Douglas McGregor, embora não tenham trazido nenhuma nova conceituação acerca do fenômeno da motivação, acabaram sendo muito citadas em textos que abordam o assunto. McGregor parte, na verdade, de um

[7] Para aprofundamento no tema, ver também Bergamini (1992; 2006) e Bergamini e Coda (1990).

estudo das práticas administrativas norte-americanas e postula que as formas de gerenciamento aí postas basear-se-iam em duas concepções paradigmáticas diferentes sobre o homem e sua relação com o trabalho. A primeira concepção, que seria compartilhada pela maioria dos administradores dos Estados Unidos, foi denominada por McGregor de teoria X. Consiste numa concepção negativa da relação do ser humano com o trabalho, apoiada em três princípios básicos acerca do homem: 1) ele tem aversão ao trabalho; 2) precisa ser controlado e punido para que se esforce no cumprimento dos objetivos da organização e 3) evita responsabilidades, pois estaria preocupado somente com sua segurança pessoal. As formas de gerenciamento baseadas na teoria X não levariam em conta a teoria de Maslow e estariam focadas no controle dos trabalhadores. A segunda concepção, denominada teoria Y, vislumbraria outras possibilidades. Seus princípios básicos indicam que o trabalho pode trazer ao ser humano tanto satisfação quanto punição e que as pessoas estariam dispostas a se autodirigir, aceitar responsabilidades e usar seu potencial criativo. A teoria Y contempla a possibilidade de que o desempenho esteja muito mais ligado ao gerenciamento que à motivação. As formas de gerenciamento, nesse caso, seriam focadas na pessoa, uma vez que, ao contrário do que postula a teoria X, essa visão colocaria a pessoa como motivada e com desejo de se desenvolver (Gondim e Silva, 2004, p. 151-152). Segundo Robbins (2005, p. 134), McGregor pessoalmente acreditaria mais na validade das premissas da teoria Y do que na teoria X.

Desenvolvida por Herzberg, Mausner e Snyderman, em 1959, a **Teoria Bifatorial** foi construída a partir de relatos referentes ao que as pessoas esperavam do trabalho. Principalmente, o que lhes fazia se sentir bem e mal em sua atividade profissional. As respostas foram categorizadas de forma a relacionar as que diziam respeito à satisfação e à insatisfação. As respostas ligadas à insatisfação diziam respeito a aspectos externos ao trabalho (fatores higiênicos), como estilo de chefia, supervisão, salário, condições de trabalho, o relacionamento com colegas etc. As respostas ligadas à satisfação remetiam a fatores internos ao trabalho (fatores de motivação), como o trabalho em si, reconhecimento, progresso, crescimento, realização etc. Esse resultado levou ao estabelecimento de duas linhas independentes: dos fatores extrínsecos, variando de insatisfação à não insatisfação, e outra dos intrínsecos, oscilando entre satisfação e não satisfação. Conclui-se, então, que o oposto de satisfação não seria insatisfação, mas não satisfação. Assim como insatisfação não teria satisfação como seu oposto, mas sim não insatisfação, uma vez que não seriam os mesmos fatores que produziriam satisfação e insatisfação.

Desse modo, qualquer alteração numa linha não causaria alterações na outra. Por exemplo, qualquer mudança positiva nos fatores extrínsecos não pode produzir satisfação, mas não insatisfação, uma vez que satisfação variaria segundo fatores intrínsecos (Robbins, 2005, p. 134-135).

Teorias contemporâneas da motivação

Robbins (2005, p. 136) considera que o aspecto "contemporâneo" das teorias descritas a seguir não se dá tanto pelo seu caráter cronológico, ou seja, por terem sido elaboradas recentemente, mas sim por ser o que há de mais "avançado" para explicar a motivação humana no trabalho.

No final de 1960, Clayton Alderfer redefine a teoria de Maslow, porém sem romper com os pressupostos do autor humanista. Segundo Gondim e Silva (2004, p. 150-151), Alderfer reagrupou as cinco necessidades da teoria de Maslow em três: existência, relacionamento e crescimento. Suas iniciais nomeiam sua teoria: *Teoria ERC*.[8] Existência incluiria as necessidades inferiores de Maslow. Relacionamento englobaria as necessidades sociais e de estima. Crescimento equivaleria à necessidade de autorrealização de Maslow.

A **Teoria de David McClelland**, de 1953, embora trate as necessidades humanas atribuindo-lhes, como Maslow, uma origem biológica, não se utiliza da hierarquização como critério para classificá-las. Basicamente, McClelland descreveu três necessidades: poder, afiliação e realização. As três se inter-relacionariam conforme particularidades individuais, podendo qualquer uma delas predominar sobre as outras. Quando a necessidade de poder predomina, a motivação é direcionada para conseguir influir sobre outras pessoas. Quando é a necessidade de afiliação que predomina, a motivação ficaria voltada para os relacionamentos interpessoais. E quando a necessidade de realização é predominante, a motivação visaria autorrealização, autonomia e sucesso pessoal. Dessa forma, a motivação no trabalho depende da configuração que essas necessidades assumem em cada indivíduo e dependerá também da congruência entre a direção que a motivação assume no indivíduo, devido à conformação das suas necessidades, e as exigências que a função a ser desempenhada demandará (Gondim e Silva, *idem*, p. 151).

De acordo com Godim e Silva (2004, p. 155-156), a **Teoria da Avaliação Cognitiva**, de Deci, considera que as pessoas avaliariam suas ações com base no que acreditariam ser (suas percepções sobre) suas causas ou razões, sendo que essa avaliação afetaria diretamente seu estado motivacional. No trabalho, as pes-

[8] No original em inglês ERG – Existence, Relatedness and Growth.

soas podem atribuir sua persistência em uma ação qualquer a fatores internos, como gostar da tarefa, acreditar que ela é importante etc., ou a fatores externos, como a remuneração. Essa atribuição, em qualquer dos casos, influenciaria diretamente na avaliação que faz da sua motivação e, assim, na própria motivação. Em outras palavras, é a percepção de que a causa da ação está no exterior ou no interior da pessoa que afeta seu nível de motivação para a realização dessa ação. Se o indivíduo acredita que sua tarefa é fortemente recompensada extrinsecamente e que ele a estaria realizando essencialmente em função dessas recompensas, e não por dela gostar, pode não ver razão para se empenhar na mesma tarefa.

A **Teoria do Estabelecimento de Metas**, de Locke e Latham, define metas como objetivos quantificáveis e/ou qualificáveis a serem atingidos num certo espaço de tempo. As metas variariam em conteúdo (como fáceis ou difíceis, específicas e gerais, simples e complexas) e em intensidade (conforme a percepção da importância da meta e comprometimento com sua realização). As metas orientariam a ação por meio de quatro mecanismos: 1) dirigiriam a atenção; 2) mobilizariam o esforço para a ação; 3) encorajariam a persistência da ação e 4) facilitariam o desenvolvimento de uma estratégia de ação. O estabelecimento de metas influenciaria, então, na motivação por clarificar possíveis resultados futuros. Metas bem circunscritas (específicas) seriam mais motivadoras do que metas gerais ("dê o melhor de si", por exemplo). Permitiriam uma melhor visualização por parte do indivíduo do papel que deve assumir e das atividades que se esperam dele. Porém, sozinho, o estabelecimento de metas não pode manter a motivação elevada. Haveria, então, outros fatores que influenciariam no processo como: características individuais, aceitação das metas pelo indivíduo, dificuldade das tarefas entre outras. Metas muito fáceis ou muito difíceis poderiam baixar o nível da motivação (Godim e Silva, *idem*, p. 154-155).

Por sua vez, Victor Vroom concebeu a motivação, em sua **Teoria da Expectância** (VIE), como sendo uma força emocional e conscientemente ativada quando o indivíduo é levado a escolher entre diferentes planos de ação (Gondim e Silva, *idem*, p. 153-154). Essa escolha se basearia em dois fatores: as expectativas individuais e a avaliação subjetiva das possíveis consequências de cada plano de ação. O procedimento de escolha visaria à ação com consequências que maximizassem o prazer e minimizassem o desprazer. Atuariam nessa escolha três conceitos cognitivos: valência, instrumentalidade e expectância. Valência é uma atribuição de qualidade, bom ou ruim, aos resultados almejados. Wagner III e Hollenbeck (2002, p. 90) salientam a diferença entre valência e valor. A primeira

seria uma perspectiva futura, que pode se cumprir ou não, enquanto valor se referiria a uma experiência já efetivada. Essa qualificação dos possíveis resultados a serem obtidos pode ser positiva, negativa ou nula e disso dependerá a disposição da pessoa em alcançar tais objetivos. Instrumentalidade é a clareza sobre a relação entre a ação a ser praticada e o resultado a ser obtido através dessa ação; o grau de convicção da pessoa sobre o resultado que obterá a partir de determinada ação ou conduta. Expectância, por sua vez, é a capacidade do indivíduo de antecipar e visualizar os resultados.

A **Teoria do Fluxo** aborda a motivação como um estado de alta ativação e de curta duração, caracterizado por clareza de metas, concentração e percepção de controle da atividade realizada. Desenvolvida por Csikszentmihalyi, a teoria do fluxo teria pouco peso na Psicologia Organizacional devido à dificuldade para atingir esse estado de ativação em qualquer tipo de tarefa. Essa ativação especial seria mais facilmente observada em atividades extremamente prazerosas como as artísticas e esportivas. Daí sua acolhida na Psicologia do Esporte, como indicam Gondim e Silva (2004, p.156-157).

Para finalizar, a **Teoria da Aprendizagem Social**, de Albert Bandura, postula que o sucesso no alcance de determinados objetivos depende de quatro fatores: autoobservação, autoavaliação, autorreação e autoeficácia. (Godim e Silva, *idem*, p. 157-158). A autoobservação atende a dois aspectos: autodiagnóstico (que facilita a estipulação de metas) e automotivação (que mobiliza os esforços no sentido de alcançar esses objetivos e metas). A avaliação dos objetivos e metas em relação com situação atual e a consciência do espaço que separa esses dois pontos levaria a uma reação afetiva e emocional, descrita como autorreação. A partir dessa avaliação e da reação que causa, o indivíduo traça uma estratégia de ação a partir da qual espera obter resultados positivos. A capacidade de visualização da expectativa de sucesso dessa ação, o juízo que o indivíduo faz de sua capacidade de obter sucesso utilizando-se dessa estratégia, é a autoeficácia. Ela determinaria o esforço e a persistência que o indivíduo estaria apto a despender. A autoeficácia se originaria de experiências passadas de sucesso, que produziriam na pessoa o senso da capacidade de realizar certa tarefa; e também poderia decorrer de uma verificação lógica entre as habilidades que o sujeito já possui e as exigidas por uma nova tarefa. A observação de outras pessoas que executam de maneira eficaz uma determinada tarefa também poderia, por comparação, aumentar o senso de autoeficácia. A teoria da aprendizagem social enfatiza que os comportamentos podem ser modelados por observação e não só pela atividade direta.

Para concluir, é importante ressaltar que, a despeito das diversas teorias que versam sobre o fenômeno, a relação entre motivação, satisfação e desempenho no trabalho não pode ser compreendida de modo direto e imediato, pois consiste numa relação mediada por um conjunto de fatores subjetivos e objetivos. A identificação e compreensão desses fatores tornam-se então fundamentais quando se objetiva, além da motivação, satisfação, qualidade e produtividade no trabalho. Gondim e Silva (2004, p. 159-168) consideram como sendo fatores mediadores: o significado do trabalho para o trabalhador, o sistema de recompensa e punições da organização, o estilo gerencial adotado e a qualidade do ambiente psicossocial de trabalho, bem como a convergência entre os valores pessoais e os valores organizacionais.

14.3.2. Liderança, autoridade e poder

Os temas liderança, autoridade e poder, aqui abordados de acordo com um contexto específico de produção e relações de trabalho, fazem referência aos processos de controle dos trabalhadores em seus postos de trabalho.[9] Os estudos a respeito da liderança no campo das teorias organizacionais e/ou administração remetem ao início do desenvolvimento da administração científica, e sempre demandaram uma análise sobre a ótica do comportamento e das relações humanas no trabalho. A necessidade de controle mais eficaz e aprimoramento das técnicas de gestão para garantir a produtividade e a consecução de objetivos da organização justificam a liderança como elemento crucial para o processo produtivo, uma vez que o líder tem por finalidade garantir a realização dos objetivos de um grupo ou organização. O fenômeno da liderança está intimamente relacionado aos processos de autoridade e poder exercidos nas organizações, sejam elas de trabalho ou não. A liderança não ocorre fora dos grupos e está sempre marcada pela dinâmica e o momento histórico no qual estão inseridos. Se entendermos a **liderança** como um processo que envolve um **líder**, **liderados** e uma **situação específica**, podemos defini-la como sendo **a capacidade de uma pessoa exercer influência sobre outras pessoas de um grupo para que o mesmo alcance seus objetivos**. Cabe ressaltar que a liderança não necessariamente é exercida pela pessoa que ocupa uma posição de chefia na estrutura hierárquica de uma organização, o que pressupõe que a liderança nem sempre está vinculada à autoridade.

[9] Zanelli *et al* (2004a, p. 329) referem-se a esse foco de análise das relações de trabalho como sendo a análise do comportamento e da dinâmica organizacional a partir dos "processos que organizam as pessoas em torno de tarefas e objetivos organizacionais". Já Wagner III e Hollenbeck (2003) classificam esses temas como elementos do Comportamento Meso-organizacional (liderança e autoridade) e Macro-organizacional (poder). Robbins (2005) aborda esses temas a partir dos processos e dinâmica de grupo. A classificação elaborada pelos diferentes autores demarca a compreensão de homem, dinâmica organizacional e sistema de análise dos fenômenos comportamentais e organizacionais dos autores.

A produção teórica sobre os temas em questão abrange uma diversidade de pressupostos teórico-metodológicos, o que impede uma compreensão única sobre os mesmos. Inicialmente as teorias sobre a liderança tinham como foco a compreensão desse fenômeno sob a ótica dos traços do líder, posteriormente, entendeu-se que ela envolve outros elementos, como o grupo, o contexto socioeconômico-político e cultural e a situação geral da organização (dinâmica, momento histórico etc.), o que exigiu uma ampliação do espectro de análise. Para fins didáticos, as teorias aqui abordadas estão divididas em: teorias dos traços, teorias comportamentais e teorias das contingências.[10]

14.3.2.1. Teorias sobre liderança

Desde a década de 1930, estudos são feitos para compreender a relação de um indivíduo com o exercício da liderança, abordando traços de personalidade, sociais, físicos e intelectuais. Esses estudos compõem o que se denomina como **Teorias dos Traços**. O objetivo dessas teorias é encontrar as diferenças de traços de líderes e liderados e de líderes eficazes e ineficazes. No entanto, elas têm suas limitações, pois não há condição de verificar um rol de traços para um líder eficaz em diferentes situações ou condições. Segundo Robbins (2005, p. 259), essas teorias conseguiram identificar seis características/traços que comumente diferenciam líderes de liderados, a saber: ambição e energia, desejo de liderar, honestidade e integridade, autoconfiança, inteligência e conhecimentos relevantes para o trabalho. Ainda com relação aos traços do líder, muitos estudos foram desenvolvidos sobre as características da **liderança carismática**, que considera a "habilidade do líder de comunicar aos seguidores novas visões de organização" (Wagner III e Hollenbeck, 2003, p. 241-268). As teorias que enfatizam os traços do líder começaram a ser refutadas quando, no final da década de 1940, a liderança passou a ser compreendida sob a perspectiva do estilo comportamental (Robbins, 2005).

As **Teorias Comportamentais** objetivavam o conhecimento sobre os comportamentos apresentados pelos líderes que o distinguem dos demais, relacionando o comportamento do líder com o desempenho do grupo. Segundo Robbins (2005), algumas teorias[11] tiveram destaque na década de 1950, quais sejam: a) os estudos da Universidade Estadual de Ohio (Estados Unidos), que enfatizavam

[10] Essa classificação é proposta por Robbins (2005).

[11] Para uma compreensão aprofundada acerca das teorias aqui apresentadas, sugere-se a leitura de Robbins (2005), Wagner III e Hollenbeck (2003) e Bergamini (1982, 2002). Para uma leitura abrangente sobre o tema, sugere-se, além das indicações já apontadas, a leitura de Lapierre (1995).

a **estrutura de iniciação**, ou seja, a capacidade do líder estruturar e definir seu papel e dos integrantes do grupo para a busca de objetivos, e a **consideração** de um líder – capacidade de manutenção de relações de trabalho guiadas pela confiança mútua, respeito às ideias dos liderados e cuidado com seus sentimentos; b) os estudos da Universidade de Michigan (Estados Unidos), que delimitavam duas dimensões do comportamento da liderança – **orientação para a tarefa/produção e orientação para os liderados** (líderes que garantiam maior produtividade e satisfação com o trabalho); c) o ***Grid* Gerencial** de Robert Blake e Jane Mouton, que consiste numa matriz que identifica **81 estilos diferentes de liderança** a partir de dois estilos comportamentais – líder preocupado com as pessoas e líder preocupado com a produção. Essas teorias, no entanto, foram desenvolvidas no contexto em que as transformações na sociedade e no ambiente de produção não ocorriam tão rapidamente quanto hoje. Com o intuito de considerar as constantes transformações do mundo do trabalho e a dinâmica das organizações em períodos atuais, alguns pesquisadores da Finlândia e da Suécia, representando os **Estudos Escandinavos** sobre as teorias comportamentais da liderança, desenvolveram a ideia de que, para além de uma preocupação com a produção e o grupo, o **líder deveria se orientar para o desenvolvimento**, ou seja, valorizar a experimentação, buscar novas ideias e implementar mudanças (Robbins, 2005, p. 257-274).

Outra teoria desenvolvida sobre o **comportamento de decisão de líder**, extremamente difundida no campo das teorias organizacionais, define três tipos de liderança – **autoritária**, **democrática** e **liberal**. Essa classificação é comumente utilizada em trabalhos atuais em organizações para elucidar diferentes tipos de líder e como trabalhar com eles.

Tanto as teorias sobre os traços quanto as comportamentais perderam seu significativo valor quando se observou que a liderança envolve outros fatores que não estão somente no líder. Ao aceitar que existem traços que definem um líder, também seria verdadeira a ideia de que uma pessoa nasce ou não líder, ou seja, a liderança é inata. Ou então, se é o estilo comportamental que distingue os líderes dos não líderes, seria possível selecionar uma pessoa com o estilo de liderança requerido ou desenvolver uma pessoa para que tenha tal estilo. Assim, com o intuito de ampliar o foco de análise e compreensão da liderança, desenvolvem-se as **Teorias Contingenciais**, que consideram tanto as características do líder quanto o grupo e a situação. Segundo alguns autores (Robbins, 2005; Wagner III e Hollenbeck, 2003; Bergamini, 1982), as seguintes teorias abordando essa

perspectiva se destacam: a) O **Modelo Contingencial de Fiedler** – os grupos eficazes dependem da adequação entre o estilo do líder interagir com os subordinados e quanto de controle e influência a situação proporciona a ele; b) **Teoria Situacional de Hersey e Blanchard** – foco nos liderados e na prontidão para a realização de uma tarefa, uma vez que os liderados são fator imprescindível para atingir resultados; c) **Teoria da Troca entre Líder e Liderados** – pressupõe que o líder trata de forma diferente seus liderados, criando um grupo mais próximo ao líder, que recebe mais atenção, tempo, recompensa e confiança, gerando mais competência, satisfação e produtividade nos liderados, já o "grupo de fora" recebe menos atenção e seu relacionamento com o líder é mais formal e baseado na autoridade; d) **Teoria Caminho-Meta** – desenvolvida por Robert House, argumenta que o líder é aquele que abre o caminho para facilitar o alcance dos objetivos por seus subordinados; e) **Modelo de Participação e Liderança** (ou da **Árvore de Decisão de Vroom-Yetton**) – sustenta que os líderes têm êxito em sua função por tomarem decisões eficazes, de acordo com estilos específicos de liderança e situações.

Atualmente os estudos sobre o fenômeno da liderança abordam temas relativos ao carisma do líder e sua capacidade de trabalhar com elementos simbólicos e emocionais para o exercício da liderança e garantir o comprometimento dos liderados, considerando também as variáveis grupais e situacionais da liderança. Nesses estudos as dimensões comportamentais dos liderados são amplamente avaliadas, uma vez que o objetivo é esclarecer os papéis de cada um para a busca dos resultados, seu nível de motivação para a realização da tarefa e a possibilidade de um trabalho em equipe. Intenta-se também compreender a liderança em diferentes contextos culturais e num ambiente potencialmente competitivo. Outro aspecto analisado é a credibilidade do líder e sua capacidade de ser íntegro e gerar confiança tanto para seu grupo quanto para a organização. Conforme aponta Bergamini (1982, p. 107):

> Cada vez mais a orientação futura da teoria organizacional será a de desenfatizar a importância do indivíduo isolado como único fator determinante do sucesso pela liderança dos grupos. Pouco a pouco alguns fatores, tais como tipo de estrutura da empresa, sistemas de planejamento e controle, clima organizacional, canais de comunicação e muitos outros, também compõem o quadro facilitador ou impeditivo da eficácia dos líderes.

Muitas teorias elencam uma série de características necessárias e desejáveis para o líder, que o aproxima de um modelo de super-herói. Apesar de haver um movimento no campo dos estudos organizacionais para desmistificar esse papel de liderança, o discurso sobre o exercício da liderança preconiza tantas habilidades quantas forem possíveis para alcançar os resultados almejados pelas organizações. Essa leitura exige uma análise sobre alguns pressupostos adotados por determinadas teorias da liderança: ao supor a existência de um líder que lidera "subordinados", pressupõe-se que existe nessa relação uma hierarquia e autoridade referente à posição ocupada. No entanto, a liderança deve ser entendida como processo de grupo e como força que surge no grupo, independente da função ou cargo ocupado, ela não necessariamente implica uma relação de subordinação. O que se observa é a aproximação do desenvolvimento dessas teorias com as necessidades da administração, sugerindo que o exercício da liderança é uma função dos administradores e gestores já que eles representam a busca dos objetivos da organização. Enseja-se que não busquem esses objetivos somente a partir do cargo de autoridade que ocupam, mas também que tenham essa "força que atinge os grupos".

14.3.2.2. Liderança e suas relações com autoridade e poder

O fenômeno da liderança está diretamente ligado à autoridade e às relações de poder no contexto organizacional. A autoridade[12] pode ser entendida como uma forma particular de poder, "sustentada pelas normas do sistema social e, de forma geral, aceita como legítima pelos que dela participam" (Johnson, 1997, p. 23), sendo definida não por indivíduos, mas pelas posições que eles ocupam em dado sistema social. O exercício da autoridade pode estar vinculado a um cargo, no entanto a amplitude de ação desse indivíduo depende do sistema e da natureza de sua posição no mesmo. Desse modo, para ter efetividade, os indivíduos subordinados a uma pessoa em cargo de autoridade têm um importante papel, pois a legitimação dessa autoridade depende do aceite e da defesa dessa subordinação por parte dos subordinados. Segundo Johnson (1997, p. 24), Weber identificou três tipos de autoridade: a) **autoridade racional-legal**: "baseia-se em normas formalmente promulgadas, em geral codificadas, embora nem sempre de forma escrita"; b) **autoridade tradicional**: "baseia-se em um sentido coletivo não codificado que diz que ela é antiga e correta e que, por conseguinte, deve ser aceita como legítima", e; c) **autoridade carismática**: "baseia-se na atribuição so-

[12] Este conceito frequentemente é vinculado ao sociólogo alemão Max Weber.

cial de características ou capacidades extraordinárias a uma pessoa". Sociólogos contemporâneos definem outro tipo de autoridade encontrado no sistema social, a **autoridade profissional**, baseada em um conhecimento especializado. No contexto das organizações atuais, encontra-se mais oportunamente a autoridade racional-legal. A autoridade, muitas vezes, é a base para o exercício da liderança no contexto das organizações, e está relacionada ao cargo ocupado.

Tanto a liderança quanto a autoridade imbricam-se nos aspectos de poder presentes nas organizações e na sociedade. No entanto, não há consenso sobre a conceituação de poder, já que este pode ser compreendido a partir de várias ciências e abordagens epistemológicas, cabendo aqui algumas considerações sobre o tema. Segundo Faria (2004, p. 141),

> o poder pode e deve ser entendido como uma práxis não apenas relacional, mas uma práxis cuja natureza fundamenta-se em uma interação, complexa e contraditória, entre os sujeitos coletivos da ação e refere-se, nesse sentido, a uma capacidade ou condição de mobilização, pois não há como dissociar o poder da inclinação a exercê-lo, que provém da própria natureza ou condição humana.

Assim, o poder é a capacidade que uns têm de fazer valer sobre outros seus interesses. Considerando a condição de trabalho e as exigências feitas àqueles que se encontram em posição de comando nas organizações, evidencia-se a inter-relação dos temas aqui abordados – liderança, autoridade e poder – e as implicações do exercício da liderança para o cumprimento dos objetivos organizacionais. Destarte, é no sentido de auxiliar a compreensão dessas inter-relações, a partir do conhecimento acerca do comportamento e das relações humanas, que o psicólogo é demandado no contexto organizacional, seja auxiliando gestores a lidar com as lideranças ou se desenvolver comportamentalmente para o exercício da mesma.

14.3.3. Comunicação organizacional

A comunicação é um processo de troca de mensagens entre pelo menos duas pessoas e envolve uma série de elementos para a transferência e a compreensão de significados. Trata-se de um processo essencial para as relações humanas, e, para ser eficaz, é necessário que o receptor receba a mensagem sem distorções. No contexto das organizações a comunicação é fundamental para a busca de objetivos organizacionais, pois, para trabalhar e produzir, seja individualmente ou em grupo, o indivíduo necessita se comunicar. A comunicação no contexto do

trabalho também é um dos fatores que interferem na motivação e na satisfação e, portanto, no desempenho do trabalhador, o que gera significativo interesse pela compreensão deste processo e esforço para o domínio dos seus aspectos formais e informais. Entretanto, nem sempre isso é possível, já que a comunicação envolve os indivíduos com seus desejos, necessidades, interesses e capacidade cognitiva, fatores estes de difícil controle.

14.3.3.1. O processo de comunicação

A comunicação envolve etapas entre quem emite a mensagem e quem a recebe, resultando na transferência e compreensão de um significado. Segundo alguns autores (Robbins, 2005; Araújo, 2006; Chiavenato, 2002; Petit e Dubois, 1998), a comunicação envolve:

- Fonte ou emissor: quem emite a mensagem;
- Mensagem: conteúdo da comunicação;
- Codificação: conversão da mensagem em um formato simbólico;
- Canal: meio ou mídia pela qual a mensagem é enviada;
- Decodificação: tradução da mensagem enviada pelo emissor;
- Receptor: aquele que recebe a mensagem;
- *Feedback* (retorno) ou retroação: informação visando a verificação da compreensão da mensagem.

Para cada um dos fatores envolvidos no processo de comunicação é possível identificar problemas que impedem a comunicação eficaz, sendo consideradas como **barreiras da comunicação** que podem ser intrapessoais ou interpessoais. Entre as principais barreiras encontram-se: **filtragem** (manipulação da informação pelo receptor); **percepção seletiva; sobrecarga de informação; defesa** (do indivíduo ao sentir-se ameaçado pela informação a ser recebida ou enviada); **linguagem; jargão** (Robbins, 2005). Chiavenato (2002) classifica as barreiras de comunicação em humanas, físicas e semânticas.

14.3.3.2. Comunicação no contexto das organizações

Segundo Robbins (2005), a comunicação organizacional tem por função: a) **controlar** o comportamento das pessoas; b) facilitar a **motivação** pelo esclarecimento do que deve ser feito, informar sobre a qualidade do desempenho e orientar sobre o que fazer para melhorá-lo; c) possibilitar a **expressão emocional** de sentimentos e atender às necessidades sociais, e; d) proporcionar **informação** para que indivíduos e grupos tomem decisões.

De acordo com Petit e Dubois (1998) e Robbins (2005), no contexto organizacional a **direção da comunicação** pode ser **ascendente**, quando a comunicação se dirige aos escalões mais altos da estrutura hierárquica, **descendente**, quando se dirige dos níveis mais altos da hierarquia para os mais baixos, ou **lateral**, quando acontece entre pessoas que ocupam o mesmo nível na estrutura hierárquica. A comunicação também pode ocorrer por várias **redes de comunicação**, sendo classificadas em **formais** – quando segue a estrutura de autoridade da organização e está relacionada com o trabalho, e **informais** – as que não estão descritas ou formalizadas como meio de comunicação e são a via para a ocorrência de rumores. Ainda, outra forma de comunicação muito comum em qualquer contexto social e organizacional é a **comunicação não verbal**, ou seja, a utilização do corpo, das expressões faciais e gestuais das entonações para comunicar algum sentido.

Petit e Dubois (1998) sinalizam que o alto fluxo de informações na sociedade e nas organizações e a crescente utilização da tecnologia demandam novas formas de operar os sistemas de comunicação nas organizações contemporâneas. Para os autores, é preciso adaptar a comunicação ao objetivo proposto, ao tipo de conteúdo da comunicação e às novas formas e canais de comunicação. Robbins (2005) aponta para a necessidade de observação de alguns elementos da comunicação nas organizações contemporâneas, quais sejam: as barreiras de comunicação entre homens e mulheres, a comunicação multicultural, a comunicação adequada e contextualizada e a comunicação eletrônica.

14.3.4. Grupos e equipes

No quadro das mudanças atualmente impostas ao contexto organizacional, produtivo e gerencial, por conta das profundas transformações econômicas, políticas, sociais e culturais que marcam nossa época, desloca-se hoje o foco no trabalho individualizado para as equipes de trabalho, como forma de explorar ao máximo a capacidade humana de trabalho, o potencial humano para produzir bens e riquezas.[13]

De fato, hoje assiste-se a um *boom* do trabalho em equipe. Qualquer organização sintonizada com essas mudanças e que adote novas fórmulas de gestão, para melhor atender às novas demandas do capitalismo contemporâneo, possui

[13] Na maioria dos casos, entenda-se, em todos os setores, aumentar a produtividade e reproduzir o capital. Ou melhor, o capital de alguns.

equipes inseridas em seu processo de trabalho. Mas de onde advém o sucesso dessa nova estratégia? Segundo Goulart (2002, p. 259),

> (...) a evidência sugere que equipes, geralmente, apresentam um desempenho superior ao dos indivíduos, quando as tarefas que estão sendo feitas demandam habilidades, avaliação e experiência. (...) Estudos de Administração têm mostrado que equipes são mais flexíveis e respondem melhor a mudanças do que modelos tradicionais de organização do trabalho ou outras formas de agrupamentos permanentes. Equipes têm a capacidade de se formarem, desdobrarem, reformularem sua composição, fundirem-se com outras por certo tempo e se dissolverem rapidamente. Essa flexibilidade, que as estruturas organizacionais tradicionais não têm, constitui um fator de valorização das equipes.

Além disso, as equipes teriam ainda a propriedade de aumentar a motivação dos indivíduos, na medida em que facilitam a participação do trabalhador nos processos decisórios, democratizando as relações de trabalho (Robbins, 2005, p. 212).

Mas o que é uma equipe de trabalho? Convém iniciarmos nossa reflexão diferenciando equipe de grupo.

14.3.4.1. Diferenças entre grupos e equipes[14]

Grupos e equipes possuem vários traços em comum, todavia, não são a mesma coisa. Um grupo pode ser definido como conjunto de dois ou mais indivíduos ligados em função de um objetivo comum, isto é, interdependentes quanto à finalidade de seu agrupamento. Em essência, um **grupo de trabalho** interage a fim de contribuir com cada membro individualmente. Como não há o engajamento em um trabalho coletivo que demande esforço conjunto, seu desempenho é a somatória de ações individuais. Já uma **equipe de trabalho** pode produzir uma sinergia positiva, ou melhor, um esforço coordenado de seus membros na realização de uma mesma tarefa. Com isso seu desempenho pode ser maior que a soma das contribuições individuais, como no caso dos grupos de trabalho (Robbins, idem, p. 213).

Um exemplo bastante comum de equipe é o de um time esportivo (time de futebol, de basquete, de vôlei etc.). Se cada jogador do time agisse isoladamente,

[14] Embora o fenômeno grupal seja um tema vasto na Psicologia, abordado inclusive sob diferentes enfoques teórico--metodológicos, nos restringimos aqui às discussões sobre o assunto conforme predominantemente abordadas no campo da Psicologia Organizacional, mais especificamente, na área da gestão de pessoas.

individualmente, de forma não coordenada, dificilmente alcançaria seu objetivo: vencer a partida.

Portanto, no contexto organizacional, uma das tarefas do psicólogo consiste justamente em contribuir para a transformação de grupos em equipes de trabalho.

14.3.4.2. Tipos de equipe no contexto organizacional

As quatro formas mais comuns de equipe encontradas em uma organização são: equipes de solução de problemas, equipes autogerenciadas, equipes multifuncionais e equipes virtuais (Robbins, idem, p. 213-216).

Conforme o autor, **equipes de solução de problemas** são aquelas voltadas a dar respostas a problemas específicos do dia a dia da organização ou instituição onde trabalham. Nessas equipes, seus membros trocam ideias, refletem, discutem e apresentam sugestões sobre rotinas, processos e métodos de trabalho, visando seu melhoramento. Na maioria dos casos não possuem autonomia para implementar as mudanças necessárias e sugeridas.

Equipes autogerenciadas são aquelas que não só apresentam soluções para os problemas e desafios do ambiente de trabalho, como também podem implementá-las, assumindo a responsabilidade pelos resultados obtidos. Essas equipes, normalmente, podem atuar: 1) planejando e estabelecendo cronograma de trabalho; 2) delegando tarefas; 3) controlando o ritmo de trabalho; 4) tomando decisões operacionais; 5) implementando ações para solucionar problemas e 6) avaliando o desempenho de cada membro. Como se pode perceber, nesses casos, a figura do supervisor único e que atua individualmente perde totalmente sua importância.

Já as **equipes multifuncionais** são aquelas formadas por indivíduos do mesmo nível hierárquico, mas de setores diferentes da empresa, que interagem e atuam em função de uma tarefa ou objetivo comum qualquer (trocar informações, desenvolver novas ideias, resolver problemas, coordenar projetos etc.). Por exemplo, uma equipe formada pelos coordenadores de finanças, pessoal, marketing, logística.

Equipes virtuais são aquelas que utilizam para interação de seus membros, dispersos em locais diferentes, as novas tecnologias de comunicação (redes internas e externas, videoconferências, *e-mails*, *chats* etc.) em vez do contato presencial. Assim, esses indivíduos, mesmos distantes, podem *on-line* atuar de modo a alcançar objetivos comuns. Podem fazer o mesmo que as demais equipes.[15]

[15] Para aprofundamento no assunto, ver Moscovici (2001; 2002).

14.3.5. Clima e cultura organizacional

Os temas clima e cultura são de fundamental importância para a compreensão da dinâmica organizacional e sua relação com a motivação, a satisfação e o desempenho do trabalhador. Ambos se referem às pessoas e sua relação com o trabalho e a organização na qual este é realizado, envolvendo elementos que são objetivamente observados e outros da ordem da subjetividade humana. Tanto a cultura quanto o clima organizacional podem ser analisados, e o conhecimento que se tem acerca deles permite o aprimoramento da gestão e, portanto, do controle sobre os trabalhadores.

14.3.5.1. Compreendendo a cultura organizacional[16]

O conceito de cultura é originariamente desenvolvido pelas ciências antropológicas, que a definem como um "conjunto acumulado de símbolos, ideias e produtos materiais associados a um sistema social, seja ele uma sociedade inteira ou uma família" (Johson, 1997). Desde a antiguidade busca-se a compreensão das culturas para conhecer a diferença de comportamentos de grupos ou nações. A cultura possui aspectos materiais (tudo que é feito e transformado como parte da vida social coletiva) e não materiais (símbolos, ideias, atitudes, crenças, valores, normas). A partir da década de 1970 esse conceito é incorporado aos estudos organizacionais, que definem a cultura organizacional como:

> o modelo de pressupostos básicos, que determinado grupo tem inventado, descoberto ou desenvolvido no processo de aprendizagem para lidar com os problemas de adaptação externa e adaptação interna. Uma vez que os pressupostos tenham funcionado bem o suficiente para serem considerados válidos, são ensinados aos demais membros como a maneira correta para se perceber, se pensar e sentir-se em relação àqueles problemas (Schein, 2001, p. 7).

A cultura pode ser compreendida a partir das perspectivas antropológica, sociológica ou psicológica. Na perspectiva da Psicologia, os estudos sobre a cultura são incipientes, especialmente no campo das organizações, embora seja predominante a ideia de que a cultura influencia o comportamento, já que os eventos da realidade e os símbolos são compartilhados pelos membros de um grupo. Assim, a edificação da cultura está relacionada ao modo de satisfazer as carências materiais e psicossociais. As teorias sobre cultura no campo das organizações pre-

[16] Pode-se citar alguns estudos sobre o tema cultura organizacional, que focam diferentes aspectos da cultura: Hofsted (1980); Motta e Caldas (1997); Fleury e Fischer (1996); Freitas (1999; 2007).

conizam a leitura da cultura organizacional a partir de alguns elementos como: **valores; ritos e cerimônias; histórias e mitos; tabus; normas; linguagem; heróis; artefatos,** e **ambiente físico**. Esses elementos são identificados em ações, procedimentos e políticas das organizações, ou seja, na forma de selecionar, nos atributos requeridos aos trabalhadores, nas necessidades de desenvolvimento identificadas, na forma de relacionamento entre trabalhadores, entre tantos outros aspectos. Objetiva-se conhecer e trabalhar os elementos da cultura para desenvolver ou manter um sistema articulado com os propósitos ou a dinâmica da organização.

A cultura "se refere ao sistema de significados compartilhados por todos os membros e que distingue uma organização das demais" (Chiavenato, 2008, p. 173). Ao aludir sobre o sistema simbólico de uma organização, a cultura organizacional se torna um referencial de padrões de desempenho, comportamento e pensamento que influenciam a maneira de trabalhar, de atender o cliente, de produzir, de se relacionar no contexto de trabalho, entre outros. Por ser um elemento importante para a dimensão comportamental nas organizações, ela se torna um alicerce para as práticas organizacionais e, sendo construída ao longo do tempo e trazendo em si elementos da ordem simbólica, a cultura organizacional garante a coesão dos membros de uma organização em prol dos objetivos propostos, mantendo o elo entre o presente e o passado da organização para que esta afirme sua permanência e sua perspectiva futura (Chiavenato, 2008).

A cultura organizacional pode ser compartilhada, aprendida e transmitida pelos membros da organização. Alguns aspectos da cultura são formais – como objetivos e estratégias, práticas operacionais, estrutura organizacional, políticas e diretrizes de pessoal; e outros informais – percepções e atitudes das pessoas, valores e expectativas, normas grupais e relações afetivas, entre outros. As pessoas aprendem a cultura da organização de várias formas, mas a iniciação se dá por meio da socialização organizacional, pelos processos de seleção, integração, formatação do cargo, determinação das relações com a chefia e a interação com o grupo de trabalho. De acordo com Chiavenato (2008), nos programas de gestão o processo de aculturação e socialização é importante para orientar quem entra em uma organização, pois reduz a ansiedade dos novos trabalhadores e a rotatividade, garantindo uma economia de tempo e ajuste das expectativas tanto de trabalhadores quanto da organização.

A apreensão da cultura de uma organização é um recurso utilizado para a gestão de mudanças em uma organização. No entanto, discute-se, no campo das

teorias organizacionais, se é ou não possível fazer a gestão da cultura de uma organização, com vistas a alcançar os objetivos desta. Outro ponto de discussão é se existe ou não uma cultura forte. São considerados elementos importantes para a análise da cultura organizacional:

- papel do fundador;
- incidentes críticos (crises, expansões, momentos de fracasso/sucesso);
- processo de socialização dos novos membros;
- políticas de RH;
- processo de comunicação;
- organização do processo de trabalho.

14.3.5.2. Clima organizacional e suas relações com a cultura

O clima organizacional se refere à percepção que os trabalhadores têm sobre seu trabalho, sua relação com a organização e as pessoas que se relacionam com esta, sejam outros trabalhadores, clientes, fornecedores ou a comunidade em geral. Essa percepção pode ser positiva ou negativa e influenciar o comportamento dos trabalhadores e, consequentemente, sua produtividade no trabalho. Segundo Teixeira (2002), o clima é a expressão dos sentimentos dos funcionários diante dos valores, das políticas, das práticas de gestão de recursos humanos, da forma de relacionamento com os colegas, da postura da organização ao estabelecer metas e retribuir pelo alcance delas, além da situação econômica da organização. O clima organizacional também pode indicar o grau de satisfação dos funcionários de uma organização em relação a vários aspectos da cultura ou realidade de empresa, tais como: políticas de RH, modelo de gestão, missão, processo de comunicação, valorização profissional e identificação com a empresa (Coda, 1997). Assim, o clima organizacional constitui o meio interno de uma organização, a atmosfera psicológica e característica que existe em cada organização, compondo o ambiente humano dentro do qual as pessoas de uma organização fazem seu trabalho (Chiavenato, 2004).

Tamayo *et al.* (2002) definiram alguns componentes do clima organizacional, sendo eles: estrutura organizacional, estilo de liderança, comunicação, sistema de controle, apoio organizacional conflitos e confiança. Esses elementos podem mudar de organização para organização e em momentos diferentes de uma mesma organização, isso porque o clima está ligado a fatores situacionais, podendo ser influenciado pelos fatores internos e externos, formais e informais e relacionados diretamente com o ambiente específico de trabalho de cada organização. O clima

também pode ser percebido de distintas maneiras, conforme crenças, valores, experiências passadas, atitudes, opiniões e percepções de cada um, influenciando o comportamento, o desempenho e a satisfação dos trabalhadores (Mello, 2004).

A análise do clima é um preponderante fator para a gestão de organizações, uma vez que é possível identificar problemas ou dificuldades na relação trabalhador–organização que podem impactar na produtividade no trabalho. Comumente a análise do clima é realizada a partir de uma pesquisa de clima organizacional, que pode seguir diferentes padrões.[17] Segundo Magnanti (2003), os objetivos para a pesquisa de clima podem ser: estudar a cultura organizacional da empresa; avaliar a imagem que os funcionários fazem da empresa, de sua missão e de seus objetivos; medir o grau de satisfação dos funcionários com os diferentes aspectos da organização; analisar os padrões de motivação e de satisfação, bem como as suas necessidades e expectativas; verificar se existe integração entre os objetivos dos funcionários e os objetivos da organização; verificar se existe correlação entre a satisfação na organização e a oferta de benefícios e serviços; verificar o nível de integração entre as áreas/departamentos; estudar as relações funcionais entre os funcionários; analisar os padrões de produtividade; medir o grau de envolvimento dos funcionários com suas tarefas e responsabilidades, com os clientes e com os agentes internos e externos.

De acordo com Luz (2003), as vantagens da análise do clima organizacional podem ser:

- identificação da percepção dos trabalhadores sobre diferentes aspectos que influenciam o seu bem-estar no trabalho;
- aprimoramento da qualidade do ambiente de trabalho e da qualidade de vida;
- identificação das oportunidades de melhoria da qualidade dos produtos/serviços, da produtividade, do comprometimento dos funcionários com os resultados da empresa, aumentando assim a própria rentabilidade das organizações.

O clima se relaciona diretamente aos aspectos da cultura organizacional. Além de serem fatores que se referem aos trabalhadores e seu comportamento no ambiente de trabalho, são importantes indicadores para a manutenção e o desenvolvimento da gestão de uma organização. Cabe aqui elucidar que toda pesquisa

[17] Sugere-se, para uma compreensão mais aprofundada dos diferentes modelos de pesquisa de clima organizacional, a análise dos trabalhos de: Litwin e Stringer; Coda; Halpin e Grolf; Kolb *et al*; Peltz e Andrews; Campbell *et al* e Schneider. A pesquisa de clima pode envolver entrevistas, aplicação de questionários, realização de grupos-foco, observação, entre outros.

de clima organizacional envolve, minimamente, um conhecimento prévio da realidade da organização, para a escolha das estratégias de pesquisa, a sensibilização dos trabalhadores acerca do processo de pesquisa, a clareza de objetivos e a seriedade na condução do processo, a análise coerente dos dados levantados na pesquisa, a devolutiva para a organização e os trabalhadores dos resultados encontrados, pontuando pontos críticos e positivos da dinâmica da organização, e o estabelecimento de ações para propor intervenções em relação aos pontos críticos, caso seja o objetivo.

14.4. GESTÃO DE PESSOAS

Segundo Tonelli, Lacombe e Caldas (2002), a função e as práticas de recursos humanos derivam da difusão do humanismo nas organizações e alguns fatores contextuais do final do século XIX e início do século XX, a saber: o desenvolvimento tecnológico e econômico; as experiências e doutrinas humanistas do fim do século XIX, estendendo-se até 1930, e o acirramento das relações de trabalho e reformismo que surge para apaziguá-las. Assim, a ampliação da administração de recursos humanos se relaciona com o desenvolvimento do capital e da industrialização, da organização do trabalho, das teorias e das novas configurações organizacionais.

Ao longo do século XX, os processos de gestão de pessoas sofreram uma série de transformações, uma vez que acompanharam o desenvolvimento das configurações e da organização de trabalho e das necessidades de controle da gestão organizacional. Inicialmente, configurava-se como um conjunto de processos não sistematizados e realizados pelo capataz da empresa, passando a ser caracterizado como departamento pessoal no período que compreende as duas grandes guerras mundiais, e, consecutivamente, como área de recursos humanos, englobando as atividades de departamento pessoal e relações industriais, além da preocupação com a motivação, a liderança e a retenção de trabalhadores e o foco para as carreiras hierarquizadas. Nesse período, que compreende o final da Segunda Guerra Mundial até a década de 1980, os modelos de gestão de RH passam a ser orientados para a organização flexível. É a partir da década de 1990, num contexto de economia globalizada, intensificação da competição entre as organizações, crescimento das políticas neoliberais, flexibilização das relações de trabalho, intensificação das tecnologias informacionais, ênfase nos consumidores e enfraquecimento da mobilização sindical, que a atuação da área de recursos humanos passa a ser estratégica para as organizações capitalistas. Assim, a gestão

de pessoas passa a enfatizar a retenção de talentos, as carreiras laterais e diagonais e a descentralização das responsabilidades na gestão de pessoas, isto é, todos os gestores são responsáveis pela gestão de RH. Outra característica dessa fase do desenvolvimento da área de RH é o início dos processos de terceirização de atividades de RH (Tonelli, Lacombe e Caldas, 2002).

Faz-se importante frisar que o desenvolvimento das práticas e funções de RH não acontece de forma homogênea em todo o mundo, mas acompanham o contexto de desenvolvimento econômico, político, social e cultural dos países, justificando o motivo pelo qual o Brasil é considerado um país que se encontra em uma fase anterior com relação ao que é desenvolvido em países norte-americanos, europeus e no Japão. Segundo Tonelli, Lacombe e Caldas (2002), no Brasil existe um discurso sobre a administração estratégica de pessoas, no entanto, a prática remontaria às atividades pertinentes ao departamento pessoal (recrutamento, seleção, treinamento e remuneração de pessoas).

14.4.1. A pesquisa nas organizações

É com a necessidade de conhecer o comportamento humano no trabalho que o psicólogo é demandado no contexto das organizações. Como já observado anteriormente, os temas relacionados ao comportamento humano são fundamento para a prática da gestão de pessoas. Assim, não só para desenvolver conhecimentos ou técnicas sobre a motivação, a satisfação e o desempenho no trabalho, mas também para auxiliar na elaboração de novas técnicas de gestão, que requer os psicólogos trabalhando juntamente com os gestores. Nessa condição, cabe ao psicólogo não apenas conhecer a dinâmica e os aspectos inerentes ao comportamento humano, mas também compreender a complexa e intrínseca relação da dinâmica organizacional e relacional com o comportamento humano. Assim, antes da realização de uma intervenção qualquer numa dada organização, deve ser realizado um diagnóstico, seja para detectar pontos críticos nas relações de trabalho seja para compreender a demanda formulada pela organização. Mesmo que a posição seja atender à demanda, deve-se saber que cada organização é peculiar e que o conhecimento sobre sua dinâmica depende de uma análise atual e contextualizada.

Para a realização de um diagnóstico organizacional ou de um processo para conhecimento da dinâmica organizacional, inicialmente esse processo deve ser negociado com a organização, já que requer o acesso a informações, contato com os trabalhadores e tempo para que seja realizado. Os "pacotes fechados" de

realização de consultorias ou de programas internos nas organizações correm significativo risco de insucesso, uma vez que vêm com soluções prontas de outras realidades e momentos históricos.

Para a operacionalização de uma pesquisa e elaboração de diagnóstico, pode-se optar por ferramentas como entrevistas, questionários, análise de documentos, inventários, observação, entre outros. Os temas de gestão apresentados a seguir envolvem uma prática que deve se fundamentar em um diagnóstico (pesquisa) prévio da realidade da organização.

14.4.2. Análise de cargos

Segundo Chiavenato (2008, p. 199), "o cargo é uma composição de todas as atividades desempenhadas por uma pessoa (...) e que figura em certa posição formal do organograma da empresa". Os cargos de uma organização constituem um conjunto de tarefas ou atribuições e responsabilidades que definem a hierarquia e a forma de alcançar os objetivos da organização. Para a gestão de pessoas em uma organização, o cargo é um elemento iniciador de todas as suas atividades, pois desde a definição de contratação de uma pessoa, passando pela integração, os processos de desenvolvimento, a remuneração, o desempenho no trabalho, entre outros, é preciso haver clareza sobre as funções e atribuições de uma pessoa no contexto da organização. Ou seja, é fundamental conhecer o cargo que ela ocupa (Bohlander, 2003). É a partir do estudo do cargo que se identifica sua articulação com as estratégias da organização. O cargo que uma pessoa ocupa também é um importante elemento para o plano de carreira e a sucessão em uma organização, além de ter relação com a motivação e o desempenho no trabalho (Pontes, 1999).

14.4.2.1. Definição de cargos

Denomina-se **desenho de cargos** a definição da estrutura e dimensão de um cargo, ou seja, a delimitação de: a) um conjunto de tarefas ou atribuições que uma pessoa deve desempenhar – o conteúdo do cargo; b) um modo de execução das tarefas – métodos e processos de trabalho; c) um superior imediato do cargo e; d) cargos subordinados. O desenho de um cargo é elaborado a partir das atividades de descrição e análise de cargos. A **descrição de cargos** é a relação do que o ocupante do cargo faz, como faz, sob quais condições faz e por que faz (Chiavenato, 2008). A descrição relaciona de forma breve as tarefas, deveres e responsabilidades de um cargo, abordando somente os aspectos intrínsecos do cargo. Já a **análise de cargo** envolve os aspectos extrínsecos ao cargo, ou seja, o

que o cargo exige de seu ocupante – conhecimentos, habilidades e capacidades necessários para realizar as atividades inerentes ao cargo. Para a elaboração das atividades de descrição e análise de cargos, utilizam-se os seguintes métodos: observação direta; questionário, entrevista direta e métodos mistos.

Segundo Chiavenato (2008), existem alguns modelos de desenho de cargos,[18] que adotam metodologias específicas para a análise e descrição de cargos:

- modelo clássico ou tradicional;
- modelo humanístico ou de relações humanas;
- modelo contingencial;
- enriquecimento de cargos;
- abordagem motivacional ao desenho de cargos;
- equipes de trabalho.

14.4.2.2. Os cargos e sua relação com os demais processos de gestão de pessoas

Em uma organização os cargos devem refletir uma preocupação com a carreira e esclarecer o processo de sucessão. É importante que o cargo faça parte de um projeto de plano de cargos e vincule a esse plano o salário pertinente a uma trajetória profissional. Não apenas o salário, mas também o conteúdo do cargo são fatores que se relacionam com a motivação e a satisfação no trabalho, já que um cargo pode se apresentar como possibilidade de obtenção de novos conhecimentos, mobilizar as capacidades mentais do sujeito e gerar prazer pelas atividades realizadas (Palmeira, 2006).

Os objetivos para a implantação de um plano de cargos e salários podem ser:

- atender à premissa do equilíbrio interno/externo de uma organização, ou seja, entre o que a organização e o mercado de trabalho oferecem;
- servir como instrumento das oportunidades de trabalho e desenvolvimento em uma organização;
- tornar clara a política de cargos e salários;
- servir como base de um plano de carreira e para outros subsistemas de RH (treinamento e desenvolvimento, planejamento, recrutamento e seleção, remuneração);
- provocar motivação e estímulos para melhorar as qualificações profissionais;
- auxiliar nos processos de análise, descrição e avaliação de cargo.

[18] Para um conhecimento mais aprofundado de cada modelo, sugere-se a leitura do autor Chiavenato (2008).

Segundo Lucena (1995), para a elaboração de um plano de cargos, algumas etapas precisam ser percorridas, quais sejam: planejamento e divulgação de um plano para a organização como um todo; realização da análise e descrição dos cargos; desenvolvimento de uma pesquisa salarial; elaboração da estrutura salarial da organização; estabelecimento das políticas salariais e de remuneração; criação de um plano de carreira profissional; estabelecimento de um programa de participação nos lucros ou resultados. Como o cargo é um elemento importante para a realização da gestão de pessoas em uma organização, já que define as tarefas a serem realizadas por um trabalhador, as relações hierárquicas e a remuneração que receberá por seu desempenho, toda proposta de avaliação de cargos deve ser comunicada e envolver as pessoas que se relacionam com o cargo.

Atualmente, as tendências para a elaboração de um plano de cargos acompanham as transformações ocorridas no mundo do trabalho. É comum que um plano de cargos contemple poucos cargos para a estrutura hierárquica das organizações, conforme a demanda para a redução da extensão vertical dos organogramas, mas que esses cargos sejam amplos, ou seja, considerem uma diversidade de atividades e as competências requeridas nas diversas tarefas organizacionais. As mudanças nos conteúdos dos cargos e suas especificações tornam-se cada vez mais necessárias em um ambiente de mudanças e competitividade, assim, um plano de cargos deve sempre ser revisto e reelaborado, dado que o cargo é meio para a constituição de carreiras em uma organização.

14.4.3. Recrutamento e seleção

Sob a denominação recrutamento, seleção e acompanhamento estão aquelas atividades responsáveis pelos primeiros contatos da organização ou instituição com o trabalhador, desde sua atração no mercado de trabalho até a orientação em seu período de adaptação e, quando for o caso, seu desligamento.

O Planejamento de Recursos Humanos é a atividade básica que subsidia as ações dos psicólogos organizacionais, pois é ele que propicia aos indicadores avaliar a real demanda de profissionais, a força de trabalho existente e necessária para a execução das tarefas, bem como os diversos fatores relacionados ao serviço prestado. Com esse planejamento pode-se visualizar algumas opções, quando se trata de atender uma dada demanda em termos de recursos humanos: remanejamento de funcionários e/ou atividades; extinção de atividades com consequentes alterações funcionais; treinamento de pessoal para atender às demandas ou a procura de novos indivíduos que possam preencher as lacunas detectadas. Nesse

último caso é que se configura a necessidade de Recrutamento/Seleção/Acompanhamento.

14.4.3.1. Recrutamento

O processo de recrutamento consiste num conjunto de procedimentos que tem por objetivo atrair de forma precisa e seletiva, num dado nicho do mercado de trabalho ou da própria empresa, candidatos potencialmente capazes de atender às demandas dos cargos que se quer preencher, facilitando, assim, a etapa posterior de seleção. Por conta disso, envolve sempre uma análise e definição prévia do perfil do candidato adequado para o cargo, bem como a escolha certa dos meios e locais de divulgação e do público alvo que se quer atingir.

O recrutamento pode ser tanto externo, buscando-se candidatos no mercado de trabalho, como interno, isto é, voltado a atrair profissionais que já atuam na própria organização. Assim, cabe considerar os prós e os contras de cada um desses processos e avaliar qual seria o mais adequado aos objetivos e características da organização.

No recrutamento interno, o preenchimento das vagas se dará por remanejamento de pessoas, por meio de transferências, promoções etc. Tem a vantagem de ser, no mais das vezes, o meio mais rápido e menos custoso para a organização. Facilita o processo seletivo, uma vez que se trabalha, nesse caso, com características pessoais e desempenhos já conhecidos; motiva os trabalhadores, valorizando o quadro de pessoal; aproveita os investimentos já realizados nas pessoas. Como desvantagem, pode levar à maior competitividade entre os profissionais da empresa, desmotivar os não selecionados, entre outras coisas.

O recrutamento externo tem como principais fontes as universidades, agências de empregos ou consultorias, a mídia etc. Embora mais demorado e dispendioso, tem a vantagem de captar novos talentos com novas ideias para a organização, renovando e enriquecendo o quadro de pessoal. No entanto, opera-se nesse caso com características e desempenho desconhecidos; introduz-se nas equipes um elemento estranho, o que pode afetar sua rotina, entrosamento, desempenho, motivação, entre outros; requer uma fase de adaptação e, em alguns casos, treinamento desse novo profissional etc.

14.4.3.2. Seleção

O processo de seleção envolve uma avaliação dos candidatos, a partir da qual se dá a escolha daquele(s) mais adequado(s) à organização e ao cargo. Portanto, se

guia pela análise da compatibilidade das características individuais (capacidades, habilidades, conhecimentos, experiência etc.), por um lado, e das características organizacionais e do trabalho, por outro. Vale ressaltar que um processo seletivo inadequado implica, na maioria dos casos, prejuízo tanto para o desempenho como para a satisfação do trabalhador, ou seja, prejuízo tanto para a organização como para o trabalhador (Robbins, 2005, p. 398).

Um dos aspectos importantes do processo seletivo é a escolha dos instrumentos e técnicas de seleção.

Instrumentos para a seleção

Uma grande variedade de instrumentos encontra-se disponível hoje aos psicólogos. Nesse sentido, é importante analisar cuidadosamente cada um deles, verificando quais se ajustam às diferentes situações. Todos têm como atributo a propriedade de obter informações a respeito dos candidatos, auxiliando, portanto, a se determinar se e qual (ou quais) indivíduo(s) possui(em) as características (conhecimentos, habilidades, capacidade etc.) desejadas pela organização e apropriadas ao cargo. Lembrando que, a princípio, todo instrumento de avaliação é passível de falhas.

Há diversos instrumentos utilizados no processo seletivo: entrevistas, testes escritos, testes psicológicos, dinâmicas de grupos, jogos e simulações entre outros.

Há três tipos de entrevista: estruturada, semiestruturada e não estruturada ou aberta. Cada um dos tipos apresenta vantagens e desvantagens na identificação de características dos candidatos. Por exemplo, para cargos de gerência, a entrevista estruturada poderia limitar as possibilidades de coleta de informações, com prejuízos também para a interação com o candidato. A entrevista aberta pode ser mais útil para verificar o nível de motivação e as habilidades interpessoais dos candidatos

Os testes mais comuns são: os de inteligência, aptidão, habilidade (espacial, mecânica, motora etc.), interesse e integridade (que visam avaliar confiabilidade, atenção, responsabilidade e honestidade).

Os testes de simulação de desempenho estruturam situações que tentam reproduzir as condições de realização do trabalho, visando testar sua performance em relação aos requisitos do cargo. Os testes mais comuns de desempenho, segundo Robbins, seriam: a amostragem do trabalho (simulações de parte do trabalho ou de todo ele) e os centros de avaliação (conjunto elaborado de testes, nos quais são aplicados, durante vários dias, exercícios que simulam os problemas reais que o indivíduo poderá enfrentar no seu trabalho). O primeiro seria mais

adequado para trabalhos rotineiros e o segundo mais indicado para seleção de pessoal administrativo.

Outro recurso hoje amplamente utilizado para avaliar os candidatos, seu comportamento em equipe, aspectos de liderança, comunicação, personalidade, valores etc. são as dinâmicas de grupo.[19]

14.4.4. Treinamento e desenvolvimento de pessoas

Num mundo globalizado e competitivo, as organizações dependem cada vez mais da qualificação de seus trabalhadores para alcançar seus objetivos. Daí a importância não só dos processos de treinamento pontuais, como também do desenvolvimento das pessoas envolvidas diretamente com a organização.

As atividades de treinamento visam manter os trabalhadores capacitados tanto para executar atividades presentes quanto para atividades de trabalho a serem implementadas num curto prazo. Assim, o treinamento mantém seu foco no cargo, isto é, consiste num processo educacional de curto prazo, voltado para o presente, especificamente, para competências, conhecimentos, habilidades e atitudes exigidos pelo cargo, buscando assim uma alteração comportamental do indivíduo que é treinado. Já os processos de desenvolvimento mantêm seu foco na pessoa, no trabalho em equipe e na estrutura organizacional como um todo, ou seja, são experiências de aprendizado não necessariamente voltadas para o cargo atual e demandas organizacionais imediatas, mas que proporcionam oportunidades para expansão do potencial e o crescimento profissional (carreira e desenvolvimento pessoal) e, consequentemente, para o desenvolvimento da própria organização.[20]

Para cada um deles, diversas formas de operacionalizar o processo são indicadas.[21]

14.4.4.1. Treinamento

A atividade de treinamento é composta por quatro etapas, as quais formam o ciclo do treinamento. São elas: o diagnóstico das necessidades de treinamento, o planejamento do programa de treinamento, a condução do programa de treinamento e avaliação dos resultados do treinamento.

---

[19] Para uma análise mais apurada dos temas recrutamento e seleção, sugere-se a leitura de Camacho (1984), Spector (2006), Goulart e Sampaio (1998), Chiavenato (2008), Araujo (2006), Bohlander (2003)

[20] Para uma análise crítica dos processos de treinamento e desenvolvimento, ver: Faria e Leal (2007, p. 167-189).

[21] Para uma leitura aprofundada sobre os temas, sugere-se: Borges-Andrade, Abbad e Mourão (2006), Boog (1999, 2001), Spector (2006), Chiavenato (2008), Faria e Leal (2007) e Camacho (1984).

O **diagnóstico de necessidades de treinamento** se constitui no conjunto de atividades que visam detectar os problemas existentes e suas interações, identificando aqueles que são decorrentes de problemas de competências, conhecimentos, habilidades e atitudes e que são passíveis de solução imediata por meio de treinamento. Deve-se destacar das informações obtidas no Diagnóstico Organizacional (vide Seção 14.3.1.), aquelas que se referem à necessidade de preparo do pessoal para o almejado desempenho organizacional. Assim, essa etapa consiste no diagnóstico da situação, focalizando, principalmente, três aspectos: pessoal, grupal ou organizacional. Nesse levantamento, uma série de problemas são detectados e nem todos terão sua solução indicada em termos de treinamento. A triagem dos problemas passíveis de solução via treinamento é a etapa seguinte. Tradicionalmente fala-se em três níveis para efetuar o levantamento de necessidades: nível organizacional, nível operacional, nível individual. No nível organizacional buscam-se informações em relação a diretrizes e metas da organização, normalmente estabelecidas pelos dirigentes, e para cuja realização o preparo de recursos humanos se mostre necessário. É importante buscar informações que situem a empresa no contexto global, tais como aquelas referentes à sua implantação e desenvolvimento. Nesse sentido, há dois focos de análise: interno e externo. No nível operacional focaliza-se determinado grupo de operações/departamentos que possibilitem visualizar seu funcionamento na organização. Em geral, se centraliza a atenção nas atividades que são cruciais para a execução dos serviços. No nível individual, busca-se identificar dificuldades específicas apresentadas pelos indivíduos ou potencialidades a serem desenvolvidas para posterior aproveitamento; uma fonte importante para tais informações é a Avaliação de Desempenho.

Uma vez identificadas as necessidades de treinamento, a etapa seguinte consiste no **planejamento do programa de treinamento**, a qual envolve determinar: a) público-alvo, b) objetivos; c) conteúdo; d) métodos; e) instrutor(es); f) recursos instrucionais; g) local, data e horários; h) custos. Os programas refletem a proposta global de treinamento envolvendo, normalmente, planejamento anual, e são constituídos por diversos Projetos, que especificam as áreas atendidas.

Em relação à **condução do programa de treinamento**, é importante frisar que devem ser tomadas, na medida do possível, todas as providências necessárias para que ele ocorra conforme o planejado. Deve-se confeccionar o material didático em tempo hábil bem como providenciar os demais recursos materiais.

O cronograma de execução é o elemento norteador do processo, e um *check-list* pode auxiliar as tarefas de execução.

Alguns exemplos das principais técnicas de treinamento hoje empregadas são: *on the job training; outdoor training* – treinamento experiencial; palestras; debate cruzado; estudo dirigido; instrução programada; painel; seminário etc.

A **avaliação dos resultados do treinamento** pode ser realizada de diversas formas. O objetivo é identificar os resultados obtidos com o treinamento, fornecendo *feedback* tanto em relação às diversas etapas da execução, como em relação ao planejamento e ao diagnóstico realizado. As opções para avaliação são variadas, mas giram em torno de alguns pressupostos básicos: focalizar o processo ou o produto do treinamento. A avaliação de processo ocorre ao longo do curso, com a finalidade de buscar informações que permitam aprimorar o andamento do treinamento atual bem como dos treinamentos futuros. A avaliação de produto é realizada ao final do treinamento, com o objetivo de mensurar os resultados alcançados: mensurar aprendizagem, mudanças etc. Em linhas gerais, essa avaliação pode ser feita em três níveis:

- Nível organizacional: aumento da eficácia, melhoria da imagem da empresa, do clima organizacional e dos relacionamentos etc.
- Nível dos recursos humanos: redução da rotatividade e absenteísmo, aumento da eficiência individual e das habilidades, elevação do conhecimento, mudança de atitudes e comportamentos etc.
- Nível das tarefas e operações: aumento da produtividade e da qualidade de produtos e serviços, melhor atendimento a clientes, redução do índice de acidentes e manutenção, redução de queixas, redução de desperdício etc.

14.4.4.2. Desenvolvimento de pessoas

O desenvolvimento de pessoas envolve um conjunto de experiências de aprendizagem, não necessariamente voltadas para o cargo atual, que oportunizam o desenvolvimento pessoal e o crescimento profissional.

As principais estratégias organizacionais hoje empregadas no desenvolvimento de pessoal são:[22]

[22] No campo do Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas, hoje é importante ao menos citar algumas das novas tendências, como: o ensino à distância; o *e-learning*; os treinamentos comportamentais; a educação corporativa (Universidade Corporativa); o desenvolvimento e a gestão por competências (aprender a aprender, comunicação e colaboração, raciocínio criativo e resolução de problemas, conhecimento tecnológico, conhecimentos de negócios globais, desenvolvimento da liderança, autogerenciamento da carreira); os programas *trainee*; a gestão do conhecimento (organizações de aprendizagem.) etc. Dados os limites deste capítulo, não poderemos nos ater em cada uma delas.

- rotação de cargos (job rotation);
- estágios de assessoria;
- aprendizagem prática;
- participação em comissões/projetos;
- tutoria (*coaching*, *counseling*, *mentoring*).

14.4.5. Avaliação de desempenho

A Avaliação de Desempenho[23] é um poderoso instrumento de feedback para toda a organização. Serve, nesse contexto, a diversos propósitos. Executivos, por exemplo, utilizam-se da avaliação de desempenho para embasar a tomada de importantes decisões na área de recursos humanos, como promoções, transferências e desligamentos. Além do mais, atendem à finalidade de: identificar necessidades de programas de treinamento e desenvolvimento, bem como avaliar a eficácia de programas já realizados; fornecer critérios de validação de programas de seleção de pessoas, avaliando o desempenho de pessoal recém-contratado; fornecer *feedback* aos funcionários quanto à percepção da organização acerca do seu trabalho; subsidiar remanejamentos (promoções, transferências etc.) e alocação de recompensas (premiações, bônus, aumentos etc.), dentre outros[24] (Robbins, 2005, p. 404).

As principais questões que se fazem presentes, quando se trata de pensar processos de avaliação são: quais devem ser os critérios de avaliação (o que avaliar?) Quem deve avaliar? Quais ferramentas (técnicas) de avaliação adotar?

14.4.5.1. O que avaliar

Para o Robbins (idem, p. 405-406), aquilo que avaliamos tem sempre muita influência sobre o comportamento do trabalhador. Se um trabalhador qualquer é avaliado pelo número de entrevistas que realiza e não pelos resultados que deveria obter com as mesmas, ele pode considerar muito mais importante a realização mecânica dessa atividade (quanto mais melhor) e não na sua qualidade e resolutividade (os resultados obtidos).

Existem dois aspectos de avaliação mais comuns: produto e processo. Quanto ao produto, pode-se focalizar os resultados da tarefa (produtividade, propriamente dita), comportamentos específicos relacionados à tarefa, tais como, rapidez,

[23] Para uma leitura aprofundada sobre o tema, ver: Bergamini e Beraldo (2007), Lucena (1995), Pontes (2007), Chiavenato (2008).

[24] A despeito de sua considerável importância organizacional, o processo de avaliação de desempenho tem sido alvo de críticas e experiências frustradas tanto no setor público como no setor privado.

assiduidade, pontualidade etc., sendo que esses resultados podem ser analisados numa perspectiva individual, grupal, organizacional ou mesmo focalizando a clientela. Já a análise do processo contribuirá para identificar as relações entre as tarefas, entre as unidades, os modos de execução da tarefa.

14.4.5.2. Quem deve avaliar

Normalmente, define-se que quem deveria avaliar o desempenho de todo e qualquer funcionário é o seu supervisor imediato, por ser tradicionalmente considerado uma fonte privilegiada de informações a esse respeito. No entanto, no contexto organizacional, além da chefia imediata, diversas outras pessoas também estão habilitadas a participar de um processo de avaliação, em alguns casos, com mais propriedade que o próprio supervisor direto. Seriam elas: 1) os colegas de trabalho, por conta de suas interações diárias e sua proximidade com o trabalho do sujeito avaliado, bem como pelo fato de não se reduzir a uma única avaliação; 2) o próprio avaliado, por meio de autoavaliação, estratégia essa que não só estimula a autonomia e a responsabilidade, como aprimora a percepção do trabalhador sobre seu próprio desempenho; 3) os subordinados imediatos, que, nos casos das chefias, fornecem informações significativas sobre o desempenho do líder; por último, 4) as chamadas avaliações de 360 graus, ou seja, avaliações realizadas por todos aqueles que fazem parte do círculo de trabalho diário do funcionário, independentemente da posição que ocupam no quadro de pessoal da empresa. Esse último tipo de avaliação tem sido amplamente utilizado hoje, principalmente por aquelas organizações que adotam esquemas de trabalho em equipe, estilos de gestão que estimulam o envolvimento do trabalhador e programas de qualidade total (Robbins, 2005, p. 406-407).

Bergamini (2007) classifica os métodos de avaliação de desempenho, de acordo com quem a realiza: a) a avaliação direta (realizada pelo superior imediato); b) a avaliação conjunta (realizada pelo trabalhador e seu supervisor) e c) autoavaliação.

14.4.5.3. Que técnicas adotar

As principais técnicas de avaliação de desempenho utilizadas são (Bergamini, 2007, p. 407-409):

- Relatórios escritos: relato escrito em que o(s) avaliador(es) indica(m) os pontos positivos e negativos dos aspectos avaliados, o potencial do trabalhador, sugestões para melhoria no desempenho etc.;

- Incidentes críticos: relato escrito em que o(s) avaliador(es) focaliza(m) os comportamentos que estariam entre dois extremos de eficácia na realização da tarefa ou trabalho: mais eficaz e menos eficaz e ineficaz;
- Escalas gráficas de mensuração: estratégia bastante popular, dada sua facilidade de aplicação, por meio da qual se avalia o funcionário utilizando-se de uma lista de fatores de desempenho (qualidade do trabalho, conhecimento, cooperação, comparecimento, iniciativa, espírito de cooperação etc.), atribuindo-se, a cada fator, um dado valor dentro de uma determinada escala. Por exemplo, numa escala de 1 a 5, em que 1 consiste numa classificação bem ruim para o aspecto avaliado e 5 numa classificação bem positiva;
- Escalas de mensuração com Âncora Comportamental: combinam os elementos da técnica dos incidentes críticos com os elementos da escala gráfica de mensuração;
- Comparações multipessoais: avaliam o desempenho de um funcionário em comparação com o desempenho de um ou mais indivíduos.

14.5. SAÚDE E TRABALHO

14.5.1. Saúde mental, qualidade de vida e trabalho

As transformações ocorridas na sociedade nas últimas décadas alteraram diretamente a esfera do trabalho, os trabalhadores e as organizações, afetando significativamente as oportunidades de emprego, as profissões, as condições, os meios e as relações de trabalho e, consequentemente, o bem-estar físico e emocional do trabalhador.

> O trabalhador tem de conviver com altos índices de desemprego, com as demandas do próprio trabalho, com a forte pressão por maior produtividade em função da competitividade de uma economia globalizada, na qual a concorrência é a tônica do capitalismo atual. A intensificação do ritmo, a padronização, o empobrecimento dos gestos, a sensação de descartabilidade, a ausência de significado do trabalho, a competição com os outros trabalhadores pela produtividade, a submissão ao ritmo da produção e a vigilância das chefias e dos próprios colegas colocam o trabalhador em constante tensão, destruindo as possibilidades de um trabalho prazeroso (Vieira *et al*, 2003, p. 169-170).

Soma-se a isso a necessidade constante de adaptação do trabalhador às novas tecnologias, que evoluem numa velocidade cada vez maior, e às estratégias e programas de gestão, que entram e saem da moda cada vez com maior facilidade. Além disso, a fluidez das economias, dos mercados, dos produtos, do consumo, da produção, das tecnologias, das estratégias gerenciais, dos cargos e das profissões produz nos trabalhadores a necessidade angustiante de qualificação constante e a instabilidade nas carreiras. Por outro lado, ainda, as condições de trabalho e o contexto econômico-social desfavorável levam esses mesmos trabalhadores a terem de adotar jornadas duplas ou até triplas de trabalho. E a despeito das novas tecnologias de produção e de gestão de pessoas, é cada vez maior o número de trabalhadores insatisfeitos com o seu emprego, com a organização em que trabalham, com a sua rotina, com o subaproveitamento das suas potencialidades etc. De fato, ao que parece, o trabalho hoje tem sido muito mais motivo de sofrimento do que fonte de desenvolvimento e realização.

Nesse contexto, é de se esperar que o trabalhador adoeça, pois esses fatores têm impacto direto sobre a sua saúde física e mental. Dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) apontam que, em todo o mundo, 160 milhões de pessoas padecem de males associados ao trabalho e pelo menos 2,2 milhões de indivíduos morrem por ano em função de doenças laborais e acidentes provocados pelas más condições de trabalho. Entre as enfermidades mais frequentes estão os transtornos mentais (como depressão, ansiedade e síndrome do pânico), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), cardiopatias, dores crônicas e problemas circulatórios. Só no Brasil, os gastos da Saúde Pública relacionados às licenças médicas, à rotatividade de funcionários, à queda na produtividade e ao absenteísmo no trabalho dos empregados com registro em carteira chegam a R$80 bilhões, o que representa 3,5% do PIB nacional. Os números da Previdência e Assistência Social revelam que em 2006 cerca de 140 mil trabalhadores ficaram longe de seus empregos por mais de 15 dias consecutivos em função de doença ocupacional e acidentes de trabalho. Um outro dado dessa entidade apontou que somente o setor bancário, entre 2000 e 2005, teria afastado 25 mil funcionários. Um estudo da médica do trabalho e pesquisadora da Universidade de Brasília Anadergh Barbosa Branco, com base nos benefícios concedidos pelo INSS de 2000 a 2004, revelou que 48,8% dos trabalhadores afastados das suas atividades por mais de 15 dias apresentaram transtorno de ordem mental, sendo a depressão a doença que mais afeta esses trabalhadores (Diálogos, 2007, p. 22-23).

A situação não é exclusividade do Brasil e deve ser encarada como um problema mundial e de ordem pública.

Desde a obra de Ramazzini, em 1700, intitulada *De Morbis Artificum Diatriba* (*Tratado das Doenças dos Artífices*), na qual relaciona 54 profissões e descreve os principais problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores, estudiosos têm demonstrado preocupações com as interações entre o trabalho e os processos de saúde-doença e apontado a necessidade de medidas preventivas ao adoecimento dos trabalhadores, como é o caso de Halliday, em 1828, que enfatizou as relações entre o adoecimento e as condições de trabalho, e de Chadwick, em 1857, que propunha medidas preventivas ao adoecimento dos trabalhadores, por meio de períodos adequados de descanso e diversão, sem o que o homem se tornaria uma simples máquina (Cardoso, 2003, p. 82).

De lá para cá, diversos foram os avanços científicos e políticos no campo da Saúde do Trabalhador. Desde a compreensão dos agentes e processos patogênicos no trabalho como na discussão de programas voltados a recuperação, prevenção e garantia do bem-estar físico e mental do trabalhador tanto no seu ambiente de trabalho como também fora dele. No entanto, ainda há muito que pesquisar, discutir e realizar nessa área. E as estatísticas sobre o adoecimento no trabalho são a maior prova disso.

Para Vasconcelos (2001, p. 23-35), se o campo da Administração (incluímos aí também a Psicologia) tem sido pródigo em desenvolver e recriar "novas" ferramentas conceituais e técnicas de gestão, por outro lado tem deixado a desejar na produção de conhecimentos e ferramentas voltados à melhoria das condições de trabalho e da satisfação do trabalhador. E, diríamos também, voltados ao entendimento da relação entre saúde mental e trabalho e à promoção da saúde física e mental.[25]

Um campo de estudos e ações atualmente em voga nessa área refere-se à chamada Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), entendida em muitos casos como uma estratégia de gestão que pode transformar o ambiente de trabalho, essen-

[25] Segundo Jacques (2003), diversos fatores hoje estariam suscitando um maior interesse por parte dos psicólogos pelo campo da saúde do trabalhador. No entanto, segundo a autora, o que se tem constatado, de fato, nessa área seria uma imprecisão teórico-metodológica face o desconhecimento do tema. Para Jacques, isso acarretaria combinações ingênuas de conceitos e técnicas baseadas em fundamentos epistemológicos distintos. Ou seja, um empréstimo de conceitos e técnicas sem qualquer reflexão acerca das diferentes concepções de homem, de mundo, de ciência e de pesquisa que lhes dão sustentação. Para clarear a questão, a autora identifica quatro grandes abordagens teórico-metodológicas no campo dos estudos acerca das relações entre saúde mental e trabalho, tomando como critério de distinção o referencial teórico, a metodologia proposta e a inter-relação entre trabalho e a dinâmica saúde-doença. São elas: as teorias sobre estresse, a psicodinâmica do trabalho, as abordagens de base epidemiológica e/ou diagnóstica e os estudos e pesquisas em subjetividade e trabalho.

cialmente, em um local de desenvolvimento humano. Assim, qualidade de vida no trabalho tem sido diretamente associada à promoção da saúde do trabalhador.

14.5.1.1. Evolução do conceito de qualidade de vida no trabalho (QVT)

Em linhas gerais, a questão da qualidade de vida no trabalho tem sua origem junto às discussões propiciadas a partir da Revolução Industrial, referentes às más condições de trabalho e à forte pressão por produtividade a que estavam submetidos os trabalhadores naquela época. No século XX, em especial, diversos foram os autores que contribuíram para os avanços no estudo da qualidade de vida no trabalho. A partir das pesquisas realizadas na Western Electric Company, Hawthorne, Chicago, no início da década de 1920, Elton Mayo contribui para os estudos do comportamento humano, das relações interpessoais, do papel do grupo e da motivação e satisfação dos trabalhadores para obtenção de resultados positivos no trabalho e, assim, para os estudos sobre a qualidade de vida do trabalhador. Merecem destaque ainda naquele século os estudos sobre motivação de Abraham Maslow, Douglas McGregor e Frederick Herzberg, todos eles sempre considerados nos programas de QVT.

No entanto, o tema "qualidade de vida no trabalho" só teria aparecido na literatura há três décadas apenas. A década de 1970 teria sido um marco no desenvolvimento da QVT, ao ter como preocupação a saúde, a segurança e a satisfação do trabalhador, conforme indica Cardoso (2003 p. 83):

> A partir dos anos 70, com o resgate do trabalho como enobrecedor, significativo e como canal para a realização pessoal, crescimento profissional, alcance de recompensas intrínsecas e extrínsecas, foi possível o desenvolvimento de novas habilidades e ampliação do potencial de cada trabalhador (...). No início dos anos 1980 ocorreu a apologia da dedicação exaustiva, os "workaholics", tendo o trabalho como prioridade e a abdicação do lazer e prazer como metas, trazendo como consequência o stress. (...) A QVT procura, atualmente, resgatar a humanização do ambiente total da empresa, com destaque para o cargo, interações e políticas da organização. A ênfase da QVT é um maior equilíbrio entre trabalho e lazer, resultando em melhor qualidade de vida (Cardoso, idem, p. 86).

14.5.1.2. Conceituação

Conforme Albuquerque e França (1998, p. 41), o conceito de qualidade de vida no trabalho refere-se a um conjunto de ações implementadas por uma organização que visam melhoria e inovação gerenciais, tecnológicas e estruturais, dentro e fora do ambiente de trabalho, propiciando assim um contexto favorável ao desenvolvimento das pessoas.

Para esses autores, diversas têm sido as ciências a darem contribuições específicas para o campo da QVT, destacando-se: a saúde, a ecologia, a ergonomia, a psicologia, a sociologia, a economia, a administração e a engenharia. A partir das contribuições dessas ciências dois movimentos principais podem ser identificados na gestão da QVT. O primeiro, num nível individual, caracterizado pela ênfase na compreensão do estresse e de doenças associadas às condições do ambiente organizacional. O outro, num nível organizacional, refere-se à expansão do conceito de "qualidade total" em um mercado competitivo, não mais se restringindo a processos e procedimentos, mas sim voltando-se a aspectos comportamentais e à satisfação de expectativas individuais visando a obtenção de resultados organizacionais.

Segundo Albuquerque e França (*idem*, p. 42), no contexto do trabalho, esse primeiro movimento associa-se à ética da condição humana.

> Essa ética busca desde a identificação, a eliminação, a neutralização ou o controle dos riscos ocupacionais observáveis no ambiente físico, os padrões de relações de trabalho, as cargas física e mental requeridas para cada atividade, as implicações políticas e ideológicas, a dinâmica da liderança empresarial e do poder formal ou informal, até o significado do trabalho em si, o relacionamento e a satisfação no trabalho.

Já o segundo movimento enfatiza que o gerenciamento da qualidade numa empresa deve ser simultâneo ao gerenciamento da qualidade de vida.

> Não dá para falar em Qualidade Total se esta não abranger a qualidade de vida das pessoas no trabalho. O esforço que deve ser desenvolvido é o de conscientização, preparação de postura para a qualidade em todos os sentidos – produção, serviço, desempenho e qualidade de vida no trabalho. Trata-se de um estado de espírito. É necessária coerência em todos os enfoques. Os esforços empresariais devem, em última instância, conduzir a realização

> humana, ou seja, a qualidade só terá sentido se gerar qualidade de vida (Albuquerque e França, 1998, p. 42).

Enfim, a adoção de programas de qualidade de vida nas empresas propiciaria ao indivíduo e à empresa uma série benefícios. Para Silva e De Marchi (*apud* Vasconcelos, 2001, p. 28), esses programas propiciariam: aos trabalhadores, maior resistência ao estresse, estabilidade emocional, motivação e eficiência no trabalho, bem como melhor autoimagem e relacionamentos interpessoais; às organizações implicaria uma força de trabalho mais saudável, com menor índice de absenteísmo, rotatividade e acidentes, menor custo de saúde assistencial, maior produtividade e um melhor ambiente de trabalho.[26]

14.5.2. Segurança e saúde do trabalhador

Os trabalhadores passam significativo tempo de suas vidas no ambiente de trabalho, utilizando suas capacidades físicas e mentais para a realização de atividades. O aumento dos índices de acidente e adoecimento no trabalho, associados ao tempo de dedicação ao trabalho, à quantidade de energia investida no trabalho e à complexidade da dinâmica organizacional, têm chamado a atenção da sociedade, do governo e dos gestores para as questões relacionadas à saúde e segurança do trabalhador. Existem leis que garantem o direito à segurança e à saúde no trabalho, no entanto, é em função dos custos gerados pelos afastamentos e absenteísmo no trabalho que as organizações têm se mobilizado para o desenvolvimento de programas na prevenção de acidentes de trabalho e de doenças relativas ao trabalho e à saúde em geral.

A história dos processos de saúde e segurança no trabalho é marcada por muitas lutas e modestas conquistas. Embora no Brasil a primeira lei sobre acidentes de trabalho seja de 1919, foi com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em 1943, e com a constituição das Normas Regulamentadoras (NRs), em 1978, que as organizações passaram a se preocupar e desenvolver programas voltados para as questões de segurança e saúde no trabalho (Araujo, 2006).

14.5.2.1. Segurança no trabalho

A segurança no trabalho implica em "manter e assegurar que a estrutura da organização e os procedimentos executados durante a jornada de trabalho estejam corretos, ou seja, garantir que as pessoas se encontrem em um ambiente se-

[26] Para um aprofundamento do tema, ler: Limongi-França (2003); Sampaio (2004); Rodrigues (1994); Fernandes (1996).

guro" (Araujo, 2006, p. 191). Segundo Chiavenato (2008, p. 476), "a segurança do trabalho envolve três áreas principais de atividade: prevenção de acidentes, prevenção de incêndios e prevenção de roubos". A prevenção de acidentes e a administração de riscos ocupacionais são os principais focos para o desenvolvimento de um programa de segurança no trabalho. Para a elaboração de processos que envolvem a segurança no trabalho, alguns aspectos devem ser observados, como: identificação das principais causas de acidentes; correção e manutenção da estrutura física da organização e do posto de trabalho; e a prevenção, redução e eliminação de acidentes (Araújo, 2006).

Um dos primeiros pontos que compõem as ações de segurança de uma organização é a informação – conhecer os processos de trabalho e os riscos inerentes de acidente pela execução das tarefas. Os incêndios também são um fator de preocupação com relação a acidentes de trabalho, e as organizações têm investido em ações para minimizar os riscos de incêndio, seja através do cumprimento das obrigações legais ou do desenvolvimento de ações relacionadas à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

Acidentes de trabalho

Para a elaboração de um programa de acidente de trabalho é preciso que todos os componentes da organização estejam envolvidos nos processos que garantam a segurança, principalmente os gestores da organização. Esses programas podem estar relacionados à certificação ISO 9000, que apresenta como uma das normas a criação de um sistema de higiene e segurança no trabalho (Série SHT 9000), ou podem ser desenvolvidos como um dos processos de gestão de pessoas (Araujo, 2006).

Segundo a Lei nº 8.213/1991 é considerado acidente de trabalho:

> o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (Brasil, 1991).

Segundo essa Lei, são acidentes de trabalho as doenças profissionais (aquelas produzidas ou desencadeadas pela atividade realizada) e as doenças do trabalho (aquelas desencadeadas em função das condições em que o trabalho é realizado e se relacione a ele diretamente), ambas descritas na relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social. Não são consideradas doenças do trabalho as doenças degenerativas, as inerentes a um grupo etário, as que não produzem

incapacidade laborativa e as doenças endêmicas adquiridas por um trabalhador segurado pela previdência social e que habita uma região em que a doença se desenvolva (desde que não se comprove que a doença seja resultado da exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho). Importante ressaltar que essa Lei determina que se a doença não estiver relacionada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social e ficar comprovado que ela tem relação com as condições de trabalho em que uma atividade é realizada, deve então também ser considerada acidente de trabalho, incluindo ainda os acidentes de trajeto.

A prevenção de acidentes de trabalho visa à redução e eliminação dos acidentes. Araújo (2006) propõe que o processo para elaboração de um programa de prevenção de acidentes deve contemplar as seguintes etapas: a) conscientização dos trabalhadores com relação aos riscos de acidentes; b) classificação dos acidentes – com afastamento e sem afastamento; c) esclarecimento sobre as principais causas de acidentes no trabalho; d) elaboração de medidas de prevenção e análise dos acidentes ocorridos, e; e) avaliação periódica das condições de risco e de acidentes de trabalho. Além disso, não se pode deixar de citar que a prevenção de incêndios é fator imprescindível para a prevenção de acidentes de trabalho.

Há diversas teorias que buscam compreender as causas e os fatores relacionados aos acidentes de trabalho.

Segundo Araujo (2006), Chiavenato (2008) e Bohlander *et al* (2003), a teoria da predisposição indica que existiriam alguns tipos de personalidade que predisporiam a acidentes. Em pesquisas não foi possível definir um conjunto de características que provocam mais acidentes, mas afirmava-se que eles estariam ligados a determinadas situações. Segundo Chiavenato (2008), as estatísticas assinalam que a faixa etária entre 18 e 27 anos seria a mais propensa a ter envolvimento de acidentes e que fatores como instabilidade emocional, pouca resistência à frustração e estresse têm significativa correlação com acidentes de trabalho. Entretanto, a ideia de predisposição a acidentes tem sido rechaçada a partir de diversos estudos.

Dentre as diversas teorias existentes, a mais difundida (comumente chamada de Teoria do Dominó) destaca as condições inseguras e os atos inseguros como as principais causas de acidente de trabalho, sendo o primeiro relacionado ao ambiente de trabalho e o segundo ao trabalhador. As condições inseguras envolvem: equipamento sem proteção e/ou defeituoso, procedimentos arriscados em máquinas ou equipamentos, armazenamento inseguro, iluminação e ventilação insuficientes ou impróprias, temperatura inadequada ao local de trabalho (muito

quente ou fria) e condições físicas ou mecânicas inseguras (zonas de perigo). Já os atos inseguros envolvem: carregar materiais pesados de maneira inadequada, trabalhar em velocidades inseguras, utilizar esquemas de segurança não funcionais, usar equipamento inseguro ou usá-lo inadequadamente, não usar procedimentos seguros, colocar-se em posição insegura, subir escadas ou degraus rapidamente e distração, negligência, brincadeiras no trabalho, entre outros (Chiavenato, 2008).

Outras teorias abordam o acidente como resultado da interação entre os fatores: ambiente, indivíduo e trabalho.

14.5.2.2. Saúde no trabalho

Segundo a literatura da área de gestão de pessoas (Araujo, 2006; Chiavenato, 2008; Bohlander, 2003), a saúde-doença nos ambientes de trabalho estaria relacionada com as condições ambientais que podem promover o adoecimento, com os fatores causadores de doença, inerentes ao trabalho, bem como com o sistema para prevenção, redução e eliminação das causas nocivas. Alguns elementos identificados como causadores de acidentes de trabalho, como aqueles presentes em condições inseguras e atos inseguros, também são promotores de doenças relacionadas ao trabalho. Chiavenato (2008, p. 470) insere os elementos da saúde no trabalho no conceito de higiene do trabalho. Para ele a "higiene do trabalho está relaciona com as condições ambientais de trabalho que assegurem a saúde física e mental e com as condições de saúde e bem-estar das pessoas". Um programa de higiene do trabalho envolve o ambiente físico de trabalho (iluminação, ruído, ventilação, temperatura e conforto), o ambiente psicológico do trabalho (relacionamentos humanos, tipo de atividade, estilo de gerência, fontes de estresse e envolvimento com o trabalho), princípios de ergonomia (máquinas, equipamentos, mesas, instalações e ferramentas de trabalho adequados) e a saúde ocupacional.

14.5.2.3. Programa de saúde e segurança no trabalho

A legislação sobre saúde e segurança no trabalho prevê que toda empresa que tiver empregados regidos pela CLT deve estar em conformidade com as Normas Regulamentadoras (NRs). Quando a empresa tiver mais de 50 funcionários deve formar uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), que tem como uma de suas funções auxiliar a inspeção sobre as condições de trabalho e promover ações preventivas para as questões de segurança e saúde no trabalho. Assim, sabe-se que muitas empresas desenvolvem programas de saúde e segurança no

trabalho para cumprir a lei, mas não relacionam esses programas às questões estratégicas da empresa. Entretanto, existem empresas que sofrem com as consequências dos afastamentos no trabalho e entendem que os altos custos com os acidentes impactam nos resultados da organização. Essas empresas desempenham certo esforço para a elaboração de programas de saúde e segurança no trabalho com vistas a reduzir e prevenir os acidentes e as doenças relativos ao trabalho.

Os programas de saúde e segurança no trabalho geralmente são desenvolvidos de acordo com o sistema de gestão de pessoas da organização e sofrem influências da cultura organizacional. O fato de terem de cumprir as leis e seu desenvolvimento também faz as organizações terem direcionamentos específicos para a elaboração desses programas, sendo que cada vez mais se encontram, juntamente com ações para a promoção da saúde e redução de acidentes de trabalho, atividades voltadas para a promoção da qualidade de vida. Outro aspecto levado em consideração para a elaboração dos programas de saúde e segurança no trabalho é a responsabilidade social corporativa.

Segundo Araújo (2006), as etapas para a implantação de um sistema de saúde e segurança no trabalho são:

- compromisso da alta direção e definição da política para a promoção da saúde e prevenção de acidentes de trabalho;
- definição de uma coordenação responsável pela implementação do sistema de saúde e segurança no trabalho;
- diagnóstico da situação presente da saúde e segurança no trabalho;
- preparação de um cronograma para o processo de implementação do sistema;
- difusão da política e seus objetivos em todos os níveis hierárquicos da empresa;
- formação de equipes de trabalho que divulgue e operacionalize as propostas do programa;
- promoção de um processo de higiene, organização e limpeza em todas as áreas da empresa;
- elaboração de um manual de saúde e segurança no trabalho;
- elaboração e implementação de procedimentos e instruções relativas à saúde e segurança no trabalho;
- realização de auditorias internas e avaliação constantes do programa e ações de saúde e segurança no trabalho.

Atualmente, busca-se diversificar os recursos utilizados para a promoção de saúde e segurança no trabalho, com o intuito de conseguir mais adesão e estender os resultados das ações propostas a todos os integrantes da organização. É cada vez mais comum a utilização de palestras, internet e sistemas de informática para a operacionalização das ações para a promoção da saúde e segurança no trabalho.

14.6. ATUALIZAÇÕES E REFLEXÕES SOBRE PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL E DO TRABALHO

Como se pode observar, ao longo do presente capítulo, os concursos na área da Psicologia Organizacional e do Trabalho hoje contemplam com bastante frequência os temas tradicionais desse campo. De fato, os tópicos abordados aqui constituiriam um conjunto temático comum aos principais concursos na área, realizados no Brasil nos últimos anos, e definiria o perfil central do psicólogo que se quer selecionar. De acordo com Zanelli (2004, p. 474), trata-se do núcleo clássico de atividades do psicólogo no contexto do trabalho, especialmente, no campo organizacional, o qual predomina já há algumas décadas e definiria o espaço e o escopo central de sua atuação. Outras atividades não diretamente vinculadas ao modelo mais tradicional de atuação do psicólogo nessa área estariam atualmente sendo agregadas, em função das profundas transformações na esfera do trabalho humano na sociedade contemporânea. Atividades essas também contempladas em alguns concursos. No entanto, dado os limites deste capítulo, optamos ao longo do texto por abordar os temas de maior frequência nos atuais concursos, e que ainda hoje constituem o campo das reflexões e ações tradicionais do psicólogo no contexto organizacional e do trabalho, procurando indicar e discutir, ainda, quando fosse o caso, as atualizações nesses mesmos campos.

14.7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Lindolfo G. de; FRANÇA, Ana C. L. "Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total." In: *Revista de Administração*. São Paulo, vol. 33, nº 2, p. 40-51, abril/junho 1998.

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortes, 2005.

ARAUJO, Luis César G. de. *Gestão de Pessoas – Estratégias e Integração Organizacional*. São Paulo: Atlas, 2006.

BERGAMINI, Cecília e CODA, Roberto (orgs.). *Psicodinâmica da Vida Organizacional*. São Paulo: Pioneira, 1990.

BERGAMINI, Cecília W. *Psicologia Aplicada à Administração de Empresas*. São Paulo: Atlas, 1992.
_____. *O Líder Eficaz*. São Paulo: Atlas, 2002.
_____. *Motivação nas Organizações*. São Paulo: Atlas, 2006.
BERGAMINI, Cecília W. e BERALDO, Deobel G. R. *Avaliação de desempenho humano na empresa*. São Paulo: Atlas, 2007.
BIRCHAL, Sérgio de O.; MUNIZ, Reynaldo M. "A lógica do capitalismo e o trabalho humano". *In*: GOULART, Íris B. (org.). *Psicologia Organizacional e do Trabalho: Teoria, Pesquisa e Temas Correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
BOHLANDER, G. *et al*. *Administração de Recursos Humanos*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.
BONFIM, Antonio C. F. "As Peculiaridades Ontológicas Comuns À Mediação do Trabalho". In: MENEZES, Ana M. D.; FIGUEIREDO, Fabio F. (orgs.). *Trabalho, Sociabilidade e Educação: uma crítica à ordem do capital*. Fortaleza: Editora UFC, 2003.
BOOG, Gustavo G. (coord.). *Manual de treinamento e desenvolvimento ABTD*. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 1999.
_____. *Manual de treinamento e desenvolvimento: um guia de operações*. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2001.
BORGES-ANDRADE, Jairo E., ABBAD, Gardênia da Silva, MOURÃO, Luciana e colaboradores. *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
BORGES, Lívia de O.; YAMAMOTO, Oswaldo H. "O Mundo do Trabalho". *In*: ZANELLI, José C.; BORGES-ANDRADE, Jairo E.; BASTOS, Antonio V. B. (orgs.). *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
BRASIL, Lei nº 8.213. 24 de julho de 1991.
CAMACHO, Joel. *Psicologia Organizacional – uma abordagem sistêmica*. São Paulo: EPU, 1984.
CARDOSO, Wilma L. C. D. "Qualidade de Vida e Trabalho: uma articulação possível". *In*: GUIMARÃES, Liliana A. M.; GRUBITS, Sonia (orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. Vol. I. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
CHIAVENATO, Idalberto. *Recursos Humanos*. São Paulo: Atlas, 2002.
_____. *Gestão de Pessoas*. Rio de Janeiro: Campus, 2004.
_____. *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2008.
CODO, Wanderley *et al*. "Saúde Mental e Trabalho". *In*: ZANELLI, José Carlos *et al*. *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
Diálogos. Psicologia Organizacional e do Trabalho: sua evolução, os desafios e os novos rumos. Ano 4 – nº 5 – Dezembro/2007, p. 22-23.
FARIA, José Henrique de. *Economia Política do Poder*. Vols. 1 e 2. Curitiba: Juruá, 2004.

_____.; LEAL, Anne P. "Do treinamento à Universidade Coorporativa: ideologia, dominação e controle". In: *Análise Crítica das Teoria e Práticas Organizacionais*. São Paulo: Atlas, 2007.

FERNANDES, Eda Conte. *Qualidade de Vida no Trabalho – como medir para melhorar.* Salvador, BA: Casa da Qualidade, 1996.

FIGUEIREDO, Marco A. de Castro. *O trabalho alienado; o psicólogo do trabalho: algumas questões sobre o papel do psicólogo no controle da produção capitalista*. São Paulo: EDICON, 1989.

FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. S. *Cultura e Poder nas Organizações*. São Paulo: Atlas, 1996.

FREITAS, M. E. de. *Cultura Organizacional: identidade, sedução e carisma?* São Paulo: FGV, 1999.

_____. *Cultura Organizacional*. São Paulo: Thomson Pioneira, 2007.

FREITAS, Sylvia M. P. de. *A Psicologia no contexto do trabalho: uma análise dos saberes e dos fazeres*. Dissertação de Mestrado. PUC-RS. Porto Alegre, 2002.

FURTADO, Odair. "Psicologia e relações de trabalho: em busca de uma leitura crítica e uma atuação compromissada". In: BOCK, Ana M. B. (org.). *A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia*. Petrópolis: Vozes, 2003.

GONDIM, Sonia M. G.; SILVA, "Narbal – Motivação no Trabalho". In: ZANELLI, José C.; BORGES-ANDRADE, Jairo E.; BASTOS, Antonio V. B. (orgs.). *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GOULART, Íris B. "Desenvolvimento de equipes de trabalho". *In*: GOULART, Íris B. (org.). *Psicologia Organizacional e do Trabalho: Teoria, Pesquisa e Temas Correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____.; GUIMARÃES, Renata F. "Cenários contemporâneos do mundo do trabalho". In: GOULART, Íris B. (org.). *Psicologia Organizacional e do Trabalho: Teoria, Pesquisa e Temas Correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____. e SAMPAIO, Jader dos Reis (orgs.). *Psicologia do Trabalho e Gestão de Recursos Humanos: estudos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

HOFSTED, G. *Culture's consequences: international differences in work related values*. Beverly Hills: Sage, 1980.

JACQUES, Maria da G. C. *Abordagens Teórico-Metodológicas em Saúde/Doença Mental; Trabalho*. Psicologia; Sociedade, 15 (1), jan./jun. 2003, p. 97-116.

JOHSON, Allan G. *Dicionário de Sociologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LAPIERRE, Laurent (coord). *Imaginário e Liderança – na sociedade, no governo, nas empresas e na mídia*. São Paulo: Atlas, 1995.

LESSA, Sergio. *Mundo dos Homens: trabalho e ser social*. São Paulo: Boitempo, 2002.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. *Qualidade de Vida no Trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial*. São Paulo: Atlas, 2003.

LUCENA, Maria Diva da Salete. *Planejamento de Recursos Humanos*. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

_____. *Avaliação de Desempenho*. São Paulo: Atlas, 1995.
LUZ, R. *Gestão do clima organizacional*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003.
MACARIO, Epitácio. "Trabalho e Mediação Social". *In*: MENEZES, Ana M. D.; FIGUEIREDO, Fabio F. (orgs.). *Trabalho, Sociabilidade e Educação: uma crítica à ordem do capital*. Fortaleza: Editora UFC, 2003.
MAGNANTI, C. R. *Clima organizacional: um estudo de caso na indústria de recondicionamento de pneumáticos. Florianópolis*, 2003. 221f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.
MELLO, M. S. O. *A qualidade do clima organizacional como variável interveniente no desempenho humano no trabalho: um estudo de caso da empresa Herbarium*. Florianópolis, 2004. 429f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina.
MOSCOVICI, Fela. *Desenvolvimento Interpessoal: Treinamento em Grupo*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.
_____. *Equipes dão certo: a multiplicação do talento*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2002.
MOTTA, F. P.; CALDAS, M. (org.). *Cultura Organizacional e Cultura Brasileira*. São Paulo: Atlas, 1997.
NEVES, G. T. "Poder, Saúde e Cultura nas Organizações." *Revista de administração – INBRAPE*, Londrina, 2006.
PALAGANA, I.C. (1998) – *Individualidade: Afirmação e negação na sociedade capitalista*. São Paulo, Plexus.
PALMEIRA, M. "Gestão de Pessoas." *In*: BULGACOV, Sergio. *Manual de Gestão Empresarial*. São Paulo: Atlas, 2006.
PETIT, François e DUBOIS, Michel. *Introdução à Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Instituto Piaget, 1998.
PONTES, Benedito Rodrigues. *Administração de Cargos e Salários*. São Paulo: Editora LTR, 1999.
_____. *Avaliação de Desempenho: métodos clássicos e contemporâneos, avaliação por objetivos, competência e equipes*. São Paulo: LTR, 2008.
ROBBINS, Stephen P. *Comportamento Organizacional*. 11. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.
RODRIGUES, Marcus Vinícius Carvalho. *Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
SAMPAIO, Jáder dos Reis (org.). *Qualidade de Vida no Trabalho e Psicologia Social*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004
SCHEIN, Edgar H. *Guia de sobrevivência da cultura corporativa*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.
SPETOR, Paul E. *Psicologia nas organizações*. São Paulo: Saraiva, 2006.
TAMAYO, A.; LIMA, D.; SILVA, A. *Impacto do clima organizacional sobre o stress no trabalho*. ENANPAD 2002.

TEIXEIRA, Francisco J. S.; OLIVEIRA, Manfredo A. *Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortes, 1996.
TEIXEIRA, J. E. "Clima organizacional: empregados satisfeitos fazem bem aos negócios." In: BOOG, G. e BOOG, M.TÍTULO DO LIVRO, Vol. II. p. 571-591. São Paulo: Gente, 2002.
VASCONCELOS, Anselmo F. *Qualidade de Vida no Trabalho: origem, evolução e perspectivas. Caderno de Pesquisas em Administração*. São Paulo, v. 08, nº 1, janeiro/março 2001, p. 23-35.
VIEIRA, Lucélia C.; GUIMARÃES, Liliana A. M.; MARTINS, Daniela de A. "O Estresse Ocupacional em Enfermeiros". In: GUIMARÃES, Liliana A. M.; GRUBITS, Sonia (orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. Vol. I. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
WAGNER III, John A.; HOLLENBECK, John R. *Comportamento Organizacional – criando vantagem competitiva*. São Paulo: Saraiva, 2003.
ZANELLI, José C. *et al*. "Processos Organizacionais". In: ZANELLI, José C.; BORGES-ANDRADE, Jairo E.; BASTOS, Antonio V. B. (orgs.). *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2004a.
_____. "Inserção Profissional do Psicólogo em Organizações e no Trabalho". In: ZANELLI, José C.; BORGES-ANDRADE, Jairo E.; BASTOS, Antonio V. B. (orgs.). *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2004b.

14.8. QUESTÕES

1. (Nucepe/MPE-PI/Analista Ministerial/Psicólogo/2009) No preenchimento de cargos de chefia, a vantagem do recrutamento interno sobre o recrutamento externo é o fato de ele:

a) ser mais criterioso;
b) ser mais barato;
c) oferecer mais alternativas aos recrutadores;
d) oferecer mais garantia de resultados;
e) ser mais previsível.

2. (Nucepe/MPE-PI/Analista Ministerial/Psicólogo/2009) Considerando que um dos objetivos centrais dos processos de recrutamento de pessoal é atrair pessoas competentes que se adaptem e permaneçam nos cargos para os quais foram selecionadas, qual seria a atitude correta na comunicação sobre as condições de trabalho na empresa?

a) Dar ênfase aos aspectos positivos do novo cargo.
b) Realçar os desafios e as dificuldades do cargo.
c) Apresentar com a mesma ênfase os aspectos positivos e os negativos do cargo.
d) Falar pouco sobre a empresa para não gerar expectativas.
e) Falar hipoteticamente sobre as condições de trabalho para testar as reações do candidato.

3. (Cesgranrio/BNDES/Psicólogo/2009) A melhor maneira de conceituar o tipo de seleção por processo de comparação é representá-lo como uma relação entre duas variáveis: requisitos do cargo (X) e característica do candidato (Y). Nessa perspectiva, analise os itens a seguir.

I. X > Y
II. X = Y
III. X < Y

Considera(m)-se condição(ões) ideal(ais) apenas o(s) item(ns):

a) I.
b) II.
c) III.
d) I e II.
e) II e III.

4. (Idecan/Pref. Pedra Bonita-MG/Supervisor de Recursos Humanos/2010) Sobre o contexto empresarial organizacional, marque V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas:

( ) Deve-se preocupar com o tipo de motivação da qual o candidato vem munido na hora em que se inscreve como futuro empregado.
( ) Deve-se avaliar até que ponto ele poderá encontrar, dentro da empresa, real atendimento às suas necessidades motivacionais.
( ) Nunca se deve enganar um candidato para atraí-lo à empresa, prometendo-lhe benefícios que, na realidade, nunca chegará a receber.
( ) A seleção de pessoal deve, portanto, propiciar a escolha em duplo sentido: da empresa para com o candidato e também do candidato para com a empresa.

A sequência está correta em:

a) F, V, F, V;
b) F, F, V, V;
c) V, V, F, F;
d) V, F, V, F;
e) V, V, V, V.

5. (Idecan/Pref. Pedra Bonita-MG/Supervisor de Recursos Humanos/2010) Assinale a afirmativa incorreta:

a) Dentre outras atividades, a análise organizacional visa racionalizar a execução de tarefas e instrumentar a realização do homem no trabalho.
b) No estudo de funções de determinado cargo se realiza o levantamento de medidas de qualidade da execução que um cargo requer, enfim, a análise do desempenho.
c) Na análise de aptidões convém verificar as ideias essenciais de: rendimento, diferença individual e disposição natural.
d) A entrevista é o único processo válido na seleção de pessoal, pois dá um contato direto com o candidato.
e) O método de testes consiste na aplicação de certos reativos ou provas cuja finalidade é determinar em que grau um indivíduo possui certas características, traços ou funções que lhe são próprios.

6. (Nucepe/MPE-PI/Analista Ministerial/Psicólogo/2009) Correlacione os métodos de registrar as informações necessárias à analise de cargo com as suas respectivas características.

1) Método de observação.

2) Método de entrevista.
3) Método de incidentes críticos.
4) Método de avaliação estrutural.
( ) Os registros são apontados em escalas valorativas.
( ) Os registros são depoimentos individuais ou em grupos.
( ) Os registros compreendem longos períodos.
( ) Os registros se concentram em situações atípicas.
A sequência correta é:

a) 4, 3, 1, 2;
b) 3, 2, 4, 1;
c) 2, 3, 4, 1;
d) 4, 1, 2, 3;
e) 4, 2, 1, 3.

7. (Nucepe/MPE-PI/Analista Ministerial/Psicólogo/2009) Os métodos de análise de cargo são úteis para a gestão de algumas das situações relacionadas a seguir.
1) Avaliação de desempenho dos recursos humanos.
2) Cálculo do valor patrimonial da empresa.
3) Posicionamento da empresa no seu mercado.
4) Treinamento de recursos humanos.
5) Processos de desenvolvimento organizacional.
Estão corretos apenas:

a) 1, 2 e 4;
b) 1, 2, 3 e 4;
c) 2, 3 e 4;
d) 1, 4 e 5;
e) 1, 2, 3 e 5.

8. (Cesgranrio/BNDES/Psicólogo/2009) Um psicólogo deseja usar um método de análise de cargo que tenha como vantagens possibilitar a participação máxima de funcionários, preparar os empregados para a entrevista de acompanhamento e poupar tempo e dinheiro. Ele deve, então, usar o método denominado:

a) técnica do incidente crítico;
b) diário do ocupante do cargo;
c) dinâmica de grupo;
d) questionário;
e) observação.

9. (Nucepe/MPE-PI/Analista Ministerial/Psicólogo/2009) Considerando a responsabilidade e os interesses da organização, os processos de avaliação de desempenho dos recursos humanos devem contar com a participação ativa:
1) dos especialistas em recursos humanos.
2) dos dirigentes e gerentes responsáveis pela gestão das áreas avaliadas.
3) dos dirigentes e gerentes assessorados pelos especialistas.
4) de todos os membros da organização.
5) de eventuais especialistas em avaliação contratados fora da organização.
Estão corretas:

a) 1 e 5 apenas;
b) 2 e 3 apenas;
c) 1, 2, 3 e 5 apenas;
d) 3 e 5 apenas;
e) 1, 2, 3, 4 e 5.

10. (Nucepe/MPE-PI/Analista Ministerial/Psicólogo/2009) Dentre as características apresentadas a seguir, indique aquelas que são próprias do método de avaliação de desempenho por escalas gráficas.
1) Dá mais flexibilidade da análise ao avaliador.
2) É um instrumento de fácil entendimento.
3) Oferece uma visão integrada e resumida dos fatores de avaliação.
4) Evita padronizar as avaliações.
5) Permite obter rapidamente os resultados.
Estão corretas:
a) 1, 2, 3 e 4 apenas;
b) 2, 3 e 5 apenas;
c) 1, 2 e 5 apenas;
d) 3, 4 e 5 apenas;
e) 1, 2, 3, 4 e 5.

11. (Cesgranrio/DNPM/Analista Administrativo/Gestão e Capacitação de Pessoas/2006) Dentre as práticas avançadas de avaliação de desempenho encontra-se a avaliação 360°. Por meio desse instrumento é possível:
I. reconhecer as ameaças e as oportunidades do macroambiente organizacional;
II. facilitar a condução dos processos de negociação e administração de conflitos;
III. obter a mudança de comportamento e o aprimoramento constante das competências.
Está(ão) correto(s) o(s) item(ns):
a) II, apenas;
b) III, apenas;
c) I e III apenas;
d) II e III, apenas;
e) I, II e III.

12. (Nucepe/MPE-PI/Analista Ministerial/Psicólogo/2009) Correlacione os erros mais comuns nas avaliações de desempenho com suas respectivas características.
1) Erro de halo.
2) Erro de leniência e severidade.
3) Erro de tendência central.
4) Erro de recenticidade.
5) Erro de quadro de referência.
( ) O avaliador pode ser muito complacente.
( ) Os escores tendem a apresentar baixa dispersão.
( ) A memória dos avaliadores é prejudicada pelo tempo.
( ) Tendência a usar critérios externos ao escopo do cargo.
( ) Um critério de avaliação influencia outros mais neutros.
A sequência correta é:
a) 2, 3, 1, 5, 4.
b) 3, 2, 4, 1, 5.
c) 5, 2, 1, 4, 3.
d) 2, 3, 4, 5, 1.
e) 4, 1, 2, 3, 5.

13. (FADEMS/TJ-MS/Psicólogo/2009) São meios utilizados para o levantamento de necessidades de treinamento/capacitação:
I. Avaliação de desempenho.
II. Questionários.

III. Entrevista com supervisores e gerentes.
IV. Análise de cargos.

a) Apenas os itens II e IV são falsos.
b) Apenas os itens I e II são verdadeiros.
c) Os itens I, II, III e IV são verdadeiros.
d) Os itens I, II, III e IV são falsos.
e) Apenas o item I é falso.

14. (Idecan/Pref. Pedra Bonita-MG/Supervisor de Recursos Humanos/2010) O planejamento cuidadoso de um bom programa de treinamento exige:

I. Que habilidades, conhecimentos e atitudes devem ser objeto de treinamento.
II. Quem deve ser treinado.
III. Como deve realizar-se o treinamento.
IV. Onde, quando e porque deve-se realizar o treinamento.
Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s):

a) I, II:
b) II, III, IV;
c) III, IV;
d) I, II, III;
e) I, II, III, IV.

15. (Funrio/FURNAS/Psicólogo/2009) Em contextos empresariais em que prevalece a auditoria e a consultoria, o treinamento de pessoal é intenso. O modelo organizacional segue a tipologia de Morgan. Para trabalhar em tais projetos, as equipes são rearranjadas de acordo com as necessidades e as competências são definidas, sendo que uma delas refere-se à capacidade de enfrentamento a situações de pressão de trabalho, administrando conflitos e promovendo esforços na obtenção de resultados satisfatórios. A essa competência dá-se o nome de:

a) confrontação;
b) flexibilidade;
c) trabalho em equipe;
d) relacionamento interpessoal;
e) agregacionismo.

16. (Vunespe/Câmara-SP/Consultor Técnico Legislativo/Psicologia/2007) Nos últimos anos, a diversidade cultural da força de trabalho tornou-se uma questão importante na gestão de pessoal, na medida em que se reconhece que a composição da força de trabalho afeta a produtividade organizacional. A implementação de políticas de diversidade procura:

a) promover uma adaptação sólida e permanente de toda força de trabalho aos ideais e à cultura organizacional predominante numa empresa;
b) localizar o grupo cultural mais homogêneo da força de trabalho e identificar os ideais da empresa aos ideais desse grupo dominante;
c) desenvolver, por meio de estratégias coletivas, o nível de tolerância da força de trabalho em relação às diferenças éticas e culturais existentes na empresa;
d) gerenciar os conflitos existentes numa empresa, que são provocados pelas diferenças culturais existentes entre os diversos grupos culturais que a compõem;
e) desenvolver e utilizar a diversidade de ideias e perspectivas identificadas nessa composição da força de trabalho, para aumentar a criatividade e a produtividade da empresa.

17. (Cesgranrio/BNDES/Psicólogo/2009) O psicólogo de uma empresa tem a tarefa de liderar um processo de mudança de cultura organizacional. Para tanto, uma estratégia compatível com a necessidade será:

a) atuar em recrutamento, seleção, treinamento e avaliação de desempenho dos funcionários;
b) imbuir-se dos modelos construídos ao longo da trajetória da empresa a fim de transmiti-los aos trabalhadores;
c) aprimorar sua atuação em nível técnico, de modo que possa prestar atendimento individualizado;
d) conduzir atividades que questionem o conjunto de valores compartilhados na organização, convidando os funcionários a reconstruí-los;
e) realizar remanejamento de pessoal e entrevistas de desligamento de funcionários que não se adaptem à mudança.

18. (Cespe-UnB/TRE-MT/Analista Judiciário/Psicologia/2008) Com referência à abordagem sistêmica das organizações, assinale a opção incorreta.

a) O comportamento organizacional existe em múltiplos níveis, individual, grupal e organizacional e, por meio dessa abordagem, é possível estabelecer as inter-relações entre os diversos níveis dos componentes do sistema organizacional.
b) As organizações são sistemas de comportamento cooperativo, orientadas pelo planejamento, o qual tem por função não apenas alocar os participantes, mas, sobretudo, permitir que cada membro particular saiba com relativa certeza o que os outros irão fazer.
c) As organizações podem ser concebidas como um sistema de elementos que, em última instância, produzem padrões comportamentais e são diferenciados por suas fronteiras, permeáveis ou não.
d) Os vários componentes do sistema trabalham para atingir o princípio da equifinalidade, segundo o qual os referidos componentes têm a mesma finalidade.
e) O sistema organizacional trabalha para evitar a entropia, pois isso representaria a incapacidade da organização de alcançar a finalidade para que foi criada.

19. (Cespe-UnB/TRE-MT/Analista Judiciário/Psicologia/2008) Com relação a grupos e equipes de trabalho, assinale a opção correta.

a) A identificação dos componentes do grupo independe da atribuição de pertença ao indivíduo pelos demais membros.
b) Em uma análise diádica do fenômeno do poder, os relacionamentos estabelecidos entre os membros de um grupo, em parte, podem ser caracterizados como poder e dependência.
c) Os estágios de desenvolvimento pertencentes ao ciclo de vida do grupo são: atração, formação, tumulto, normatização, desempenho, dissolução.
d) Embora os grupos heterogêneos sejam vistos pelos membros da organização como mais socialmente integrados e satisfeitos, grupos homogêneos oferecem soluções mais criativas e de melhor qualidade.
e) Tendo a função de imprimir valores e normas aos seus membros, o endogrupo é considerado como aquele em que o indivíduo é motivado a manter relações.

20. (Cesgranrio/BNDES/Psicólogo/2009) Ao caracterizar a diferença entre equipes de trabalho e grupos de trabalho, Goulart (2002) afirma que:

a) nos grupos de trabalho existe uma unidade na qual o trabalho de um só tem sentido se analisado em relação ao todo;
b) no grupo de trabalho o desempenho das pessoas deixa de ser um problema particular para ser uma questão coletiva;
c) uma equipe de trabalho interage principalmente para partilhar informação e tomar decisões que ajudem cada membro a desempenhar sua função dentro de sua área de responsabilidade;
d) nas equipes de trabalho não há sinergia positiva que possa criar um nível geral de desempenho maior do que a soma dos insumos, existindo uma soma das contribuições individuais;
e) nas equipes de trabalho, apesar de haver interesse na realização da tarefa, as pessoas são ligadas pela emoção, valorizando mais a amizade e o apoio mútuo.

21. (Nucepe/MPE-PI/Analista Ministerial/Psicólogo/2009) O tipo de liderança que compreende que o líder é aquele que estabelece acordos com seus liderados, visando ao cumprimento de metas organizacionais em troca de recompensas previamente estabelecidas, é a:

a) liderança servidora;
b) liderança transformacional;
c) liderança transacional;
d) liderança carismática;
e) liderança liberal.

22. (Cesgranrio/BNDES/Psicólogo/2009) Em uma organização, há uma tendência de despedir os funcionários que apresentam algum tipo de problema, mesmo que seja pela primeira vez. Um psicólogo, encarregado de estudar os motivos da alta rotatividade de funcionários e de apresentar soluções para o problema, argumenta pela necessidade de considerar as diferentes bases de poder de French e Raven, envidenciando outras formas de influenciar as pessoas além da ameaça constante de desemprego. Uma delas é o poder de referência, que tem como característica ser um tipo de poder:

a) com base nas relações que envolvem efetiva sanção ou ameaça por parte do supervisor;
b) com base na crença do subordinado em ser recompensado ou favorecido por obedecer ao supervisor;
c) com base no reconhecimento de que o supervisor ocupa uma posição em que se justifica ter de obedecer a ele;
d) com base na identificação pessoal dos subordinados com o supervisor;
e) em que a influência do supervisor está calcada na abrangência e solidez do conteúdo de suas mensagens.

23. (Cesgranrio/BNDES/Psicólogo/2009) Diante de uma discussão sobre a teoria de liderança que melhor se aplica ao contexto de sua organização, um psicólogo argumenta favoravelmente à Teoria LPC de liderança, de Fred Flieder. Tal teoria tem como base a(s):

a) explicação e a reconciliação da personalidade do líder e das complexidades das diversas situações, argumentando que a eficiência de um líder depende da situação;
b) existência de cinco diferentes tipos de tomada de decisão do líder: AI (Autocrático I); AII (Autocrático II); CI (Consultivo I); CII (Consultivo II) e GII (Grupo);
c) existência de duas variáveis: o comportamento do líder, tanto na orientação para as tarefas como no relacionamento com seus liderados, e a maturidade dos seus subordinados;
d) premissa de que o relacionamento de alta qualidade entre líderes e liderados é formado a partir da Lealdade, do Afeto, da Contribuição e do Respeito Profissional;
e) premissas que envolvem o grau da crença da performance e o valor dessa crença para cada pessoa, considerando a existência de quatro categorias de líderes: diretivo, apoiador, participativo e orientado para realizações.

24. (Cesgranrio/IBGE/Recursos Humanos/2010) João é descrito como um líder transformacional e Maria, como tendo uma liderança transacional. Nesse contexto, conclui-se que:

a) João é um tipo de líder que conduz ou motiva seus seguidores na direção das metas estabelecidas por meio do esclarecimento dos papéis e das exigências das tarefas.
b) Maria é carismática, inspiradora e expressa propósitos importantes de maneira simples, utilizando símbolos para focar os esforços e comunicar suas altas expectativas.
c) a liderança de João produz nos liderados níveis de esforços e de desempenho que vão além daqueles obtidos pela liderança da Maria.
d) a liderança da Maria tenta inculcar em seus seguidores a capacidade de questionar não apenas as visões já estabelecidas, mas até aquelas colocadas pelo próprio líder.
e) os seguidores de Maria atribuem a ela capacidades heróicas ou extraordinárias de liderança e comportamentos.

25. (Cesgranrio/BNDES/Psicólogo/2009) A Curva Yerkes-Dodson, utilizada para explicar a relação entre estresse e desempenho, indica que:

a) quanto maior o estresse, menor o desempenho;
b) quanto maior o estresse, maior o desempenho;
c) existe um nível ótimo de estresse que está relacionado a um maior desempenho;
d) o estresse não pode explicar diferentes níveis de desempenho;
e) o desempenho irá depender dos sintomas de estresse observados na empresa.

26. (Cesgranrio/BNDES/Psicólogo/2009) Em relação ao tema estresse, concebe-se a existência de três fases distintas: reação de alarme, fase de resistência e fase de exaustão. A fase de exaustão é caracterizada, predominantemente, por:

a) insônia e irritabilidade;
b) falha do mecanismo de adaptação e esgotamento por sobrecarga;
c) mudanças no humor e diminuição do desejo sexual;
d) ansiedade e aumento da frequência cardíaca;
e) ulcerações no aparelho digestivo e aumento da frequência cardíaca.

27. (Funrio/Ministério da Justiça/Psicólogo/2009) A síndrome de Burnout refere-se ao esgotamento da resistência física ou emocional, ou da motivação, geralmente resultado de estresse ou frustração prolongados. Marque a melhor opção para significar um dos três aspectos básicos da síndrome, aquele que ressalta a instalação da frieza e distanciamento emocional.

a) Exaustão emocional.
b) Redução da realização pessoal e profissional.
c) Iminência do acontecimento.
d) Despersonalização.
e) Possibilidade de predizer o acontecimento.

28. (Cespe-UnB/TRE-MT/Analista Judiciário/Psicologia/2008) Acerca da temática DORT, assinale a opção correta.

a) As lesões por esforços repetitivos (LER) são um exemplo de caso clínico de DORT.
b) Os fatores relativos às relações socioprofissionais não exercem influência nas ocorrências de DORT nas organizações.
c) A metodologia de diagnóstico de LER é objeto de consenso entre os profissionais de saúde.
d) A gênese dos casos de DORT se deve, principalmente, ao mobiliário inadequado.
e) A literatura especializada tem mostrado que variáveis como regras, rotinas, controle e pausa durante a jornada de trabalho desempenham um papel etiológico central na origem dos casos de DORT.

29. (FCC/TRT – 23ª Região/Analista Judiciário/Psicologia/2007) No livro Administração de Recursos Humanos, Jean Pierre Marras indica que são componentes da cultura organizacional:

a) valores, ritos, mitos e tabus.
b) estilo de comunicação interpessoal, crenças, padrões de comportamento e estilo de liderança.
c) estilo de liderança, estilo de comunicação interpessoal, padrões de comportamento e práticas de recursos humanos.
d) práticas de recursos humanos, ícones, estilo de comunicação e estilo de liderança.
e) práticas de recursos humanos, estilo de comunicação, estrutura organizacional e estilo de liderança.

30. (Cesgranrio/IBGE/Recursos Humanos/2010) Joana está procurando emprego e marcou duas entrevistas em diferentes empresas em que gostaria de trabalhar. Se Joana quisesse avaliar a cultura de cada organização antes de suas entrevistas, ela deveria:

a) conhecer a atmosfera resultante das percepções que os colaboradores da organização têm dos diferentes aspectos que influenciam seu bem-estar e satisfação que, por sua vez, influenciarão no seu desempenho e, consequentemente, nos resultados da organização;

b) conhecer aspectos da satisfação de funcionários das empresas e suas formas de manifestação, tais como envolvimento das pessoas, turnover, absenteísmo, ações sindicais, greves, integração das equipes de trabalho, conflitos, entusiasmo;
c) conhecer o espírito das pessoas da organização, como elas se relacionam entre si e com a organização, como administram seus conflitos, como lidam com seus temores e percepções;
d) analisar o grau de satisfação dos colaboradores em relação à remuneração e aos benefícios oferecidos pela empresa, e o grau de relacionamento e interação entre os colaboradores e seus chefes imediatos;
e) estudar a história da organização, assim como o papel dos seus fundadores, suas crenças, seus valores compartilhados, seus ritos, histórias, mitos, lendas, sagas e heróis.

31. (Cesgranrio/IBGE/Recursos Humanos/2010) Embora os termos cultura organizacional e clima organizacional sejam, às vezes, utilizados como sinônimos, há diferenças importantes entre esses conceitos. Qual das proposições a seguir faz, corretamente, a distinção entre esses dois conceitos?

a) O clima organizacional se ocupa da natureza das crenças e expectativas sobre a vida organizacional, ao passo que a cultura organizacional é um indicador do quanto essas crenças e expectativas estão sendo concretizadas.
b) O clima organizacional é uma medida, um indicador de até que ponto as expectativas das pessoas sobre como deveria se trabalhar numa organização estão sendo cumpridas, ao passo que a cultura organizacional nos oferece uma percepção resumida da atmosfera e do ambiente da organização.
c) O clima organizacional envolve aspectos subjetivos que lembram às pessoas o "porquê de fazerem as coisas assim" e difere da cultura organizacional porque não é uma medida mensurável.
d) O clima organizacional oferece uma percepção resumida da atmosfera e do ambiente da organização, e a cultura organizacional é um sistema de significados aceitos pública e coletivamente por um dado grupo num dado momento.
e) O clima organizacional avalia os valores e as crenças que alimentam os paradigmas dos membros da organização, e a cultura organizacional nos define a sua identidade e seu estado de espírito.

32. (Nucepe/MPE-PI/Analista Ministerial/Psicólogo/2009) Segundo Abraham Maslow, as motivações no ambiente de trabalho obedecem a uma hierarquia que prioriza os fatores motivacionais, estabelecendo uma ordem sequencial de necessidades dos indivíduos.
Analise as necessidades relacionadas a seguir:
1) Necessidades de estima.
2) Necessidades fisiológicas.
3) Necessidades sociais.
4) Necessidades de autorrealização.
5) Necessidades de segurança e proteção.
A ordem hierárquica sequencial de necessidades é:

a) 1, 2, 4, 3, 5;
b) 3, 2, 5, 1, 4;
c) 5, 2, 3, 4, 1;
d) 2, 3, 5, 4, 1;
e) 2, 5, 3, 1, 4.

33. (Cesgranrio/BNDES/Psicólogo/2009) A teoria da motivação, composta por três grupos de necessidades importantes, que pode ser vista como uma extensão da Teoria de Herzberg é denominada Teoria:

a) da equidade;
b) da expectativa;
c) das necessidades de McClelland;
d) do estabelecimento de metas;
e) ERC de Alderfer.

34. (Cesgranrio/IBGE/Recursos Humanos/2010) Joana é uma aluna recém-formada em Administração. Ela estava bastante satisfeita com o seu novo emprego: um trabalho desafiante numa organização com prestígio, uma excelente oportunidade para ganhar experiência e um salário muito acima do praticado no mercado de trabalho para o seu nível. Foi recentemente admitido para a organização um outro recém-formado em Administração, com um ano de experiência a menos do que ela e com um salário superior ao que ela ganha atualmente. O nível motivacional de Joana desceu drasticamente nas últimas semanas. Ela está até pensando em mudar de emprego.

Nesse contexto, qual das proposições estabelece a relação entre o papel da equidade e a motivação dos indivíduos?

a) As recompensas reforçam o desempenho individual decorrente das condições internas do indivíduo e do ambiente de trabalho.
b) A relação inversa existente entre esforço, oportunidades, satisfação, motivação e recompensas é percebida pelos indivíduos.
c) Os funcionários fazem comparações entre os resultados que desejariam obter do seu trabalho no presente com os dos seus chefes no passado.
d) O que recebemos do trabalho em relação ao que damos a ele é percebido e comparamos essa relação com a entrada e o trabalho desenvolvido por outras pessoas.
e) O estado de equidade é encontrado quando o resultado da comparação leva à percepção de que as relações são desiguais.

35. (Cesgranrio/IBGE/Recursos Humanos/2010) Um profissional de RH sustenta a ideia de que a motivação do funcionário depende do grau em que as recompensas da organização satisfazem suas necessidades individuais e pessoais e do grau em que são interessantes.

O argumento utilizado tem base na:

a) oportunidade para o desempenho, que define, junto com os seus funcionários, um plano de metas a serem alcançadas e estabelece esquemas de reforço;
b) teoria da equidade, que pesquisa quais fatores precisam ser modificados na política de Recursos Humanos para que os funcionários se sintam mais comprometidos com o trabalho;
c) teoria da expectativa, que busca compreender as intenções para agir e as expectativas de resultados dos seus funcionários;
d) teoria do reforço, que argumenta que o reforço condiciona o comportamento, sugerindo que os propósitos de uma pessoa orientam suas ações;
e) teoria ERG, que busca identificar, dentro da hierarquia de necessidades de seus funcionários, qual não estava sendo satisfeita.

36. (Cesgranrio/IBGE/Recursos Humanos/2010) Com relação à motivação dos indivíduos para o trabalho, tem-se que o(a):

a) líder é o responsável por motivar a sua equipe para o trabalho já que ele garante maior produtividade quando aumenta o feedback em relação ao seu progresso;
b) indivíduo só se motiva a trabalhar bem quando trabalha em equipe e quando percebe que o seu esforço vale a pena;
c) princípio básico da motivação, segundo Maslow, é o que "move" o indivíduo em direção a algo, é a tensão gerada por uma insatisfação;
d) motivação de um indivíduo para trabalhar é proporcional à remuneração que ele recebe pelo seu trabalho e aos aspectos físicos relacionados ao ambiente;
e) introdução de recompensas externas, como pagamento para trabalhos que eram anteriormente gratificantes apenas pelo seu conteúdo, tende a aumentar a motivação.

37. (Cesgranrio/IBGE/Recursos Humanos/2010) Joana está reavaliando o quanto sua empresa é bem-sucedida ao oferecer objetivos desafiadores aos funcionários, e ter, como política da empresa, de recompensar a realização de objetivos individuais e grupais. Para isso, ela sugere que a empresa introduza reajustes por mérito. Isso significa que a empresa deve:

a) formular a política salarial levando em conta a relação das suas definições com a estratégia do negócio, bem como as características do segmento onde a empresa está inserida;
b) introduzir uma forma de remuneração funcional em que o conjunto de benefícios e outras vantagens maximizem o investimento da empresa;
c) proporcionar alterações salariais de um nível para outro imediatamente superior, dentro da mesma faixa salarial, com base em metas e objetivos definidos para este funcionário;
d) fazer pagamentos periódicos (anual ou semestral) vinculados aos objetivos de lucratividade da empresa e utilizados para reforçar o compromisso de longo prazo entre empresa e colaboradores;
e) estabelecer a referência salarial indicada aos novos profissionais de categorias funcionais técnicas, administrativas e gerenciais.

38. (Esaf/ANEEL/Analista Administrativo-Recursos Humanos/2006) Assinale a opção que apresenta apenas barreiras à comunicação interpessoal nas organizações.

a) ruído – decodificação – diferenças de linguagem.
b) diferenças de linguagem – decodificação – reações emocionais.
c) codificação – reações emocionais – percepções diferentes.
d) percepções diferentes – ruído – diferenças de linguagem.
e) reações emocionais – codificação – ruído.

39. (Cesgranrio/IBGE/Recursos Humanos/2010) A comunicação eficaz é considerada um objetivo a ser alcançado por todos aqueles que trabalham em Recursos Humanos.
A comunicação eficaz em uma organização

a) evita a comunicação informal, pois ela representa um ruído;
b) concentra a comunicação em um único canal, de modo a garantir que ela possa ser controlada;
c) busca a formalidade, uma vez que não corre o risco de se perder a autoridade;
d) pode integrar pessoas e equipes, quando se utiliza de estratégias participativas;
e) forma uma rede de rumores que pode ser controlada pela direção da organização.

40. (Cesgranrio/IBGE/Recursos Humanos/2010) A despeito da sua importância, a promoção da mudança organizacional é problemática para as empresas. Dentre os fatores que são apontados como causa dessa dificuldade, encontra-se a resistência à mudança. Sobre a resistência à mudança organizacional, afirma-se que:

a) uma possível causa de resistência envolve diferentes avaliações sobre a mudança, pois para muitos funcionários e gerentes a mudança trará maiores custos e menores benefícios;
b) o segredo para se evitar ou lidar com a resistência à mudança por falta de entendimento é ocultar aquilo que a mudança vai acarretar, o que paralisa os indivíduos diante do desconhecido;
c) os funcionários e os gerentes que resistem, com base na baixa tolerância à mudança, não temem o desconhecido e não têm dificuldade em lidar com a incerteza inerente a uma mudança significativa;
d) os indivíduos que resistem à mudança, por causa de seus interesses pessoais, acreditam que não estarão perdendo alguma coisa de valor se a mudança for implementada;
e) as táticas de coação direta, quando adotadas, favorecem, significativamente, o clima organizacional e o processo de participação.

Gabarito

1. B	11. B	21. C	31. D
2. C	12. D	22. D	32. E
3. B	13. C	23. A	33. E
4. E	14. E	24. C	34. D
5. D	15. B	25. C	35. C
6. E	16. E	26. B	36. C
7. D	17. D	27. D	37. C
8. D	18. B	28. E	38. D
9. E	19. B	29. A	39. D
10. B	20. C	30. E	40. A