

EFIVEST

CURSINHO DA UNIVERSIDADE



PSICOLOGIA APLICADA À SAÚDE

JOSEILDES FARIAS FONSECA



HISTÓRICO E NOÇÕES GERAIS DE PSICOLOGIA



O objeto da psicologia

Em que consiste a Psicologia?

Definições de Psicologia têm variado no tempo e de acordo com as características de seus autores. Problemas surgidos no âmbito da Filosofia ou da ciência refletem-se em várias dessas definições. Por exemplo, é muito conhecida a definição de Psicologia como o estudo da mente. Entre outros problemas, essa definição coloca a questão de saber-se o que é a mente para que a definição seja inteligível. Alguns preferem referir-se a uma vida mental, um conceito aparentemente menos estático do que mente.

A Psicologia seria a ciência da vida mental, o que quer que venha a ser vida mental. Outros, mais preocupados com o significado e as implicações dos termos incluídos em uma definição, afirmam ser a Psicologia o estudo do comportamento. Essa definição, como as anteriores, antes de explicar algo, levanta a necessidade de outra definição; neste caso, a definição de comportamento.

Indiferentes às deficiências das definições mencionadas, há os que se preocupam com uma definição que contente a mentalistas e a comportamentalistas. Para estes, a Psicologia seria o estudo do comportamento e da vida mental. Contudo, a reunião em uma mesma frase de dois termos indefinidos não melhora uma definição. Em lugar de colocar um problema de cada vez, e contentar-se pelo menos uma das partes, essa definição descontenta a um só tempo mentalistas e comportamentalistas.

Preferimos, portanto, caracterizar a Psicologia desde um ponto de vista e tentar, depois, mostrar como essa caracterização é compatível com os variados tipos de atividades do psicólogo na atualidade dos anos 1980. Não afirmamos que seja possível ou desejável uma tradução simples das várias linguagens e teorias correntes; estamos afirmando que este trabalho é uma tentativa de caracterizar a Psicologia a partir do ponto de vista de uma análise do comportamento e de mostrar

como o que se faz na área de Psicologia é compatível com essa caracterização.

Caracterização.

Os psicólogos estudam os mais variados assuntos entre eles: o desenvolvimento, as bases fisiológicas do comportamento, a aprendizagem, a percepção, a consciência, a memória, o pensamento, a linguagem, a motivação, a emoção, a inteligência, a personalidade, o ajustamento, o comportamento anormal, o tratamento do comportamento anormal, as influências sociais, o comportamento social, etc.

A psicologia é frequentemente aplicada na indústria, na educação, na engenharia, na saúde, em assuntos de consumo e em muitas outras áreas. Você é um profissional da área da saúde e, portanto, lidará com pessoas e irá se interagir com o ser humano.

O profissional de saúde deve sentir-se bem consigo mesmo se pretende fazer alguém sentir-se bem. Ele não é um robô, nem tampouco o são as pessoas com quem trabalham: pacientes, médicos, supervisores, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e familiares dos pacientes, cada um é um ser humano, semelhante e ao mesmo tempo diferente dos demais seres humanos.

Qualquer pessoa que queira ingressar na área da saúde precisa conhecer as pessoas e antes de tudo, a si próprio. Não está você ingressando nesta carreira porque se interessa pelas pessoas e deseja auxiliá-las quando estão doentes?



PSICOLOGIA DO SENSO COMUM X PSICOLOGIA COMO CIÊNCIA.

Todos nós usamos o que poderia ser chamado de psicologia de senso comum em nosso cotidiano. Observamos e tentamos explicar o nosso próprio comportamento e o dos outros. Tentamos prever quem fará o que, quando e de que maneira. E muitas vezes sustentamos opiniões sobre como adquirir controle sobre a vida (Ex: o melhor método para criar filhos, fazer amigos, impressionar as pessoas e dominar a cólera). Entretanto, uma psicologia construída a partir de observações casuais tem algumas fraquezas críticas.

PSICOLOGIA APLICADA À SAÚDE

O tipo de psicologia do senso comum que se adquire informalmente leva a um corpo de conhecimentos inexatos por diversas razões. O senso comum não proporciona diretrizes sadias para a avaliação de questões complexas. As pessoas geralmente confiam muito na intuição, na lembrança de experiências pessoais diversas ou nas palavras de alguma autoridade (como um professor, um amigo, uma celebridade da TV).

A ciência proporciona diretrizes lógicas para avaliar a evidência e técnicas bem raciocinadas para verificar seus princípios. Em consequência, os psicólogos geralmente confiam no método científico para as informações sobre o comportamento e os processos mentais. Perseguem objetivos científicos, tais como a descrição e a explicação. Usam procedimentos científicos, inclusive observação e experimentação sistemática, para reunir dados que podem ser observados publicamente. Tentam obedecer aos princípios científicos. Esforçam-se, por exemplo, por escudar seu trabalho contra suas distorções pessoais e conservar-se de espírito aberto.

Ainda assim, os cientistas do comportamento não estão de acordo quanto aos pressupostos fundamentais relacionados aos objetivos, ao objeto primeiro e aos métodos ideais. Como outras ciências, a psicologia está longe de ser completa. Existem muitos fenômenos importantes que não são ainda compreendidos. As pessoas não devem esperar uma abordagem única do objeto da psicologia ou respostas para todos os seus problemas.

AS 3 (TRÊS) PRINCIPAIS TEORIAS DA PSICOLOGIA MODERNA

Os seres humanos como conhecemos hoje, apareceram na Terra há cerca de 100.000 anos atrás. Desde então têm estado provavelmente tentando compreender-se a si mesmo.

Aristóteles (384-322 a.C.), o filósofo grego, é considerado o Pai da Psicologia. Entretanto, a especulação sobre assuntos psicológicos não começou com este pensador grego. Centenas de anos antes de Aristóteles, os primeiros filósofos de que se tem notícia já lidavam com esses assuntos.

✓ BEHAVIORISMO OU COMPORTAMENTALISMO

John Watson criticava o estruturalismo e o funcionalismo se queixando sobre o fato de que os fatos da consciência não podiam ser testados e reproduzidos por todos os observadores treinados, pois dependiam das impressões e características de cada pessoa.

Watson sentiu que os psicólogos deviam estudar o comportamento observável e adotar métodos objetivos. Em 1912, nasceu o behaviorismo e dominou a psicologia americana por trinta anos.

Os psicólogos behavioristas estudavam os eventos ambientais (estímulos), o comportamento observável (respostas) e como a experiência influenciava o comportamento, as aptidões e os traços das pessoas mais do que a hereditariedade.

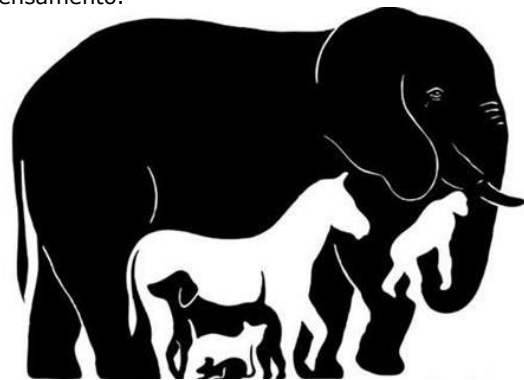
Frederick Skinner vai além do behaviorismo de Watson e com ele nasce o behaviorismo radical que

também considera os eventos ambientais, o comportamento observável (ações do indivíduo), mas também considera os comportamentos internos ou privados (pensar, sentir, etc).

✓ GESTALT

A Psicologia da Gestalt pode ser também vista como a Psicologia da forma. Os gestaltistas estão preocupados em compreender quais os processos psicológicos envolvidos na ilusão de ótica, quando o estímulo físico é percebido pelo sujeito como uma forma diferente da que ele tem na realidade.

Max Wertheimer (1880-1943) fundou o movimento da Gestalt. "O todo é diferente da soma das partes", este é o slogan do movimento da Gestalt. O que a pessoa é (o todo) são junções de várias características próprias dela (as partes). Aos gestaltistas interessa muito saber sobre os significados que os seres humanos impõem aos objetos e acontecimentos de seu mundo, a percepção, a solução de problemas e o pensamento.

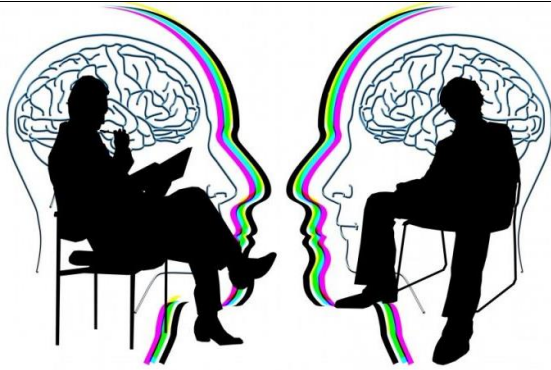


✓ PSICANÁLISE

Para quem nunca estudou psicologia antes, é provável não ter ouvido falar de Watson, Skinner ou Max Wertheimer, entretanto, provavelmente já ouviu falar de Sigmund Freud (1856-1939), o médico vienense que se especializou no tratamento de problemas do sistema nervoso e em particular de distúrbios neuróticos.

Freud adotou a hipnose para ajudar as pessoas a reviverem as experiências traumáticas do passado que pareciam associadas com seus sintomas atuais. Entretanto, nem todos podiam atingir um estado de transe e a hipnose parecia resultar em curas temporárias, com o aparecimento posterior de novos sintomas. Freud então desenvolveu o método da associação livre no qual os pacientes deitavam num divã e eram encorajados a dizer o que quer que lhes viesse à mente (desejos, conflitos, temores, pensamentos e lembranças), sendo também convidados a relatar seus sonhos.

Freud tratava dos seus pacientes tentando trazer à consciência aquilo que estava inconsciente. Insistia que todos os detalhes se ajustam perfeitamente entre si. A personalidade é formada durante a primeira infância. A exploração das lembranças dos primeiros cinco anos de vida é essencial ao tratamento.



PSICÓLOGOS, PSIQUIATRAS E PSICANALISTAS

PSICÓLOGOS clínicos, psiquiatras e psicanalistas muitas vezes ocupam empregos semelhantes. Todos os três profissionais podem trabalhar em campos ligados à saúde mental, diagnosticando e tratando de pessoas com problemas psicológicos leves e graves. A grande diferença entre esses especialistas deriva de sua formação. Os psicólogos clínicos geralmente passam cerca de cinco anos na faculdade aprendendo sobre comportamento normal e anormal, diagnóstico (inclusive aplicação de testes) e tratamento.

Os **PSIQUIATRAS**, ao contrário, completam a faculdade de medicina e dela saem com um diploma de doutor em medicina. Em seguida, para se qualificarem como psiquiatras servem aproximadamente três anos como residentes em uma instituição de saúde mental, mais comumente um hospital. Aí recebem treinamento para detectar e tratar de distúrbios emocionais, utilizando métodos psicológicos, bem como drogas, cirurgia e outros processos médicos.

Em teoria, qualquer pessoa pode tornar-se **PSICANALISTA** graduando-se por uma instituição psicanalítica e submetendo-se à psicanálise. Na prática, a maioria das escolas de formação aceita apenas médicos psiquiatras e psicólogos que irão estudar as teorias da personalidade e métodos de tratamento introduzidos por Freud.



QUEM SOMOS NÓS - 2004
LARANJA MECÂNICA - 1971
O PONTO DE MUTAÇÃO - 1991
TEMPOS MODERNOS - 1936

PSICÓLOGO OU PSIQUIATRA: QUAL É O CERTO PARA VOCÊ?



Se você tem preocupações com a saúde mental, você deve procurar ajuda. Mas onde você vai? Como você sabe que tipo de profissional você deve procurar? **Você deve procurar um psiquiatra ou psicólogo?**

Se não tem certeza de qual é a diferença, você não está sozinho. "Ouvimos isso o tempo todo", diz Tristan Gorrindo, MD, diretor da Divisão de Educação da American Psychiatric Association. "Há uma grande confusão sobre isso."

Há semelhanças, mas existem **diferenças entre psicólogos e psiquiatras** importantes também. Aqui está o que você precisa saber para decidir o que é certo para você.

Semelhanças entre psicólogos e psiquiatras

Psiquiatras e psicólogos são diferentes tipos de profissionais treinados para ajudá-lo a lidar com problemas de saúde mental. Eles visam fornecer-lhe os meios para gerir os problemas em sua vida cotidiana.

Diferenças entre psicólogos se psiquiatras

Educação

Os psiquiatras são médicos (MDs) que se formam na escola de medicina, fazem residência na avaliação e tratamento de distúrbios de saúde mental.

Os psicólogos têm graduação na área da psicologia, a grosso modo, o estudo da mente e do comportamento humano. Eles não são médicos. Um psicólogo pode ter um PhD em filosofia, em psicologia clínica, etc. Normalmente, eles fazem 1-2 anos de estágio. Ao contrário de psiquiatras, psicólogos também são treinados para dar testes psicológicos (como testes de QI ou testes de personalidade).

Por causa de sua formação médica, **psiquiatras podem prescrever medicamentos** – provavelmente a distinção mais comumente conhecida entre os dois campos. Mas alguns estados dos EUA, por exemplo, permitem que os

psicólogos prescrevem uma número limitado de medicamentos psiquiátricos se eles tiveram um curso de psicofarmacologia.

A abordagem

Ambos, psiquiatras e psicólogos, são normalmente treinados para a prática de psicoterapia – falar com seus pacientes sobre os seus problemas. Mas as diferenças de formação traduz-se em abordagens diferentes para resolver os seus problemas de saúde mental.

Psicólogos olham atentamente para o seu comportamento. “Se você está deprimido e não pode sair da cama, há uma ativação comportamental”, diz C. Vaile Wright, PhD, diretor da Associação Americana de Psicologia. Psicólogos irão acompanhar padrões de sono, padrões alimentares, e os pensamentos negativos que podem estar causando ou contribuindo para o problema.

“Os psiquiatras têm um forte senso de biologia e neuroquímica”, diz Ranna Parekh, MD, diretora da Associação Americana de Psiquiatria. “Deles vai partir um diagnóstico de exclusão. Por exemplo, antes de considerar alguém deprimido, nós vamos nos certificar que não há alguma deficiência de vitamina ou problema de tireoide, por exemplo”. Uma vez que tenham feito um diagnóstico de saúde mental, os psiquiatras podem prescrever remédios.



Devo consultar um psicólogo ou um psiquiatra?

Uma possível vantagem de ver um psiquiatra é que, como médico, ele ou ela tem o conhecimento e treinamento para avaliar problemas médicos subjacentes ou efeitos de drogas que podem causar sintomas emocionais ou comportamentais. Os psiquiatras também podem trabalhar mais facilmente com o seu médico de cuidados primários ou outros especialistas. “Como parte de nossa residência, nós estamos treinados em diferentes contextos, como pediatria, ambulatório e sala de emergência”, diz o psiquiatra Gorrindo. “Nós falamos a língua de qualquer outra parte do hospital.”

Para os tipos graves de problemas de saúde mental, como [depressão maior](#), transtorno bipolar ou esquizofrenia, onde os sintomas físicos podem ser graves e pode ser difícil de tomar cuidados básicos de si mesmo, os psiquiatras têm, geralmente, mais treinamento formal e opções de tratamento disponíveis.

No tratamento de tipos menos graves de problemas de saúde mental que você vê muitas vezes, pode ser mais uma questão de preferência pessoal. “Muitas pessoas não gostam da ideia de

medicação”, diz Wright. “Eles têm medo de ficar viciados, ou que, alterando sua química do corpo, eles serão prejudicados.” Eles são mais propensos a ver um psicólogo em primeiro lugar.

Wright diz que sua escolha deve ser guiada pelo tipo de problema que você está tendo. Alguém que pode ser clinicamente deprimido poderia se beneficiar de tomar a medicação, enquanto alguém lidando com uma fobia pode achar na terapia com um psicólogo a escolha mais eficaz. Normalmente, se um psicólogo trata alguém que eles sentem que tem sintomas graves (como pensamentos suicidas ou altamente irracionais), pode sugerir uma consulta com um psiquiatra para ajudar a esclarecer um diagnóstico e, possivelmente, prescrever medicamentos.



APENAS BUSQUE AJUDA

Se você ainda está lutando com a decisão entre a psicologia e a psiquiatria, Wright recomenda falar sobre isso com o seu médico de cuidados primários. “Um tamanho não serve para todos”, diz ela. “Coisas diferentes podem trabalhar em diferentes pontos ou trabalhar em conjunto. Não há nenhuma maneira errada, desde que você esteja fazendo algo e sendo aberto sobre o que está funcionando e o que não está.”

Gorrindo está de acordo. “Se você está preocupado em estar deprimido ou ter algum outro problema mental, não importa qual profissional você procure”, diz ele. “Basta procurar ajuda.”

“No final do dia”, Wright diz, “tanto a psicologia e a psiquiatria são construídas em torno de fortes relações baseadas na confiança e confidencialidade.”

Depois de ter feito uma escolha sobre o tipo de ajuda, você pode precisar ver alguns profissionais 16 diferentes antes de decidir sobre o que é certo para você.

<http://psicoativo.com/2016/07/devo-consultar-um-psicologo-ou-um-psiquiatra.html>



Processo Psicoterapêutico GÊNIO INDOMÁVEL – 1997



HEREDITARIEDADE X MEIO AMBIENTE

As pessoas são muito variadas. Diferem quanto ao tamanho, religião, sexo, idade, inteligência e educação. Diferem ainda quanto às características sociais, econômicas e morais.

A individualidade é o resultado de características biológicas ou herdadas (hereditárias) e é ainda influenciada pelo meio ambiente onde vivem. Na realidade o que faz uma pessoa ser aquilo que é resulta da combinação dos fatores herdados e do seu meio ambiente.

Características herdadas:

Fatores relacionados com a aparência física são geralmente considerados herdados.

- ✓ A não ser que haja trauma cefálico ou doença, o intelecto e a altura são determinados biologicamente.
- ✓ A não ser que haja tratamento medicamentoso ou raios luminosos externos, a cor da pele também é predeterminada.
- ✓ A não ser que haja ferimento ou operação plástica, a forma do nariz e orelhas é predeterminada.
- ✓ Herda-se, enfim, a maioria dos caracteres relacionados a aparência.

Características ambientais:

- ✓ O meio ambiente abrange muitas influências.
- ✓ O meio químico pré-natal: drogas, nutrição e hormônios
- ✓ O meio químico pós-natal: oxigênio e nutrição

As experiências sensoriais constantes: os eventos processados pelos sentidos inevitáveis a qualquer indivíduo como sons de vozes humanas, contato físico com as pessoas, etc. Todos passam por essas experiências.

As experiências sensoriais variáveis: eventos processados pelos sentidos e que diferem de um animal para outro da mesma espécie, dependendo das circunstâncias particulares de cada indivíduo. Nem todos passam por essas experiências.

O melhor argumento a favor da influência ambiental na formação da personalidade encontra-se no estudo desenvolvido com gêmeos idênticos, que são criados em lugares diferentes por diferentes pessoas. Podem ser encontradas diferenças quanto à estatura e seus Q.I., conceito social, pessoal e metas de trabalho. O meio ambiente desempenha importante papel nessa diferenciação.

A hereditariedade e o meio interagem continuamente, influenciando o desenvolvimento. A hereditariedade programa as potencialidades humanas das pessoas, o meio faz essas potencialidades se desenvolverem ou não, para mais ou para menos.

Não é relevante a discussão a respeito se a hereditariedade ou o meio é mais significativo, pois ambos são absolutamente essenciais.



Cada ser humano é diferente, pois cada um traz diferentes experiências de vida, e, portanto, é emocional, intelectual e socialmente diferente dos demais.

Saber como as pessoas desenvolvem as ideias e quais são as suas necessidades é fundamental para a formação de um bom profissional da área de saúde; mas é igualmente fundamental que este profissional se conheça muito bem.

O profissional da área de saúde interage com pessoas diferentes umas das outras. A maior dificuldade em lidar com essas pessoas – médicos, enfermeiras, parentes dos doentes e os próprios pacientes – está em que nunca duas pessoas reagirão de maneira idêntica.

Qual a solução para esse problema?

A melhor solução é estar bem consciente da própria maneira de agir, como pessoa, da reação dos outros às suas iniciativas e continuar a ganhar experiência nesses aspectos.

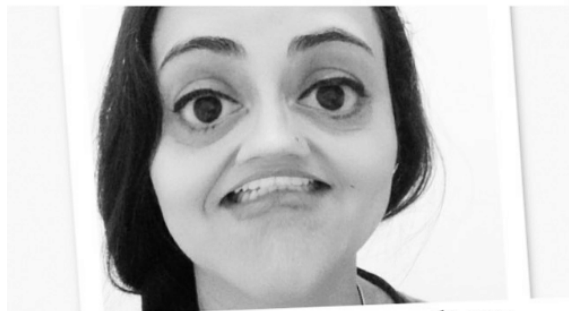
O PACIENTE COMO SER BIOPSISSOCIAL

Uma pessoa não pode ou não deve perder sua dignidade e direitos como pessoa porque está doente. Para May (1977), em Beland e Joyce, o fundamental da Psicologia humanística é compreender o homem como um ser, ou seja, atingir o aspecto mais íntimo de cada pessoa. E para que possamos atingir esse aspecto é preciso considerar a pessoa e seu ambiente como uma unidade composta de fatores interdependentes; é preciso compreender a maneira de pensar, sentir e fazer que o próprio homem desenvolveu como parte de seu ambiente e ainda ter consciência de que o bem-estar só é alcançado quando as necessidades estão sendo supridas satisfatoriamente.

Qualquer doença altera a atuação interpessoal e social do indivíduo e tanto maior será essa alteração conforme for o valor físico, emocional e intelectual que a doença representa para o paciente e seus familiares, sem esquecer que o hospital poderá minimizar ou exacerbar tal alteração.

A base da profissão de um profissional da saúde deve ser a crença no valor da pessoa através do respeito ao atendimento das necessidades básicas do paciente e, para tanto, é imprescindível identificar seus problemas tendo amplas e atualizados conhecimentos fisiopatológicos e psicossociais, sem os quais sua atuação será desnecessária e, muitas vezes, prejudicial.

ESTOU A FIM DE FAZER NOVAS AMIZADES COM PESSOAS QUE ENTENDAM O QUE EU SINTO



ALGUM CARDIOLOGISTA, PSICÓLOGO, NEUROLOGISTA, GASTRO, CLÍNICO GERAL INTERESSADO EM SER MEU AMIGO AÍ?

PSICOLOGIA DO SENSO COMUM

As pessoas de alguma forma utilizam a psicologia em seu cotidiano, ou seja, é uma disciplina que pertence à humanidade, portanto denomina-se psicologia do senso comum, que é o conhecimento acumulado em nosso dia-a-dia. Ex. o poder de persuasão do vendedor, a jovem que usa seu poder de sedução para atrair o rapaz, quando procuramos aquele amigo que está sempre disposto a nos orientar.

Esta pessoa tem o conhecimento acumulado que lhes permite explicar e entender problema ou nos ouvir de um ponto de vista psicológico. Contudo, o

conhecimento herdado, tradicional não é científico nem filosófico, nem possui rigor científico.

Qual a importância da psicologia para as profissões?

- Procurar entender as necessidades do indivíduo e sociedade e estratégias para supri-las e preveni-las,
- Estudar o papel da inteligência emocional; Orientar, selecionar e identificar métodos e técnicas para uma vida melhor,
- Identificar distúrbios, falhas e procurar meios de saná-los ou amenizá-los.
- Trabalhar relacionamento intrapessoal e interpessoal,
- Identificar perfil, potencial, treiná-los e acompanhá-los.



Relação da Psicologia com a Enfermagem

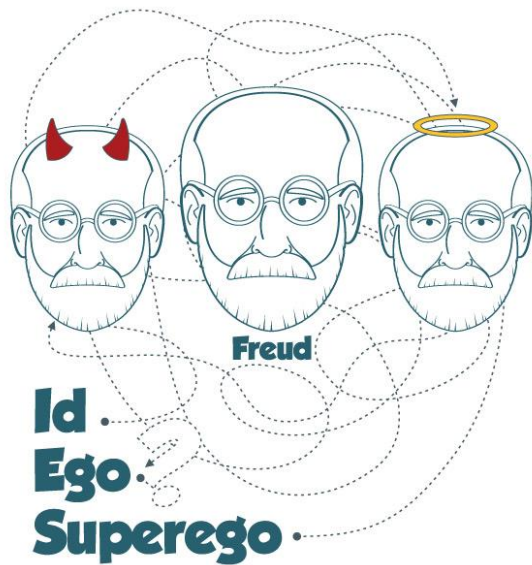
Há duas correntes na área da saúde que se deve conhecer para responder esta questão:

a **primeira** que trata o doente como um paciente passivo e vê a doença como um fator único que pode ser retirada com medicamentos e procedimentos

e a **segunda** corrente que percebe que além de apresentar sintomas da doença, o paciente possui problemas sociais, econômicos, pessoais, psicológicos que se influenciam e que contribui para o surgimento de novas doenças.

Para melhor compreender a forma de agir, pensar e sentir humano o aparelho psíquico foi dividido por Freud em sistemas e o conteúdo mental em níveis de consciência, assim como procurou entender o papel dos sonhos em nossas vidas.

APARELHO PSÍQUICO

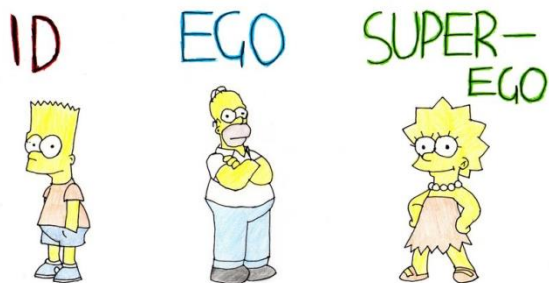


O aparelho psíquico foi estudado por um médico neurologista, utilizando o comportamento normal e anormal de seus pacientes. Ele foi o fundador da teoria psicanalítica, que é utilizada até hoje e que foi ponto de partida de outras teorias e estudiosos. **Segundo Freud, a personalidade é composta por três grandes sistemas: o id, o ego e o superego.**

ID – É de origem orgânica e hereditária. Apresenta a forma de instintos inconscientes que impulsionam o organismo. Há duas formas de instintos: o da vida, tais como fome, sede, sexo, etc.; e os da morte, que representam a forma de agressão. O id não tolera tensão e utiliza o prazer para descarregá-la.

EGO – O ego opera pelo princípio da realidade, isto é pelo que a nossa realidade considera correta. Para satisfazer o id, o ego pensa, percebe, planeja, decide.

SUPEREGO – É o representante das normas e valores sociais que foram transmitidas pelos pais através de castigos e recompensas impostos à criança.



As principais funções do superego são: inibir os impulsos do id (principalmente os de natureza agressiva e sexual) e lutar pela perfeição.

De maneira geral, o id é considerado o componente biológico da personalidade, o ego o comportamento do adulto normal é o resultado da interação recíproca dos três sistemas, pelo equilíbrio do organismo.



Assista o filme: "FREUD, ALÉM DA ALMA"

Direção John Huston. 1963
Observe como Sigmund Freud construiu sua teoria psicanalítica.

APRENDIZAGEM

Nosso comportamento quando adultos é em grande parte determinado pelo que aprendemos nos primeiros anos de vida. Toda aprendizagem se relaciona com a adaptação a novas situações e problemas. Existem muitas formas de aprendizagem, dentre elas estudaremos as seguintes:

Condicionamento Clássico ou Pavloviano:

O fisiólogo russo Ivan Pavlov foi o primeiro a fazer um estudo detalhado dos reflexos condicionados, embora se soubesse há muito tempo que dois acontecimentos que ocorrem ao mesmo tempo tendem a se tornar associados na mente. Pavlov estudou os reflexos não-condicionados nos cães, principalmente o reflexo que leva a saliva a pingar dos lábios quando se coloca carne na boca do cachorro. Ele descobriu que quando outro estímulo – uma luz ou uma campainha – era dado juntamente com a carne, várias vezes sucessivas, o cachorro mais cedo ou mais tarde produziria saliva apenas com este estímulo, sem a carne. A luz ou campainha tornou-se assim um estímulo condicionado e a salivação que se seguia ficou conhecida como reflexo condicionado. O estímulo condicionado tinha que ser reforçado de vez em quando, combinando-o com comida, pois do contrário o reflexo condicionado tenderia a desaparecer.

ANTES DO CONDICIONAMENTO

COMIDA (EI) SALIVAÇÃO (EN)



CAMPAINHA:

SEM RESPOSTA.



DURANTE O CONDICIONAMENTO

CAMPAINHA + COMIDA (EC) SALIVAÇÃO (EN)



DEPOIS DO CONDICIONAMENTO

CAMPAINHA (EC) SALIVAÇÃO (RC)



PSICOLOGIA APLICADA À SAÚDE

Watson, um psicólogo americano, declarou que uma criança nasce somente com uns poucos reflexos simples e que essas respostas reflexas se ligam a novos estímulos pelo condicionamento, tornando-se paulatinamente mais complexas. Ele acreditava que, através de um condicionamento adequado, qualquer criança poderia ser criada para ser aquilo que se quisesse, seja um médico, um craque de futebol ou um lixeiro.

Não que todo o processo de comportamento e aprendizagem do homem possa se explicado simplesmente com base nos reflexos condicionados. Entretanto, o condicionamento pode dar uma explicação aceitável para uma parte deles.

Aprendizagem por ensaio e erro ou condicionamento operante ou instrumental:

Consiste em recompensar e/ou punir alguns atos e não outros, dirigindo dessa maneira o comportamento numa certa direção (modelagem de comportamentos).

É baseada na lei do efeito de Thorndike a qual afirma que "as ações que resultam em satisfação tornam-se mais fortes ao passo que aquelas que não causam satisfação são enfraquecidas e, eventualmente, ignoradas".

A aprendizagem operante pode se basear num sistema de recompensa (reforçamento) ou treinamento de punição.

Qualquer mãe ou criança conhece o princípio do condicionamento operante, a recompensa do "bom" comportamento, a punição do "mau" comportamento. Ele constitui a base da criação, treinamento e educação de crianças, de como elas aprendem a se comportar e adquirem habilidades simples. A recompensa não precisa ser necessariamente material. A aprovação de alguém que a criança ama e respeita pode ser algo tão bom ou até melhor do que recompensas materiais.

Aprendizagem por imitação ou por observação:

Uma pessoa pode até estar saciada de determinado estímulo, mas por ver que aquilo é reforçador para a outra pessoa ela também passa a imitá-la para talvez conseguir o mesmo reforço.

Acontece com as pessoas que jogam na Sena. Nunca ganham, mas por ver que as outras pessoas ganham continuam jogando.

Acontece também com crianças que, pela falta de experiência, passa a observar como as pessoas conseguem comida, água, atenção, etc e imita o comportamento da pessoa observada.

Outro exemplo são as pessoas que imitam os astros de TV por desejarem ter o mesmo reconhecimento e fama que eles.

Nível de Consciência

Para Freud um conteúdo mental pode estar em um dos três níveis de consciência: consciente, pré-consciente e inconsciente.

Consciente – inclui tudo aquilo que estamos conscientes em um determinado tempo.

Pré-consciente (ou subconsciente) – se constitui nas memórias que podem se tornar acessíveis a qualquer momento para o perfeito funcionamento da mente.

Inconsciente – são elementos instintivos e material reprimido, inacessíveis à consciência e que podem vir à tona num sonho, num ato falho. O tempo não altera tudo o que está guardado no inconsciente.

SONHOS

A análise dos sonhos e dos atos falhos também pode ser considerada métodos da teoria psicanalítica, constituindo-se em rica fonte de informações sobre a dinâmica da personalidade.



A personalidade é formada durante as etapas do desenvolvimento psico-afetivo pelas quais passa a criança desde a gestação. Para a sua formação incluem tanto os elementos geneticamente herdados (temperamento) como também o adquirido do meio ambiente no qual a criança está inserido.

São várias as teorias que versam sobre personalidade tanto quanto as controvérsias, temas de discussões presentes em toda história da filosofia, psicologia, sociologia, antropologia e medicina geral. Uma das escolas de grande destaque no estudo da personalidade foi à psicanálise de S. Freud, que sustenta que os processos do inconsciente dirigem grande parte do comportamento das pessoas. Outra escola importante foi a do americano B. F. Skinner que sustenta a tese de que a aprendizagem se dá pelo condicionamento.

Compreender os aspectos e a dinâmica da personalidade humana também não é tarefa simples, visto à complexidade e variedade de elementos que a circunda, gerados por diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Com relação aos aspectos sociais, quanto mais complexa e diferenciada for a cultura e a organização social em que a pessoa estiver inserida, mais complexa e diferenciada ela será. Do ponto de vista biológico, a pessoa já traz consigo, em seus genes, diferentes tendências, interesses e aptidões que também são formados pela combinação dinâmica entre diversos fatores hereditários e uma infinidade de influências sócio psicológicas que ela recebe do meio ambiente. (Fernandes Filho, 1992).

Então, podemos dizer que a personalidade é formada por dois fatores básicos:

- **Hereditários:** são os fatores que estão determinados desde a concepção do bebê. É a

estatura, cor dos olhos, da pele, temperamento, reflexos musculares e vários outros. É aquilo que o bebê recebe de herança genética de seus pais.

- **Ambientais:** São aqueles que também exercem uma grande influência porque dizem respeito à cultura, hábitos familiares, grupos sociais, escola, responsabilidade, moral e ética, etc. São experiências vividas pela criança que irão lhe dar suporte e contribuir para a formação de sua personalidade. Mesmo que alguns traços possam ser parecidos com os de outra pessoa, a personalidade é única. Ela se apoia em uma estrutura biopsicossocial, é dinâmica, adaptável e mutável.

Traços de Personalidade

Para se falar de personalidade é preciso entender o que vem a ser um traço de personalidade. O traço é um aspecto do comportamento duradouro da pessoa; é a sua tendência à sociabilidade ou ao isolamento; à desconfiança ou à confiança nos outros. Um exemplo: lavar as mãos é um hábito, a higiene é um traço, pois implica em manter-se limpo regularmente escovando os dentes, tomando banho, trocando as roupas, etc. Pode-se dizer que a higiene é um traço da personalidade de uma pessoa depois que os hábitos de limpeza se arraigaram. O comportamento final de uma pessoa é o resultado de todos os seus traços de personalidade. O que diferencia uma pessoa da outra é a amplitude e intensidade com que cada traço é vivido. Por convenção, o diagnóstico só deve ser dado a adultos, ou no final da adolescência, pois a personalidade só está completa nessa época, na maioria das vezes. Os diagnósticos de distúrbios de conduta na adolescência e pré-adolescência são outros.

Eneagrama e os nove tipos de personalidade; UM DELES É O SEU!

O Eneagrama é uma ferramenta de mapeamento da personalidade que auxilia de forma precisa e eficaz no autoconhecimento e desenvolvimento, quando bem utilizado, agrega intensamente aos processos de gestão de pessoas, assim como no desenvolvimento pessoal e profissional de cada indivíduo. Trata-se de uma ferramenta milenar que foi decodificado e disseminado nos anos 70 nos Estados Unidos e na Europa por Oscar Ichazo e Claudio Naranjo.

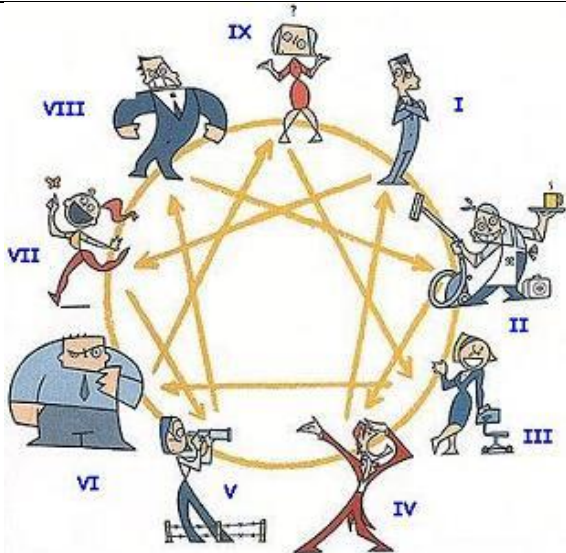
Com os novos desafios do Século XXI, o Eneagrama vem se tornando parte fundamental no processo de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional, pois através dele, você passa a entender suas reais motivações, assim como o porquê de suas ações e reações diante das adversidades.

Conheça os nove tipos de personalidade e tente descobrir qual é o seu...

- 1) O Perfeccionista, Reformista;
- 2) O Prestativo, Manipulador;
- 3) O Bem-sucedido, Competitivo;
- 4) O Individualista;
- 5) O Observador, Pensador;
- 6) O Questionador;
- 7) O Sonhador, Impulsivo;
- 8) O Confrontador, Líder;
- 9) O Pacifista, Preservacionista.



Identifique quem é você na charge....



Com o mapeamento da sua personalidade, você passa a se entender e melhor ainda, você passa a entender o próximo. Coisas que antes poderiam lhe tirar do sério, você passa a ter mais compreensão, entendendo que nem tudo é proposital e sim características de cada personalidade.

Entenda assim, antes de conhecer o Eneagrama, agimos no piloto automático, todas nossas ações e reações são na maioria das vezes inconsciente. Quando conhecemos o Eneagrama, é como conseguíssemos desligar o piloto automático, agindo de forma mais consciente, desenvolvendo a compaixão, tolerância e paciência.



A IMPORTÂNCIA DA VIDA AFETIVA

Situações, sentimentos e lembranças representam algo diferente para diferentes pessoas, por causa das nossas diferentes percepções. A perda de um ente querido, por exemplo, costuma ser algo ruim para todos, mas mesmo assim representará algo diferente para cada um. Na verdade mais importante que a própria realidade é a representação dos fatos dessa realidade.

Afeto é qualquer estado que engloba sentimento e emoção, ou seja, é um conjunto de estímulos que chegam ao nosso mundo interior e recebem significados. Os dois afetos básicos são: amor e ódio.

São nossos afetos que dão colorido a nossa vida e expressam nossos desejos, sonhos, fantasias, medos. Conflitos, passado, presente e futuro. São nossos afetos que determinam nosso comportamento.

Sentimento é um estado afetivo complexo e duradouro, ligado a certas emoções ou representações. As vivências produzem sentimentos no ser humano, que se manifestam de forma diferente em cada um, que variam de acordo com a sensibilidade, ansiedade, temperamento, raiva, etc.



A emoção é um estado de excitação física e psíquica acompanhadas de breves reações em resposta a um acontecimento inesperado. Elas podem ser positivas e negativas, dependendo de como ocorre, o momento em que acontecem e o modo como chegam a ser decodificadas de acordo com as experiências das pessoas. Algumas emoções podem ser vistas como positivas e negativas como o choro, riso, etc. Em toda conduta, nunca há uma ação puramente intelectual, assim como não há atos que sejam puramente afetivos.



CINCO MANEIRAS DE CONTROLAR A ANSIEDADE

- CONTROLE SUA RESPIRAÇÃO**
ANSIEDADE AUMENTA SUA FREQUÊNCIA CARDÍACA
- ESCREVA**
ESCREVER AJUDA A RE DIRECIONAR OS PROBLEMAS E PREOCUPAÇÕES ALIVIANDO OS SINTOMAS DA ANSIEDADE
- ESCUTE SUAS MÚSICAS PREFERIDAS**
SUAS MÚSICAS PREFERIDAS VÃO TE AJUDAR A SE SENTIR MAIS FELIZ GRACAS À AÇÃO DOS HORMÔNIOS EM NOSSO ORGANISMO
- CONVERSE**
PESSOAS QUE TÊM RELAÇÕES SOCIAIS PRÓXIMAS TÊM A APRESENTAR MENORES NÍVEIS DE ANSIEDADE
- MASTIGUE SEMENTES QUE CONTENHAM MAGNÉSIO**
MAGNÉSIO AJUDA NOSSO CORPO NO CONTROLE DA ANSIEDADE

ANSIEDADE



Um dos maiores problemas da mente é encontrar meios para resolver ou amenizar a ansiedade.

A ansiedade é um aumento esperado ou previsto de tensão e pode aparecer em uma situação real ou imaginária.

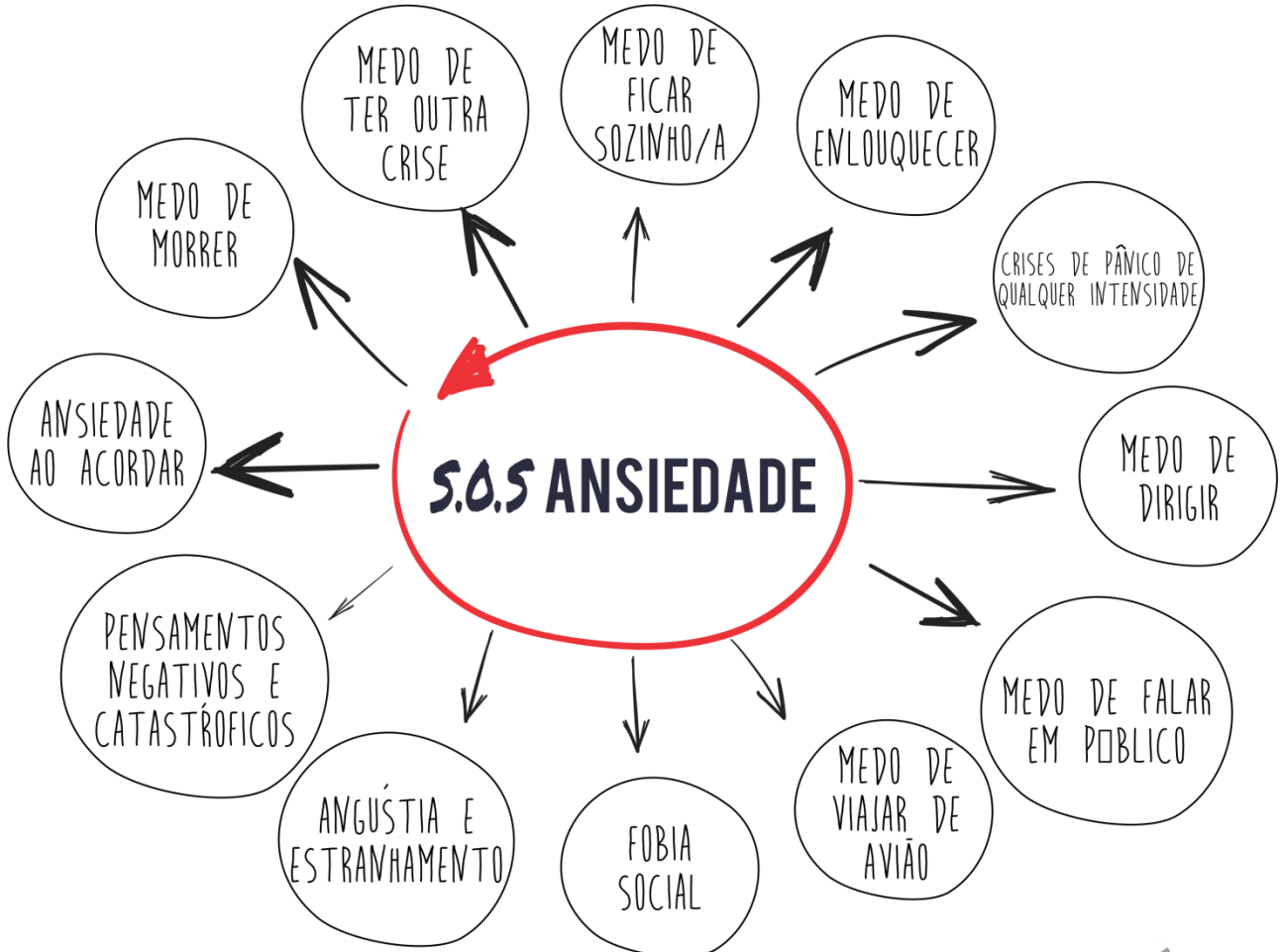
A ansiedade é uma sensação que se manifesta através de vários sintomas, fazem parte da vida de muitas pessoas, principalmente moradoras os centros urbanos. Sintomas Físicos – falta de ar, taquicardia, nervosismo, suores, problemas digestivos (prisão de ventre, enjoos, gases), fome exagerada, falta de apetite, etc. Esses sintomas indicam que seu emocional não esta bem, portanto não adianta tratar as causas emocionais que geram esta ansiedade.

Sintomas Psicológicos – medos sem sentido, sentimento exagerado de irritação, ingestão exagerada de bebidas alcoólicas ou calmantes, mania de perfeição, medo de críticas, medo de errar, sentimentos de inveja, etc.

O QUE DEVEMOS FAZER?

Aprender a lidar positivamente com nossas ansiedades, não mascarando nossos sentimentos, mas tentando entender as causas deles. Se a ansiedade não for entendida, resolvida ou descarregada, poderá ameaçar o corpo e a mente através da negação ou deformação da situação e a isso damos o nome de Mecanismo de Defesa.

Todos os mecanismos de defesa podem ser encontrados em pessoas saudáveis, e sua presença excessiva é, via de regra, indicação de possíveis problemas neuróticos.



Repressão: afasta da consciência uma ideia que provoca ansiedade, contudo o material reprimido continua fazendo parte da mente, exigindo grande quantidade de energia para mantê-lo assim. Ex.: doenças psicossomáticas. As fobias e impotência ou a frieza derivem de sentimentos reprimidos.

Negação: é a tentativa de não aceitar na consciência algum fato que perturba o ego. Os adultos têm a tendência de fantasiar que certos acontecimentos não são, de fato, do jeito que são, ou que na verdade nunca aconteceram. A notável capacidade de lembrar-se incorretamente de fatos é a forma de negação encontrada com maior frequência.

124

Racionalização: é o processo de achar motivos lógicos e racionais aceitáveis para pensamentos e ações inaceitáveis.

Formação Reativa: inversão clara e em geral inconsciente, do verdadeiro desejo. Como outros mecanismos de defesa, as formações reativas são desenvolvidas, em primeiro lugar na infância.

Projeção: é o ato de atribuir a uma pessoa, animal ou objeto, as qualidades, sentimentos ou intenções que se originam em si próprio.

Regressão: é um retorno a um nível do desenvolvimento anterior ou a um modo de expressão mais simples ou mais infantil.

Sublimação: a energia a impulsos e instintos constrangedores é, canalizada para atividades socialmente reconhecidas.

Deslocamento: é um mecanismo psicológico de defesa onde a pessoa atribui sua intenção para outra mais aceita socialmente.

Fantasia: satisfação ilusória para desejos que não se podem realizar. Em dose exagerada a pessoa pode se desviar da realidade, acostumando-se a um mundo irreal, sentindo dificuldades de viver sua realidade.

Fuga: o indivíduo não procura obter satisfação de suas necessidades, pois ele se recusa a participar de qualquer situação que possa provocar fracasso. Quando somos submetidos a constantes frustrações, aprendemos a encarar tudo pelo lado negativo e a esperar o pior. As formas mais comuns de fuga são o isolamento, a fantasia e a timidez. Pessoas que possuem um complexo de inferioridade podem desenvolver este mecanismo de defesa por não se acharem capazes. A fuga também está presente no alcoolismo, no uso de drogas e até mesmo na ingestão de doces ou alimentos.

Sentimento de Culpa – quando a pessoa faz ou pensa em fazer algo que contraria sua consciência, é dominada por um complexo de culpa ou ódio de si mesma. O complexo de culpa é uma espécie de termômetro que indica que nossa autoestima está ameaçada. Para fugir dessa situação, que é dolorosa, a pessoa desenvolve mecanismos de defesa. Os principais mecanismos de defesa são: racionalização, formação reativa e projeção.



TÉCNICAS DE CONTROLE DE ANSIEDADE

A ansiedade é um estado fisiológico, selecionado naturalmente na espécie humana, cuja função é de, basicamente, preparar o organismo para enfrentar um perigo. A ansiedade patológica ocorre quando este estado está desproporcional à situação enfrentada, ou quando ocorre na ausência de qualquer perigo real. Uma vez que a percepção de perigo depende fundamentalmente do processamento cognitivo do indivíduo, podemos dizer que mesmo uma situação de perigo *imaginário* (fantasias) é capaz de desencadear respostas de ansiedade em uma pessoa. Sendo um ou outro caso a situação, em todas elas a ansiedade possui uma manifestação física importante, e os seguintes sintomas estão normalmente presentes:

- I. Taquicardia
- II. Respiração difícil, curta ou faltando
- III. Tremor nas mãos ou em outras partes do corpo
- IV. Desconforto abdominal
- V. Sensação de medo ou perda de controle

O que fazer em relação a estes sintomas?

À parte a recomendação consensualmente aceita de medicação e psicoterapia, existem algumas técnicas bastante simples que podem ser utilizadas a qualquer momento, e que interrompem, relativamente rápido, o estado corporal que a ansiedade provoca. Elas podem ser utilizadas tanto no tratamento das síndromes de ansiedade como também em caráter preventivo – aos primeiros sinais de ansiedade ou de desconforto emocional.

TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO

RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

A respiração tem um papel importantíssimo no processo fisiológico da ansiedade, uma vez que a hiperventilação (respiração rápida, curta e superficial, estilo “cachorrinho”) tem o poder de intensificar os sintomas ansiosos. Sendo assim, a solução é fazer inverso: respirar profundamente, devagar e, de preferência, pelo diafragma.

Experimente enviar o ar inspirado para a região baixa do abdômen, abaixo das costelas. Para auxiliar, você pode imaginar que possui um pequeno balão nesta região, e intencionalmente

enviar o ar para preenchê-lo. Colocar a mão sobre a região ajuda também, pois torna possível visualizar o movimento abdominal e assim apontar a respiração correta. Inspire pelo nariz e expire pela boca. Faça séries de 10 respirações, sempre contando e dizendo o número em voz alta, e então iniciando o ciclo respiratório em tempos iguais (por exemplo, 3 segundos para inspirar e outros 3 para expirar).

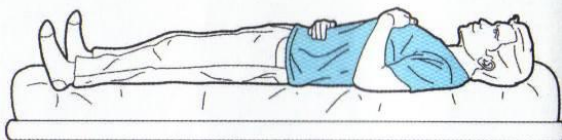


NOTA: essa respiração utiliza o músculo diafragmático, e portanto é possível sentir algum cansaço durante o exercício. Não se preocupe, pois esse cansaço ou desconforto desaparecerá com a prática. Inicie com 5 minutos (ou 10 repetições) pela manhã e verifique um início de dia mais tranquilo e descansado. Se desejar, utilize qualquer momento favorável do dia para praticar – no trânsito, banho, reunião com o chefe ou em qualquer momento em que sintam-se ansiosos.

DICA: na falta de um saquinho (ninguém tem este hábito de andar por aí com um saquinho dentro da bolsa, não é?), coloque uma palma da mão sobre a outra em forma de concha e respire ali dentro. O efeito é exatamente o mesmo.

Agora que sei que a diafragmática é a melhor, como colocá-la em prática?

1 Deitado coloque uma mão na barriga, logo acima do umbigo, e a outra no peito



2 Inale lentamente, procurando fazer de sua barriga um balão expandindo-se. A mão da barriga sobe e desce, e a mão do tórax deve se mexer bem pouco



2. TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Existem diversos tipos de técnicas de relaxamento, todas com o objetivo de obter, basicamente, um estado fisiológico agradável e de tensões reduzidas. Embora grande parte deles trabalhem tendo em vista uma sensação de tranquilidade e bem-estar, existem pequenas diferenças técnicas que focam em um ou outro aspectos mais específicos.

O Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson é uma técnica que foca em, principalmente, um aumento da percepção corporal e consequente aumento do controle muscular. Essa percepção corporal mais acurada é especialmente importante para os que sofrem de ansiedade, pois permite que indivíduo perceba os primeiros sinais de tensão e ansiedade, podendo agir muito mais rapidamente e de maneira bastante eficiente no combate à mesma.



Como o próprio nome diz, trata-se de uma técnica de relaxamento progressivo, ou seja, gradativo, por meio da tensão e relaxamento dos grupos musculares. Nos indivíduos ansiosos, é comum que haja muita contração dos músculos do corpo sem real percepção de que isso esteja ocorrendo. Portanto, é importante identificar quais são estes estados musculares (a tensão e o relaxamento) através da indução dos mesmos. Assim, o indivíduo vai, primeiramente, tensionando os músculos, para em seguida, relaxá-los.

Você pode experimentar fazer isso “de baixo para cima”, ou seja, dos pés até o topo da cabeça. Deitado ou sentado, de olhos fechados, vá visualizando cada parte de seu corpo separadamente, e foque sua atenção a cada grupo de músculos individualmente. Por exemplo, a focar sua panturrilha, procure sentir a tensão na mesma – com a perna estendida, contraia a musculatura puxando a ponta do pé para cima e esticando a linha do calcanhar. Permaneça 5 segundos nesta posição, sentindo a tensão do músculo e atentando a cada parte do corpo envolvida. Perceba como este músculo se relaciona com as coxas, com os joelhos, com os dedos dos pés. Em seguida, solte abruptamente a musculatura e perceba a sensação de relaxamento.

Repita o processo com cada grupo muscular, de ambos os lados, sempre tensionando primeiro e depois soltando abruptamente. Ao passar de um grupo muscular para outro, certifique-se de que o grupo muscular trabalhado está inteiramente relaxado. Pratique uma respiração calma e profunda durante todo o processo.

Este exercício pode ser feito à sua maneira – ouvindo música, ao ar livre, quando você está tenso ou mesmo quando não há nenhuma ansiedade ou estresse presente. Praticar o relaxamento e aumentar a consciência corporal não apenas é uma técnica útil para enfrentar a ansiedade, como também uma maneira eficiente de ganhar qualidade de vida.

delimita. Então a questão é “medo de ser demitido”, e apenas isso importa (a cara do chefe, dos colegas de trabalho, da família, enfim, ficam de fora neste momento). Delimitado o problema, pergunte-se: “e se isso acontecer?”. Novamente delimite o problema e vá fazendo isso até não ter mais alternativas. Novamente você descobrirá que o resultado não é tão ruim assim.

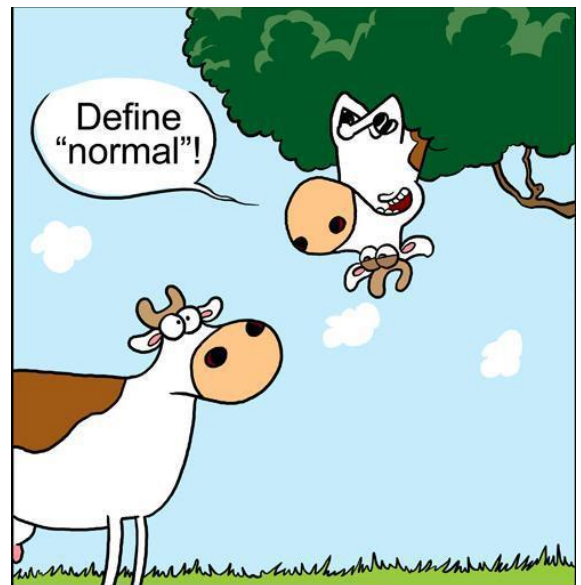


Segue abaixo um exemplo:
 “MEDO DE SER DEMITIDO”
E se isso acontecer?
 “FICAREI SEM DINHEIRO”
E se isso acontecer?
 “VOU TER PEDIR AJUDA AOS MEUS PAIS”
E se isso acontecer?
 “MEUS PAIS NÃO ME AJUDARÃO. TEREI QUE ARRUMAR OUTRO EMPREGO.”
E se isso acontecer?
 “PROVAVELMENTE ARRUMAREI ALGO QUE NÃO GOSTO”
E se isso acontecer?
 “POSSO TRABALHAR EM ALGO QUE NÃO GOSTO E CONTINUAR PROCURANDO.”
E se isso acontecer?
 “FICAREI INSATISFEITO POR UM TEMPO MAS TEREI O DINHEIRO QUE PRECISO PARA PAGAR MINHAS CONTAS.”

No exemplo acima, fica claro que o final da história, embora não ideal, é satisfatório. Este é o objetivo – desmistificar a previsão trágica do futuro e aproximá-la mais das possibilidades reais que um indivíduo possui.

NOÇÕES DE PSICOPATOLOGIA

*Que é loucura: ser cavaleiro andante ou
 segui-lo como escudeiro?
 De nós dois, quem o louco verdadeiro?
 O que, acordado, sonha doidamente?
 O que, mesmo vendado, vê o real e segue o
 sonho de um doido pelas bruxas
 embruxado?*
 Carlos Drummond de Andrade
 (Quixote e Sancho de Portinari, 1974)



O comportamento “normal” e o “patológico” (“anormal / doença mental”)

O conceito de saúde e de normalidade em psicopatologia é questão de grandes questionamentos. Obviamente, quando se trata de casos extremos, cujas alterações comportamentais e mentais são de intensidade acentuada e de longa duração, o delineamento das fronteiras entre o normal e o patológico não é tão problemático. Entretanto, há muitos casos limítrofes, nos quais a delimitação entre comportamentos e formas de sentir normais e patológicas é bastante difícil. Nessas situações, o conceito de normalidade em saúde mental ganha especial relevância. Aliás, o problema não é exclusivo da psicopatologia, mas de toda a medicina (Almeida Filho, 2001); tome-se como exemplo a questão da delimitação dos níveis de tensão arterial para a determinação de hipertensão ou de glicemia, na definição do diabetes.

Esse problema foi cuidadosamente estudado pelo filósofo e médico francês Georges Canguilhem (1978) cujo livro *O normal e o patológico* tornou-se indispensável em tal discussão. O conceito de normalidade em psicopatologia também implica a própria definição do que é saúde e doença mental. Esses temas apresentam desdobramentos em várias áreas da saúde mental. Por exemplo:

1. Psiquiatria legal ou forense. A determinação de anormalidade psicopatológica pode ter

importantes implicações legais, criminais e éticas, podendo definir o destino social, institucional e legal de uma pessoa.

2. Epidemiologia psiquiátrica. Neste caso, a definição de normalidade é tanto um problema como um objeto de trabalho e pesquisa. A epidemiologia, inclusive, pode contribuir para a discussão e o aprofundamento do conceito de normalidade em saúde.

3. Psiquiatria cultural e etnopsiquiatria. Aqui o conceito de normalidade é tema importante de pesquisas e debates. De modo geral, o conceito de normalidade em psicopatologia impõe a análise do contexto sociocultural; exige necessariamente o estudo da relação entre o fenômeno supostamente patológico e o contexto social no qual tal fenômeno emerge e recebe este ou aquele significado cultural.

4. Planejamento em saúde mental e políticas de saúde. Nesta área, é preciso estabelecer critérios de normalidade, principalmente no sentido de verificar as demandas assistenciais de determinado grupo populacional, as necessidades de serviços, quais e quantos serviços devem ser colocados à disposição desse grupo, etc.

5. Orientação e capacitação profissional. São importantes na definição de capacidade e adequação de um indivíduo para exercer certa profissão, manipular máquinas, usar armas, dirigir veículos, etc. Como, por exemplo, o caso de indivíduos com déficits cognitivos e que desejam dirigir veículos, pessoas psicóticas que querem portar armas, ou sujeitos com crises epiléticas que manipulam máquinas perigosas, etc.

6. Prática clínica. É muito importante a capacidade de discriminar, no processo de avaliação e intervenção clínica, se tal ou qual fenômeno é patológico ou normal, se faz parte de um momento existencial do indivíduo ou é algo francamente patológico.

CRITÉRIOS DE NORMALIDADE

Há vários critérios de normalidade e anormalidade em medicina e psicopatologia. A adoção de um ou outro depende, entre outras coisas, de opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas do profissional

Os principais critérios de normalidade utilizados em psicopatologia são:

1. Normalidade como ausência de doença. O primeiro critério que geralmente se utiliza é o de saúde como "ausência de sintomas, de sinais ou de doenças". Segundo expressiva formulação de René Leriche (1936): "a saúde é a vida no silêncio dos órgãos". Normal, do ponto de vista psicopatológico, seria, então, aquele indivíduo que simplesmente não é portador de um transtorno mental definido. Tal critério é bastante falho e precário, pois, além de redundante, baseia-se em uma "definição negativa", ou seja, defini-se a normalidade não por aquilo que ela supostamente é, mas, sim, por aquilo que ela não é, pelo que lhe falta.

2. Normalidade ideal. A normalidade aqui é tomada como uma certa "utopia". Estabelece-se arbitrariamente uma norma ideal, o que é

supostamente "sadio", mais "evoluído". Tal norma é, de fato, socialmente constituída e referendada. Depende, portanto, de critérios socioculturais e ideológicos arbitrários, e, às vezes, dogmáticos e doutrinários. Exemplos de tais conceitos de normalidade são aqueles com base na adaptação do indivíduo às normas morais e políticas de determinada sociedade (como nos casos do macarthismo nos EUA e do pseudodiagnóstico de dissidentes políticos como doentes mentais na antiga União Soviética).

3. Normalidade estatística. A normalidade estatística identifica norma e frequência. Trata-se de um conceito de normalidade que se aplica especialmente a fenômenos quantitativos, com determinada distribuição estatística na população geral (como peso, altura, tensão arterial, horas de sono, quantidade de sintomas ansiosos, etc.). O normal passa a ser aquilo que se observa com mais frequência. Os indivíduos que se situam estatisticamente fora (ou no extremo) de uma curva de distribuição normal passam, por exemplo, a ser considerados anormais ou doentes. É um critério muitas vezes falho em saúde geral e mental, pois nem tudo o que é frequente é necessariamente "saudável", e nem tudo que é raro ou infrequente é patológico. Tomem-se como exemplo fenômenos como as cáries dentárias, a presbiopia, os sintomas ansiosos e depressivos leves, o uso pesado de álcool, fenômenos estes que podem ser muito frequentes, mas que evidentemente não podem, a priori, ser considerados normais ou saudáveis.

4. Normalidade como bem-estar. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1946) definiu, em 1946, a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como ausência de doença. É um conceito criticável por ser muito vasto e impreciso, pois bem-estar é algo difícil de se definir objetivamente. Além disso, esse completo bem-estar físico, mental e social é tão utópico que poucas pessoas se encaixariam na categoria "saudáveis".

5. Normalidade funcional. Tal conceito baseia-se em aspectos funcionais e não necessariamente quantitativos. O fenômeno é considerado patológico a partir do momento em que é disfuncional, produz sofrimento para o próprio indivíduo ou para o seu grupo social.

6. Normalidade como processo. Neste caso, mais que uma visão estática, consideram-se os aspectos dinâmicos do desenvolvimento psicossocial, das desestruturações e das reestruturações ao longo do tempo, de crises, de mudanças próprias a certos períodos etários. Esse conceito é particularmente útil em psiquiatria infantil, de adolescentes e geriátrica.

7. Normalidade subjetiva. Aqui é dada maior ênfase à percepção subjetiva do próprio indivíduo em relação a seu estado de saúde, às suas vivências subjetivas. O ponto falho desse critério é que muitas pessoas que se sentem bem, "muito saudáveis e felizes", como no caso de sujeitos em fase maníaca, apresentam, de fato, um transtorno mental grave.

8. Normalidade como liberdade. Alguns autores de orientação fenomenológica e existencial

propõem conceituar a doença mental como perda da liberdade existencial (p. ex., Henri Ey). Dessa forma, a saúde mental se vincularia às possibilidades de transitar com graus distintos de liberdade sobre o mundo e sobre o próprio destino. A doença mental é constrangimento do ser, é fechamento, fossilização das possibilidades existenciais. Dentro desse espírito, o psiquiatra gaúcho Cyro Martins (1981) afirmava que a saúde mental poderia ser vista, até certo ponto, como a possibilidade de dispor de "senso de realidade, senso de humor e de um sentido poético perante a vida", atributos estes que permitiriam ao indivíduo "relativizar" os sofrimentos e as limitações inerentes à condição humana e, assim, desfrutar do resquício de liberdade e prazer que a existência oferece.

9. Normalidade operacional. Trata-se de um critério assumidamente arbitrário, com finalidades pragmáticas explícitas. Define-se, a priori, o que é normal e o que é patológico e busca-se trabalhar operacionalmente com esses conceitos, aceitando as consequências de tal definição prévia. Portanto, de modo geral, pode-se concluir que os critérios de normalidade e de doença em psicopatologia variam consideravelmente em função dos fenômenos específicos com os quais se trabalha e, também, de acordo com as opções filosóficas do profissional. Além disso, em alguns casos, pode-se utilizar a associação de vários critérios de normalidade ou doença, de acordo com o objetivo que se tem em mente. De toda forma, essa é uma área da psicopatologia que exige postura permanentemente crítica e reflexiva dos profissionais.



**ATRAVÉS DO ESPELHO – 1961
12 HOMENS E UMA SENTENÇA 1957.
UMA MENTE BRILHANTE 2001.**



MECANISMOS DE DEFESA

As memórias exiladas, as ambições inaceitáveis, os desejos viscerais e as urgências não atendidas, estes ingredientes reprimidos nunca desaparecem: de seu ostracismo mental no inconsciente, todos continuam tentando influenciar vigorosamente o comportamento do Ego.

Se o Ego for obrigado a admitir suas fraquezas, ele se despedaçará em lascas de ansiedade direcionadas ao mundo exterior; em uma crise moral para refutar as doutrinas do Superego, e em comportamentos neuróticos para sufocar as paixões primitivas do Id. Ele precisa ser forte. Ou, pelo menos, parecer que é.

A saída que o Ego encontrou para este impasse foi manter todo e qualquer pensamento desagradável longe da mente consciente utilizando algumas barreiras elegantes: os Mecanismos de Defesa do Ego. Os mecanismos de defesa são naturais e, até certo ponto, normais. É quando eles se excedem em sua tarefa que você experimenta neuroses como ansiedade, fobias, obsessões e histeria. Existem vários mecanismos de defesa do Ego, mas vamos considerar os 13 mais comuns que atuam no seu dia a dia:

REPRESSÃO. Foi o primeiro mecanismo descoberto por Freud e, provavelmente, o mais importante. O Complexo de Édipo e a falta de lembranças vívidas de um acidente no qual você se envolveu são bons exemplos de Repressão. Infelizmente, este mecanismo não é muito eficaz no longo prazo: ainda que o Ego prenda os desejos, as ideias conflitantes e as memórias perturbadoras em um lugar calabouço, eles ainda conseguem fazer um barulho desconcertante de lá, criando ansiedade.

PROJEÇÃO: consiste em atribuir seus próprios pensamentos, sentimentos e razões a outras pessoas. Por exemplo: você odeia alguém, mas seu Superego diz que esse ódio é inaceitável. O que fazer? Simples: você "resolve" o problema assumindo que aquela pessoa lhe odeia – e sua raiva recíproca é apenas uma reação inevitável a isso. Ou vamos supor que você vive reclamando que sua mulher nunca lhe dá atenção quando quem não dá atenção alguma é você mesmo. A projeção em geral resulta de uma falta de entendimento ou reconhecimento de suas próprias motivações e sentimentos.

INTROJEÇÃO: é o oposto de Projeção. Aqui, o indivíduo procura integrar – sem titubear – as crenças e valores de outros à estrutura do seu próprio Ego. Por exemplo: a criança adota atitudes e princípios de seus pais, ou o adolescente passa a exibir comportamentos agressivos aprendidos na escola, ou o sujeito passa a acolher toda e qualquer recomendação de seu líder político ou religioso. Introjetar é um meio de se defender unindo-se ao inimigo. Infelizmente, a Introjeção leva a pessoa a colocar crenças alheias acima de suas próprias necessidades – e essa decisão logo resultará em tentativas desgastantes para reconciliar conceitos incongruentes, produzindo mais ansiedade. Não é raro ver pessoas adultas que dedicaram anos focadas em atender às expectativas de seus pais ou cônjuges e que, na maturidade ou na eventualidade de uma separação, se veem perdidas quando precisam desenvolver seus próprios valores e opiniões. Por trás dos escudos de defesa do Ego, passaram a vida introjetando. Nunca cresceram.

DESLOCAMENTO: você redireciona seus impulsos para um substituto indefeso. O alvo de sua agressão pode ser uma pessoa ou um objeto qualquer que sirva simbolicamente de duplê. Por exemplo: um desejo sexual não realizado pode se transformar em um fetiche. Ou você pode chegar em casa putado da vida com alguma coisa no trabalho e dar um chute no cachorro, ou jogar o celular na parede durante um desentendimento conjugal, ou brigar com a enfermeira porque está angustiado com a possibilidade do que o médico irá lhe dizer – ou já lhe disse. Em todos estes casos, você não está sendo honesto consigo mesmo: está apenas

acionando um escudo descontando sua cretinice nos outros.

ANULAÇÃO: após um Deslocamento constrangedor, você tenta desfazer ou cancelar simbolicamente uma experiência que considera intolerável. Por exemplo: depois de quebrar o celular de sua mulher em uma discussão, você volta para casa todo romântico trazendo um buquê. Ou retorna ao hospital e deixa uma caixa de bombons na recepção. Ou leva o cachorro para uma volta.

SUBLIMAÇÃO: também semelhante ao deslocamento, mas ocorre quando você direciona suas emoções para algo mais construtivo, transformando o negativo em algo aceitável. Muitos escritores, músicos e esportistas tiveram vidas miseráveis e utilizaram seu tormento como combustível para expressar sua arte. Para Freud, a Sublimação era a pedra angular da vida civilizada: segundo ele, as artes e todas as ciências seriam apenas sexualidade sublimada.

NEGAÇÃO: a pessoa se recusa a reconhecer a existência de uma situação real ou dos sentimentos associados a ela. Sabe aquele seu amigo que pesa 140 quilos e insiste em dizer que "não sei como engordei, porque eu nem como muito..."? Exato. Ele está em negação.

FORMAÇÃO REATIVA: aqui você já ultrapassou os limites da negação e passou a agir de modo diametralmente oposto a como se sente – ou gostaria de se sentir. Basicamente, você está impedindo a manifestação de pensamentos ou sentimentos inaceitáveis exagerando comportamentos opostos. Por exemplo: a menina está infeliz, insegura, carente no último nível, despontada por não ter um relacionamento amoroso sério, mas se sente incapaz de expressar seus sentimentos negativos de raiva e tristeza. Então ela posta uma foto sorridente e sexy no Facebook com a legenda: "Estou solteira e você vai ter que ser muito especial para mudar isso". Humhum. Sei. A Homofobia é outro bom exemplo de Formação Reativa: homens com impulsos homossexuais que ainda estão reprimidos dentro do armário tendem a ter comportamentos ostensivamente anti-homossexuais como uma forma de se convencerem de sua própria heterossexualidade. Doido, não? Mas acontece.

REGRESSÃO: em resposta a um estresse, o sujeito se retira a um estágio anterior de desenvolvimento e às medidas de conforto associadas a ele. É o típico caso do filho de 4 anos que, ao ganhar um irmãozinho recém-nascido, quer voltar a mamar no peito da mãe. Ou do menino de 9 anos que tornou a fazer xixi na cama depois de ter sido hospitalizado para uma cirurgia de apêndice. Ou o adolescente que começa a rir de modo incontrolável quando vai puxar conversa com alguém por quem tem atração. Ou do adulto que prefere passar o dia inteiro na cama ao invés de ir enfrentar os perigos – e os prazeres – do mundo lá fora. Eles estão se defendendo através de Regressão.

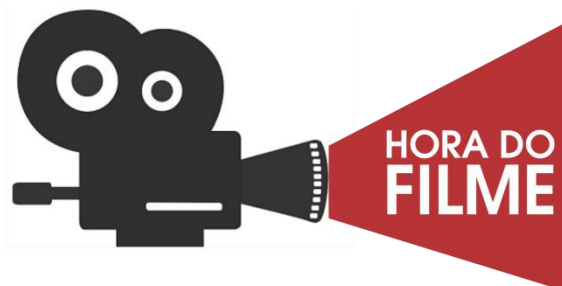
RACIONALIZAÇÃO: é uma distorção cognitiva dos fatos para tornar um evento menos ameaçador. É o tal do cara que diz que bebe pra cacete só porque precisa esquecer. Esquecer o quê? "Que eu bebo pra cacete", ele responde. Ou diz que

bebe para lidar com um casamento fracassado ou com um emprego fajuto, enfim. Infelizmente, muitas pessoas possuem Egos tão sensíveis que arrumar desculpas se converteu em uma segunda natureza para elas: se tornaram tão acostumadas a essa rotina que estão sempre dispostas a acreditar piamente nas próprias mentiras.

INTELECTUALIZAÇÃO: se assemelha à racionalização, mas em geral com menos distorção da realidade. Você vai ser transferido de setor ou de cidade, ou foi mandado embora do emprego, ou simplesmente tomou um pé na nádega de sua alma gêmea, e agora está aí construindo relatório de várias páginas sobre "como foi melhor ter sido assim". A Intellectualização é uma tentativa de evitar a expressão de emoções reais associadas a uma situação estressante utilizando lógica, raciocínio e análise.

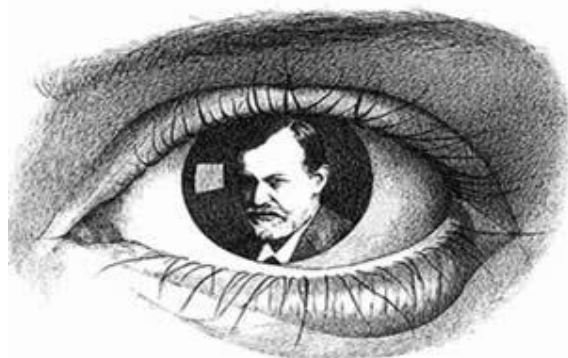
ISOLAMENTO: você se separa de um pensamento ou uma recordação dos sentimentos associados a eles. Costuma ser observado, por exemplo, em mulheres vítimas de agressão sexual que relatam o ocorrido sem demonstrar qualquer emoção.

SUPRESSÃO: sabe aquelas vezes em que você respondeu "Não vou pensar nisso agora"? Ou optou por dizer algo como "Vou deixar para refletir sobre isso mais tarde" ou "Prefiro pensar nisso uma outra hora". Então. Você não estava apenas procrastinando: esses bloqueios voluntário da sua própria consciência eram nada mais, nada menos, que seu Ego operando mais um mecanismo de defesa.



Assista o filme:
CÃO DE BRIGA

Diretor: Louis Leterrier
Observe a relação entre os mecanismos de defesa e a história do filme.



NEUROSE

A pessoa neurótica reconhece que está doente, embora não possa associar seus sintomas com um conflito emocional óbvio. Ele permanece em contato

com a realidade. Pode continuar a adaptar-se socialmente porque a pessoa neurótica não gosta da realidade que vive, mas se adapta a ela da sua maneira.

O neurótico sofre de reminiscências, quer dizer, o que ele passou no passado, ele sofre no presente, atualiza no presente, o que significa um sofrimento inútil.

Como exemplos de distúrbios neuróticos temos a:

- ✓ Neurose obsessiva-compulsiva
- ✓ Neurose histérica
- ✓ Neurose fóbica / síndrome do pânico
- ✓ Neurose hipocondríaca

A. Neurose obsessiva-compulsiva

A pessoa com personalidade obsessiva é excessivamente asseada, pontual e de confiança. Ela costuma conferir tudo o que faz muitas vezes (rituais). Não gosta de mudança e fica contrariada com qualquer alteração em sua rotina. Tem atividades compulsivas, como por exemplo: gastar dinheiro demais ou ser muito avarento, comer demais e ser obeso, ser muito organizado no sentido de ser perfeccionista.

Gosta de sentir que tem o completo controle de si mesmo e de seu mundo. Mantém suas emoções sob controle e raramente perde a calma. Seu senso de humor é limitado. Parece que precisa controlar completamente seu meio ambiente ou então não fazer nenhuma tentativa neste sentido, nenhum meio-termo é possível.

Possui a moral muito rígida principalmente com relação a regras e horários.

Tem medo exagerado que pode chegar a uma paranoia.

É muito bom para os outros, mas pensa pouco em si mesmo, sendo às vezes auto agressivo e possuindo auto exigência (perfeccionismo). Sacrifica-se pelos outros. Tudo tem que ter sacrifício, tem que complicar as coisas mais simples.

B. Neurose histérica

A pessoa com personalidade histérica é diferente. Ela precisa sentir que é o centro das atenções. Um pequeno desprezo será encarado como um insulto mortal, uma palavra impensada tornar-se-á uma declaração de amor ou prova de que não é mais amada.

É perfeccionista no sentido estético pois gosta de se sentir bonito para seduzir as pessoas. É um bom "ator", faz "teatro" em várias situações para dar a visão que está tudo bem. É muito bom consigo mesmo, pensando mais em si do que nos outros, não sacrifica pelos outros por isso se permite viver mais. É decidido, seguro de si.

Pacientes assim nunca são monótonos. Não é de estranhar a possibilidade de que as personalidades histéricas e obsessivas sejam atraídas umas pelas outras!

C. Neurose fóbica/Síndrome do Pânico

Uma das principais angústias do homem é o medo de ficar só, o medo da solidão. O que significa estar só? Para ser só a pessoa tem que entrar em contato consigo mesma, ser independente e para isso ela deve ter uma boa autoestima e saber lidar com os próprios sentimentos. A neurose fóbica se caracteriza pelo medo excessivo e evitação de algum objeto normalmente inofensivo.

A Síndrome do Pânico tem vários sintomas físicos quanto psicológicos. Eis alguns exemplos:

- ✓ Físicos: palpitações, taquicardia, falta de ar, tremores, dormência no corpo, sudorese, tontura, medo de perder o controle, medo de ficar louco, medo de morrer (medo de o coração parar), etc.
- ✓ Psicológicos: sensação de vazio, sensação de desamparo, medo de ficar sozinho, culpa pelo fracasso, fragilidade, perda da identidade, baixa resistência à frustração, medo da morte, necessidade da mentira, vira escrava do próprio medo, etc.

D. Neurose hipocondríaca

Caracteriza-se pela preocupação com doenças imaginárias e outros sintomas corporais.



10 COISAS QUE NÃO SE DEVE FALAR para uma pessoa com síndrome do pânico

Você pode até pensar que está ajudando... #sqn

Listamos aqui, 10 coisas que não se deve falar para alguém que tem Síndrome de Pânico:

1) "Isso é só uma fase."

Acredite, nenhuma doença é "só uma fase". Doenças psíquicas continuam sendo DOENÇAS. Existem diagnósticos, tratamentos... Não ficamos doentes porque queremos! Ok? Ok!

2) "Você devia tentar mais um pouquinho; fazer mais esforço."

Você está no meu corpo pra saber o quanto eu já tentei ou tento todos os dias? O quanto é difícil e custoso ou quão grande é a minha luta?

3) "Para de fazer isso!"

Você realmente acha que é questão de escolha? Não tem como parar: se eu soubesse, certamente não teria mais crises!

4) "Você não quer se ajudar."

Tem certeza? Se eu não quisesse me ajudar, não tinha procurado ajuda médica nem estaria tomando remédios para controle. Nem banho todo dia pra

ficar cheirosa, nem passaria batom pra me sentir bonita...

5) "Você tem que ser mais positiva, mais good vibes."

Síndrome de Pânico não é questão de pensamentos negativos: entenda!

6) "Isso é imaturidade. Com o tempo, vai melhorar. Não precisa de remédio."

E por acaso virou médico(a) agora pra falar se preciso ou não de remédio?

7) "Você gosta de se sentir triste."

Não, eu não gosto! Assim como não conseguimos controlar as risadas, não conseguimos controlar os choros.

8) "Você toma remédio para se sentir feliz?"

Sim, tomo remédios para melhorar a minha doença/ me curar... Não existe remédio para a felicidade, amigo.

9) "Você preenche sua existência com remédio."

Ninguém preenche existência com remédio, nem mesmo um(a) hipocondríaco(a). Preenchemos a existência com amizades, amores, alegrias... Porque SABEMOS, assim como uma pessoa saudável, que as melhores coisas da vida não são coisas.

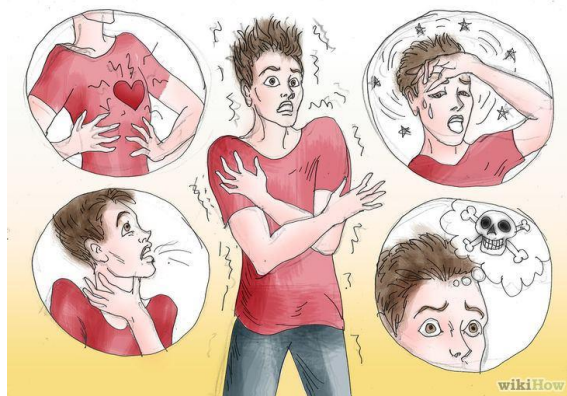
10) "Você só fica em casa! Nunca sai."

Se você pudesse entender o meu medo de multidões, eu agradecería. Seria maravilhoso...

Então parem! Apenas parem de falar todas essas frases enquanto há tempo. Você pode até pensar que vai ajudá-lo(a). Mas não vai...

<https://pt.aleteia.org/2016/08/24/as-10-coisas-que-nao-se-deve-falar-para-uma-pessoa-com-sindrome-do-panico/>

Como ajudar alguém que sofre de Síndrome do Pânico/Ansiedade



Aqui você encontrará algumas dicas básicas e essenciais para entender melhor esse problema e saber até que ponto e de que maneira ajudar.

Nunca menospreze o problema

A síndrome do pânico não é frescura, bobagem ou loucura. Nunca diga a uma pessoa que apresenta sintomas de pânico que ela não tem nada demais ou que é fraqueza dela. A síndrome do pânico é um

problema real que deve ser levado a sério. É importante saber que a pessoa já sofre o bastante com os sintomas da doença, fazê-la se sentir fraca ou perturbada mentalmente é muito cruel e absolutamente desnecessário. A pessoa não é fraca nem covarde, apenas está doente e precisa de ajuda.

Não exerça nenhum tipo de pressão

Se uma pessoa com esse problema diz que não tem condições de fazer algo é porque realmente não tem. A síndrome do pânico não impede o paciente de perceber suas limitações com relação à doença. Não fique insistindo pra ela sair ou desenganar; acredite, ela quer muito isso, mas não está em condições de enfrentar algumas situações sem ter uma crise ou mal-estar. Tenha muita calma.

Evite formas de incentivo grosseiras ou agressivas

Evite tentar incentivá-la "dando um empurrãozinho" ou um "chacoalhão", esperando que assim ela reaja. A pessoa está certamente muito sensibilizada e esse tipo de incentivo pode soar como uma agressão para ela, pois certamente se sentirá fraca diante dos outros. Gritar ou dizer certas coisas em tom muito entusiástico para provocar uma reação pode atrapalhar mais do que ajudar.

Evite contar histórias trágicas ou de enfermidades para quem tem esse problema

Em geral, durante o período de crises, a pessoa fica muito suscetível a incorporar sintomas às suas crises, tem medo de ter a mesma doença que ouviu falar ou de sofrer um acidente como "aquele que aconteceu com a vizinha..."

Mantenha a calma durante as crises

Embora seja difícil, procure manter a calma se a pessoa tiver uma crise. Se você não se abalar, mostrar que está por perto para ajudá-la e conseguir acalmá-la, dar segurança, dificilmente ela terá outra crise perto de você. Se você se envolver no desespero do paciente, dificilmente poderá ajudá-lo. As crises podem demorar um pouco, mas elas passam.

Evite tratar quem tem o problema como um coitadinho

Qualquer ser humano se sente inferiorizado quando sentem pena dele. Cuide da pessoa com confiança em sua recuperação e não como se ela fosse uma vítima das circunstâncias.

Jamais indique medicamentos por conta própria ou por experiências de terceiros

Deve-se sempre consultar um psiquiatra para saber qual o tratamento mais indicado para cada caso.

Seja paciente com a pessoa e consigo mesmo

É preciso ter muita paciência e não é nada fácil entender o que se passa nessa situação. Por isso, se você se sentir impotente ou incapaz de entender e ajudar, saiba que isso é bastante comum. Você

jamais deve se sentir um inútil por não poder resolver o problema. A melhor ajuda que você pode dar é manter a calma e confiar muito na recuperação da pessoa, mostrando sempre que você está ali para apoiá-la. Se for necessário, procure um dos grupos de ajuda. Eles também podem ajudar as famílias dos pacientes e dar maiores informações sobre a doença.

Fonte: **Síndromedopanicorenasca**

PSICOSE

O psicótico tem maior comprometimento psíquico. A pessoa psicótica tem sua personalidade inteiramente distorcida pela doença. Aceita seus sintomas como reais e a partir deles passa a reconstruir seu ambiente, recriando um mundo que somente ele pode reconhecer, tem delírios e alucinações diversas (distúrbios de percepção). O psicótico não aceita a realidade, por isso cria uma nova realidade para viver. Torna-se incapaz de continuar seu trabalho ou até mesmo de viver com a família porque seu senso de autopreservação fica seriamente perturbado.

A vida do psicótico é um eterno drama. O que fica do mundo para ele é a hostilidade. Para se chegar a psicose, a sua história de vida foi muito horrível, a hostilidade foi a marca que mais ficou para ele e o que mantêm seu psiquismo vivo são os delírios e as alucinações. Possui dificuldades afetivas, sexuais e nos seus relacionamentos. Acha que não precisa das outras pessoas porque ele delira e cria uma

pessoa que seja ideal para ele.

É muito instável de humor, são antissociais e possuem uma inteligência média para superior porque ele tem um "jogo psíquico" que não se encontra nas outras estruturas.

Eles querem ter certeza de tudo e serem os donos da verdade. Quando essa certeza é atingida, o psicótico se defende com o autoritarismo e agressividade. Usa de palavras que por serem francas demais podem magoar alguém e isso ocorre porque ele não tem noção de limites, não tem noção do outro.

Os pacientes psicóticos são os mais difíceis de tratar, pois têm um ressentimento em relação à pessoa que cuida dele, devido à autoridade que essa pessoa representa. São persuasivos e manipuladores, porém podem ser amáveis e racionais. A melhor atitude a adotar é manter uma firmeza amistosa.

a) Esquizofrenia

A etimologia da palavra esquizofrenia vem de Esquizo = cisão e Frenia = personalidade. Esquizofrenia é a dupla personalidade ou personalidade múltipla.

A pessoa com personalidade esquizoide é tímida, acanhada e "fechada". É emocionalmente fria, incapaz de se relacionar e formar amizades profundas. Frequentemente é excêntrica em seus

EDITORIA DE ARTE / O TEMPO

ESQUIZOFRENIA

O que é?

A esquizofrenia é uma doença mental grave e crônica, que se enquadra no grupo das psicoses

Sintomas

Caracteriza-se pela perda do contato com a realidade, delírios, alucinações e falta de controle sobre os pensamentos. Os primeiros sintomas começam a aparecer entre os 15 e 25 anos e são mais comuns em homens

Diagnóstico

Não envolve exames e é eminentemente clínico, por meio de uma entrevista psiquiátrica

Incidência

Atinge de **0,8% a 1,2%** da população mundial, o que no Brasil significa cerca de **2 milhões de pessoas**

Tratamento

Quanto mais precocemente começar o tratamento com antipsicóticos, melhor. Geralmente é feito uso de medicação contínua

FONTE: PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA.

hábitos e leva uma vida própria, à parte das outras pessoas.

É também característica dos esquizofrênicos possuírem: comportamentos bizarros ou estranhos; o isolamento, pois têm dificuldade de socialização; dificuldades sexuais como a dificuldade de ereção tendo satisfação pela masturbação ou pela humilhação, agressão e mágoa a pessoa com quem está tendo relações sexuais. Faz muitas generalizações, como por exemplo: "Todos os homens não prestam", "Todas as mulheres traem". É irônico, debochado, busca um ponto fraco da pessoa para atacar. É rígido, de pouca brincadeira e quando brinca é através da ironia.

b) Paranoia

134

Pelo DSM- V, a paranoia está incluída na esquizofrenia.

A pessoa com personalidade paranoide é desconfiada de todos e o delírio mais constante é o delírio de perseguição. Ela é sensível e também lhe falta senso de humor. Tem uma ideia superior de suas próprias habilidades, sendo difícil trabalhar com ela, pois é rígida e inadaptável. Tem poucos amigos.



Síndromes Psicológicas

Transtorno bipolar – **O LADO BOM DA VIDA 2012**

Personalidade antissocial – **Psicopata americano – 2000 e O silêncio dos Inocentes 1991**

Esquizofrenia – **Uma mente brilhante -2001 e As Horas 2000**

Síndromes Afetivas/Instituições Psiquiátricas; suicídio – **GAROTA, INTERROMPIDA – 1999**

DEPRESSÃO



É uma doença afetiva causada por alterações químicas no cérebro, que afeta seus pensamentos, sentimentos, saúde e comportamento. Pode ser causada por fatores biológicos e por fatores psicológicos. É uma doença afetiva ou do humor.

A depressão ocorre quando um dos neurotransmissores químicos chamados serotonina (molécula responsável pela transmissão de impulsos nervosos) que regula o humor, o sono, o apetite, a memória, a agressividade, estão em desequilíbrio. O indivíduo apresenta sintomas de generalizar situações de forma negativa.

Entre os fatores desencadeadores da depressão, estão: doenças físicas, medicamentos, drogas e álcool genéticos e história familiar, personalidade. Percebe-se que uma pessoa está deprimida quando permanece apática, tristonha, chorando por qualquer motivo, sem vontade de realizar alguma atividade, etc.

Psicologia – busca de causas e trabalho com as mesmas, ou auxílio para que a pessoa estabeleça objetivos em sua vida, recuperando o entusiasmo em viver.

Entre os medicamentos estão:

a. **Tranquilizantes** – que acalmam os sintomas dolorosos, como angústia perturbações sexuais, perturbações do apetite, do sono, etc.. São os tratamentos de apoio ao tratamento antidepressivo.

b. **Antidepressivos** – ajudam a restaurar o equilíbrio das substâncias químicas no cérebro.

"Depressão é uma doença que faz a gente parar de enxergar a realidade que está a nossa volta. Por mais que alguém diga que você é bonita, bem-sucedida, nada disso adianta quando a gente está com esse defeito na cabeça, que diz exatamente o contrário", conta Nauzila Campos, de 25 anos. A jornalista, advogada e modelo convive com a doença desde 2015.

O número de pessoas que vivem com depressão, segundo a OMS, cresceu 18% entre 2005 e 2015. A estimativa é de que, atualmente, mais de 300 milhões de pessoas de todas as idades sofram com a doença no mundo. "No pior dos casos, a depressão pode levar ao suicídio, segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos", destaca a OMS.



"O problema da depressão é que, mesmo que ela não seja crônica, ela é um fantasma que fica ali na moita, à espreita, pronta para atacar novamente", acrescenta Nauzila. Em uma das crises, a advogada ficou horas vagando pelas ruas. Hoje, ela usa as redes sociais para falar do problema.

A coordenadora da Comissão de Estudo e Prevenção ao Suicídio da Associação Brasileira de Psiquiatria, Alexandrina Meleiro, destaca que a falta de conhecimento faz com que o assunto se torne tabu, por isso, é tão importante discutir o tema. "Só sabe o que é depressão quem já passou ou está passando [por isso]. Quem está de fora claro que tem preconceito: é por que não tem o que fazer, é por que é preguiçoso. Então, [o doente] tem mil rótulos."

O quadro de diminuição de autoestima, tristeza, desânimo e perda cognitiva é resultado de alterações nos neurotransmissores. "Então, a pessoa fica mais lenta nas reações emocionais, no sono, no peso que pode alterar para mais ou para menos. Uma infinidade de sintomas vai expor o quadro depressivo", conta Alexandrina. Segundo a OMS, a depressão será em uma década a doença que mais vai afastar as pessoas do seu dia a dia.

Além das redes sociais, séries na internet, desafios virtuais e brincadeiras perigosas colocam esses assuntos em destaque.

TRISTEZA	DEPRESSÃO
✓ Passageira (horas, ou no máximo dias)	✓ Duradoura (semanas, meses ou anos)
✓ Sentimento normal do ser humano	✓ Doença (patologia mental diagnosticada por médico)
✓ Reação comum diante de problemas na vida	✓ Não é necessário existir um fator externo
✓ Não altera o sono, apetite nem provoca sintomas	✓ Altera o corpo (sono, apetite, dores difusas)
✓ Não afeta a performance no trabalho	✓ Afeta a capacidade para o trabalho
✓ Não afeta as relações interpessoais	✓ Prejudica as relações interpessoais

BULLYING



(13 Reasons Why, série que conta a história de uma garota que sofreu bullying e posteriormente suicidou-se)

ENTREVISTA COM AGRESSORA E VÍTIMA DE BULLYING.

ENTREVISTA DE UMA VÍTIMA:

1. Qual foi o motivo para que começassem a praticar bullying com você?

Foi por eu ser gordinha, na época da adolescência todas nós passamos por mudanças, e eu tinha perdido um parente super querido a pouco tempo, estava frágil e creio que o praticante se aproveitou. Viu que eu não me defenderia.

2. E como começou?

Começou quando entrei na escola, mudei de cidade e por ser nova virei alvo.

3. A primeira coisa que você fez pra tentar resolver a situação foi...

Coversar com a pessoa, o que não adiantou, então eu parei de ir a escola, isso era fim do ano, o que fez com que chamassem eu e minha mãe.

4. Sentiu alguma consequência, pelo ato sofrido?

Sim, muitas. Hoje estou com peso considerado normal, e mesmo assim me sinto inferior as outras garotas, penso que sempre tem alguém me olhando e me achando gorda e desajeitada.

5. Faria bullying com alguém?

Jamais. Pelo contrário, eu defendo quando vejo que uma pessoa é alvo. Me lembro do que sofri, isso me faz ter raiva, porque muitas vezes até os professores vêem e participam do ato.

6. Você contava para alguém o que sofria?

Pra minha mãe, e só pra ela, e mesmo assim ela achava que era brincadeira de criança. Eu tinha medo de contar pra outras pessoas e elas começarem a rir de mim também.

7. Acha que as escolas estão preparadas para enfrentar esse tipo de problema que é tão freqüente entre os alunos?

Não. Alguns professores praticam bullying. O jeito de resolver é enfrentar o "problema", o que faz a pessoa desviar de você a partir do momento que você se defende.

ENTREVISTA DE UMA AGRESSORA:

1. Primeiramente, você acha correta sua posição ou rola um arrependimento?

Não, eu me arrepenho, claro. Hoje eu vejo que o que eu fiz foi errado, que eu não gostaria que fizessem comigo, e que eu a magoei de verdade. Fiz sem pensar nas consequências, pedi desculpas e tudo.

2. Qual foi o motivo?

Ela era na época minha melhor amiga, mas tinha uma péssima mania de 'ficar a fim' dos mesmos meninos que eu e minhas amigas, e fazia de tudo pra ficar com eles. Inventava coisas pra eles, nos difamava, era ridículo. E depois que ficava, ainda fingia que nada tinha acontecido. Você aguenta uma, duas vezes. No máximo três. Mas foram onze vezes. Aí não dava mais, a classe toda se revoltou contra ela.

3. Alguém da sua família teve conhecimento desse fato?

Sim, meus pais. Não sabiam a história toda, só sabiam que eu não falava mais com ela, e não os motivos. Eu não ia falar pros meus pais que ela tava 'roubando' os meninos de mim. Mas no final, acabaram sabendo, sim.

4. Você quem começou, ou de começo apoiou alguém que já era praticante do bullying com essa pessoa?

Não, não fui em quem comecei. Na verdade, eu nem era uma das 'principais' que praticavam o tal bullying. Mas eu dava risada, não fazia nada pra parar, e fazia piadinhas pelas costas dela, o que não deixa de ser errado.

5. Aprendeu algo com essa situação?

Sim. Acho que antes de fazer algo contra alguém, devemos pensar muito se vale a pena. Se desejaríamos aquilo para nós. Pensar antes de agir.

6. A pessoa teve sequelas graves?

Na verdade, não. Ela só se isolou de todos, pois ninguém queria mais falar com ela. Ficar sozinho, é claro, é ruim. Mas nada muito traumático, até porque depois tudo se resolveu.

7. Se você fosse a vítima, como contornaria a situação?

Acho que é meio clichê falar isso, mas é na base da conversa. Eu só fiz o que fiz, pois não tinha noção do que estava fazendo. Não tinha noção da amplitude do problema. Foi só quando minha professora nos perguntou em sala se conhecíamos o bullying, e disse que era o que a gente estava fazendo contra ela é que caiu minha ficha. Não lembrava, não sabia que estava praticando. Acho que se ela tivesse vindo de boa, conversar, pedir pra parar, explicar os motivos e como se sentia, eu talvez entendesse. Era só uma brincadeira, sabe? Que tomou proporções maiores, e se tornou um ataque de bullying antes que eu percebesse.

CONCEITO

O fenômeno bullying trata-se de um problema mundial, complexo e multifacetado, tão antigo como as instituições de ensino. O bullying é, atualmente, um dos temas mais discutidos por diversos profissionais. Entretanto, interpretações e informações equivocadas dificultam a compreensão e possíveis resoluções para a temática.

O bullying caracteriza-se por toda forma de atitude agressiva, intencional e repetida que ocorre contra outro(s), causando dor e angústia, executada dentro de uma relação desigual de poder e sem motivação evidente (ABRÁPIA, 2009). Para que seja caracterizado, é necessário que a agressão ocorra entre pares. Alguns exemplos de situações de bullying são: constrangimento, ameaça, intimidação, ridicularização, calúnia, difamação e exclusão. A situação começa pela recusa do agressor em aceitar uma diferença e na dificuldade de se colocar no lugar do outro (capacidade de empatia).

O bullying acontece em toda e qualquer escola, de ensino fundamental ao médio, pública ou privada, rural ou urbana (ABRÁPIA, 2009). É observado que as situações de bullying estão surgindo cada vez mais cedo, inclusive nas relações entre crianças muito pequenas, como no 1º ano do ensino fundamental. A prática do bullying pode ter consequências negativas, imediatas e/ou tardias para todos os envolvidos.

Existem três diferentes papéis que podem ser desempenhados: vítimas ou alvos, agressores ou autores, e espectadores. Os agressores procuram pessoas que tenham alguma característica que sirva de foco para suas agressões. É comum que a vítima apresente alguma diferença em relação ao grupo no qual está inserida como, por exemplo, peso excessivo (obesidade). Crianças com alguma característica desse tipo são mais visadas e tornam-se mais vulneráveis.

Existe diferença entre os sexos no que se refere à expressão da agressividade. Crianças, desde pequenas, aprendem padrões culturais e comportamentos típicos ao seu sexo biológico por meio de observação de modelos masculinos e femininos relevantes com os quais convivem (por exemplo, pais e professores). Entre meninos, o bullying pode ser expresso na forma de excluir, isolar, apelidar, ofender, amedrontar, intimidar, dominar, agredir e/ou roubar.

Neste caso, os meninos utilizam frequentemente a força física. De acordo com o senso comum, devem ser fortes, de temperamento difícil e competitivos,

enquanto as meninas são vistas como delicadas, obedientes e mais sensíveis. Em contrapartida, as meninas usam com maior frequência maledicência, exclusão, fofoca, apelidos maldosos e manipulação. As meninas tendem a agir dentro de um círculo bem fechado de amizades, tornando a agressão mais difícil de ser identificada pelos adultos.

Algumas crianças podem ter maior predisposição para se tornarem vítimas de bullying, principalmente as quem têm as seguintes características: temperamento ansioso, baixa autoestima, insegurança, falta de amigos, facilmente domináveis e particularmente não agressivas.

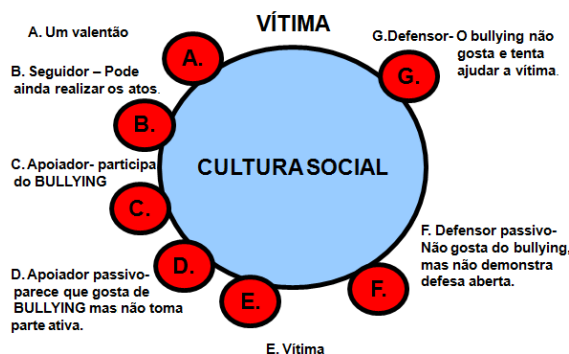
O bullying causa sofrimento intenso nas vítimas, mas estas não dispõem de recursos para reagir ou fazer cessar os atos danosos contra si. Frequentemente, relatam altos níveis de problemas emocionais, como ansiedade e somatizações, bem como problemas de relacionamentos. Alguns sinais demonstrados por crianças que podem estar sendo vítimas são baixo rendimento escolar, perda ou destruição de material e roupas, reservas sobre falar no que está acontecendo na escola para seus familiares, pedidos para trocar de turma, falta de vontade de ir para a escola, sintomas clínicos ou até mesmo doenças simuladas (por exemplo, queixar-se de dor de barriga).

O bullying é a principal causa de depressão infantil, que pode gerar, em sua fase mais grave, o suicídio. As vítimas demonstram incapacidade de se defender, bem como de motivar outros a agir em sua defesa, dificultando que as situações agressivas parem. São geralmente jovens pouco sociáveis.

Devido à intensidade dos danos físicos e emocionais sofridos pelos estudantes envolvidos, o bullying é considerado um problema de saúde pública (Fante, 2005; Lopes Neto, 2005). A gravidade do fenômeno não pode ser desprezada pelas escolas, devendo estas atuar no sentido de prevenir e controlar o fenômeno (Bandeira & Hutz, 2010).

Ressalta-se a importância de os profissionais conhecerem o bullying para intervir de forma consciente, já que a falta de informação favorece posturas e práticas não interventivas.

O CICLO DO BULLYING



• CYBERBULLYING

O termo "Cyberbullying" corresponde às **práticas de agressão moral** organizadas por grupos, contra uma determinada pessoa e alimentadas **via internet**. Com o aumento do uso de redes sociais, esse tipo de prática discriminatória e vexatória tem

aumentado consideravelmente nos últimos anos, sobretudo, entre os jovens. Em outras palavras, o "cyberbullying" é um assédio moral que corresponde à **manifestação de práticas hostis** (via tecnologias da informação). Ele tem o intuito de ridicularizar, assediar e/ou perseguir alguém de forma exacerbada. O "cyberbullying" ou "bullying virtual" é a versão do mesmo fenômeno, o qual se estendeu para as redes sociais.

A cada 40 segundos, uma pessoa morre por suicídio



137

SUICÍDIO

"Embora esteja falando sobre essas coisas, mas eu me sinto bem agora. Acho bom estar falando. É bom porque eu conversando assim, eu desabafo mais. Você procura tirar tudo; quando a gente conversa com alguém sobre alguma coisa que aconteceu, algum problema, algum tempo atrás, já vai saindo do corpo e da memória, entendeu? Você vai procurando, é como se fosse uma alma perdida. Quando a gente morre o nosso espírito não sai do corpo? Então, pra mim é a mesma coisa quando eu vou contando as histórias pra pessoa; vai saindo aos poucos... a alma perdida... Que é a dor dos sofrimentos que eu já passei. Ai já vão saindo essas histórias da minha vida toda. Mas não é pra todo mundo que eu conto, mas só para as pessoas que eu confio é que eu conto. É alívio. Parece que a cada dia que eu conto a minha história diminui o meu sofrimento. Ainda bem que minha tentativa de suicídio foi frustrada".

Durante o processo de existência, o ser humano experimenta o mundo de diversas formas. Algumas experiências proporcionam a autorrealização, fundada na harmonia e na felicidade. Entretanto, em outras experiências, podem faltar as condições necessárias que possibilitarão o crescimento e o desenvolvimento das potencialidades do ser humano.

A inexistência dessas condições pode contribuir para uma perda do sentido da vida, para um vazio existencial, o que pode levar o ser humano a se desesperar. Diante do sofrimento e do desespero, a pessoa pode perceber a morte como uma solução para a sua dor, um alívio para a sua existência, isto é, encontra no suicídio uma alternativa para a vida.

O suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade. Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), ele é responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do total de mortes). Essas cifras não incluem as

tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si (World Health Organization [WHO], 2014).

A cada 45 segundos ocorre um suicídio em algum lugar do planeta. Há um contingente de 1.920 pessoas que põem fim à vida diariamente. Atualmente, essa cifra supera, ao final de um ano, a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis. O coeficiente de mortalidade por suicídio representa o número de suicídios para cada 100.000 habitantes, ao longo de um ano.

De modo geral, os coeficientes mais altos encontram-se em países da Europa Oriental; os mais baixos, em países da América Central e América do Sul. Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Não há, entretanto, em nenhum país, um registro de abrangência nacional dessas tentativas.

ENTENDENDO MAIS SOBRE O ASSUNTO

Para algumas pessoas, em determinados momentos da vida, pensar na morte como a única saída para uma situação de sofrimento intolerável, talvez pareça a única solução possível. Quando uma pessoa se sente no limite, de tal forma angustiada, desesperada e sem esperança, é compreensível que considere que prescindir do direito de viver, apesar de constituir uma solução permanente, pareça ser a melhor forma de lidar com uma situação que, naquele momento, é tão avassaladora e dolorosa. É como se sentisse que está perdida num labirinto completamente escuro, como se todos os caminhos que permitem o acesso às portas de saída deixassem de existir, e quem mesmo que tentasse percorrer um desses caminhos, isso apenas resultaria em mais um esforço inútil, pois não só encontraria as portas completamente trancadas, como não teria disponíveis as chaves adequadas para as abrir.

Se para si, a dor emocional que sente é de tal forma elevada, que a possibilidade de suicídio é uma opção viável, ou se de outra forma, receia que alguém que lhe é importante esteja a correr esse risco, reflita por favor, apenas por mais um pouco, nas próximas linhas e permita que esta informação a possa ajudar a compreender quão urgente pode ser procurar ajuda especializada.

Reconhecemos que falar sobre suicídio é particularmente desafiador. Parece que, semelhante a tantas outras situações de vulnerabilidade psicológica, para as quais preferimos olhar apenas em secreto, o silêncio funciona somente como mais uma "máscara" que visa esconder uma realidade de profunda dor, misturada com sentimentos de vergonha, estigma e diferença ... oferecendo, mais uma vez, pouca ou nenhuma ajuda útil. Por isso, gostaríamos de por momentos, convidá-lo/a a retirar essa máscara, e a vestir o papel de um/a espectador/a atento/a, a uma realidade tão presente nas ditas sociedades modernas. Senão repare: apenas num único ano, cerca de um milhão de pessoas no mundo tiraram a sua própria vida – aproximadamente uma morte a cada 40 segundos – e provavelmente há 4 milhões que o tentam fazer! **O suicídio encontra-se entre as 10 primeiras causas de morte, sendo que por cada**

suicídio ocorrem 11 tentativas sem sucesso. Cerca de 20% das pessoas que tentam suicidar-se, se não procurarem ajuda especializada, repetem essa ação no prazo de um ano, aumentando a probabilidade de eventualmente morrerem por suicídio. **Cerca de 10 % de todas as tentativas de suicídio são mortais.** Só em Portugal, a taxa de suicídio dobrou na última década, de cerca de 600 para mais de 1.200 casos por cada ano. Dá que pensar, não é? Até porque, embora os números referidos pareçam deveras assustadores e difíceis de aceitar, a possibilidade de escolher por fim à sua própria vida, pode afectar, em alguma medida, a cada um de nós, ou tão importante quanto isso, pode envolver uma pessoa que nos é tão querida, independentemente da idade, condição socioeconómica ou localização geográfica.

É importante entendermos que, a probabilidade de uma pessoa cometer suicídio varia num contínuo, que contempla a ideiação suicida – pensamentos acerca da possibilidade de cometer o suicídio –, a tentativa de suicídio – gestos auto-destrutivos não fatais –, até ao suicídio consumado, que resulta em morte. Mas face a qualquer um desses grupos, naturalmente a questão à qual gostaria de saber uma resposta talvez se prenda com o que motiva alguém a escolher terminar com a sua própria vida. **Em termos genéricos, por um lado, o suicídio veicula o desejo de uma pessoa em escapar ou terminar com o seu sofrimento** (que é resultante de variadíssimos problemas) **e, por outro lado, o seu desejo em comunicar o seu sofrimento aos outros** – é um pedido de ajuda.

O suicídio é o ponto final em que chegam pessoas submetidas não a um, mas a **vários fatores** ao mesmo tempo: é alguém que tem um transtorno mental **e** está passando um problema grave **e** tem pouco suporte social **e** se sente desesperançado **e**, **e**... as variáveis são muitas e se agrupam de uma forma única para cada pessoa que pensa em acabar com tudo. Ainda assim, **alguns fatores estão quase sempre presentes:** algum **transtorno mental**, a **sensação de desesperança** e o **uso de álcool ou outras drogas**. Por isso o suicídio pode ser em grande parte **prevenido**.

Geralmente não se pode prever, mas existem alguns indicadores de risco que se podem detectar numa pessoa que o pretenda cometer:

- Depressão, melancolia, grande tristeza, desesperança e pessimismo (falar muito na morte, tudo parece negativo, perdido...);
- Insucesso escolar, especialmente se acompanhado de angústia e tentativas de melhoria de resultados, mas sem sucesso;
- Apatia pouco usual, letargia³, falta de apetite;
- Insônia persistente, ansiedade, grande impulsividade e agressividade;
- Abuso de álcool, droga ou fármacos;
- Dificuldades de relacionamento e integração na família ou no grupo;
 - Afastamento ou isolamento social;
 - Dizer adeus, como se não o(a) voltássemos a ver;
 - Oferecer objetos ou bens pessoais valiosos sem razão aparente;
 - Luto pela perda de alguém próximo;
 - História de suicídios na família;
 - Outros agentes.

ESTRESSE

Esses fatores podem contribuir para um estado de maior desorganização e desconforto emocional, ao fragilizarem as potenciais competências para pensar em soluções e lidar com as adversidades, o que por sua vez aumenta a possibilidade do desespero se tornar ainda mais intolerável.

Sabia que mais de metade das pessoas que se suicidaram, estavam deprimidas? Estima-se ainda que o risco de suicídio ao longo da vida em pessoas com perturbações do humor (principalmente depressão) é de 6 a 15%; com alcoolismo, de 7 a 15%; e com esquizofrenia, de 4 a 10%.

A comunidade científica também nos informa que **a probabilidade de tentar o suicídio é duas a três vezes superior nas mulheres**, enquanto **os homens apresentam uma probabilidade quatro vezes maior de o consumarem**. A escolha do método de suicídio, que pode ser influenciada pela disponibilidade de meios, também é variável em função do gênero feminino ou masculino.

Na verdade, talvez possa ficar surpreendido ao se aperceber que a maioria das pessoas que pensam, tentam ou cometem o suicídio, escolheriam outra forma de solucionar os seus problemas, se não se encontrassem numa tal angústia que as incapacita de avaliar as suas opções objetivamente. **A sua intenção é parar a sua imensurável dor psicológica e não pôr termo à sua vida**. Dão por isso sinais de esperança de serem salvas. Querem simplesmente fugir das duras realidades da vida e tensões com as quais não conseguem lidar, para as quais não vêm uma solução possível, nem perspectiva de melhoria ou mudança no futuro.

O suicídio pode ser compreendido como resultando da interação de 3 fatores: pressão/stress social, vulnerabilidade individual e disponibilidade de meios:

Alguns números acerca das características das pessoas que tendem a suicidar-se...

- ✓ Mais frequente nos homens que nas mulheres (2:1).1
- ✓ Presença de problema psiquiátrico/psicológico em pelo menos, 93% dos casos.
- ✓ Perturbação do humor (depressão, bipolaridade) ou alcoolismo em 57-86 % dos casos.
- ✓ Doença terminal em 4-6% dos casos.
- ✓ Cerca de 66% comunicaram a intenção suicida (40% de forma clara).
- ✓ Cerca de 33% tiveram tentativas anteriores de suicídio.
- ✓ Cerca de metade não tinham contactado técnicos de saúde mental.
- ✓ 90% tinham contactado serviços de saúde.

Não é preciso ter **medo de perguntar** se alguém está pensando em acabar com tudo – não existe risco de que isso seja interpretado como uma sugestão e aumente o risco da pessoa se matar. Ao contrário, pode ser exatamente a pergunta que ela precisa para se sentir compreendida.

Ressalta-se que o interesse médico pela temática stress remonta a Hipócrates (470-377 a.C) mas, somente em 1929, após os trabalhos do fisiologista Cannon, que formulou o conceito de homeostase, a reação de stress passou a ser compreendida enquanto um fenômeno relacionado à interação corpo-mente. A homeostase corresponde à capacidade de autoregulação dos vários sistemas existentes no organismo em que estes, frente a alterações no seu equilíbrio interno, reagem de forma a buscar restabelecer uma posição similar àquela prévia à ocorrência do desequilíbrio. Assim, mecanismos fisiológicos automáticos mantêm constantes o volume do sangue e as concentrações de açúcar, sal, oxigênio e dióxido de carbono, como também a temperatura do corpo. Na falta de alimento, por exemplo, o corpo utiliza-se de reservas de gordura existente nos tecidos. Evidentemente, há limites para esta capacidade de auto-regulação, sendo imprescindível que o organismo aja voluntariamente na busca da superação daquelas deficiências que não puderam ser superadas através da homeostase.

Hans Selye, médico canadense considerado o "pai da estressologia, descreveu uma reação adaptativa única e geral do corpo quando submetido à agentes estressores, por ele denominada de síndrome de adaptação geral, e caracterizada pela existência de três fases:

fase 1. reação de alarme, decorrente da ativação do sistema nervoso simpático em que o corpo fica pronto para enfrentar o desafio;

fase 2. resistência, o corpo mantém-se ativado, ainda que num grau menos intenso, de forma a manter seus recursos disponíveis para o embate;

fase 3. exaustão, exigido a manter-se ativado por um período mais longo do que aquele que consegue suportar, o organismo entra em exaustão e torna-se vulnerável, há uma queda na capacidade de pensar, de lembrar e de agir, como também na capacidade de resposta do sistema imunológico. Atualmente o conceito de stress ocupa um lugar de destaque tanto na medicina quanto na psicologia

O fenômeno compreendido como estresse pode ser considerado como um conjunto de sensações físicas e químicas do organismo, desencadeadas pelo cérebro, para tornar a pessoa apta a enfrentar uma situação nova, que exige adaptação. O termo é utilizado para definir diferentes sensações (nervoso, cansado, etc.). Nem sempre o estímulo que dispara o estresse é ruim (paixão, emprego, etc.), provocando alterações no equilíbrio interno do organismo, situações essas que precisam ser adaptadas. Se o indivíduo consegue lidar com o estímulo estressor, eliminando ou aprendendo a lidar com a situação, o organismo volta ao equilíbrio, mas se o estímulo persistir sendo entendido como estressor, irá haver uma evolução pra sintomas maiores, mais graves e até doenças.

As causas variam de pessoa para pessoa, ou seja, saber até que ponto uma fonte de estresse afeta uma pessoa é relativo e depende de seu modo de vida, sua classe social; ex. preocupações,

PSICOLOGIA APLICADA À SAÚDE

contrariedade, insatisfação no trabalho, demissão inesperada, problemas de relacionamento, etc.

Os sintomas também variam de pessoa para pessoa, e podem ser: irritabilidade, ansiedade excessiva, insônia ou excesso de sono, dores de cabeça e nas costas, fraqueza, cansaço constante, dificuldade de concentração, perda ou excesso de apetite, falhas de memória, alterações repentinas no estado emocional (agressividade), fobias, diminuição da criatividade, perda de interesse sexual, dificuldades de digestão, maior vulnerabilidade às doenças.

Consequências fisiológicas do excesso de estresse:

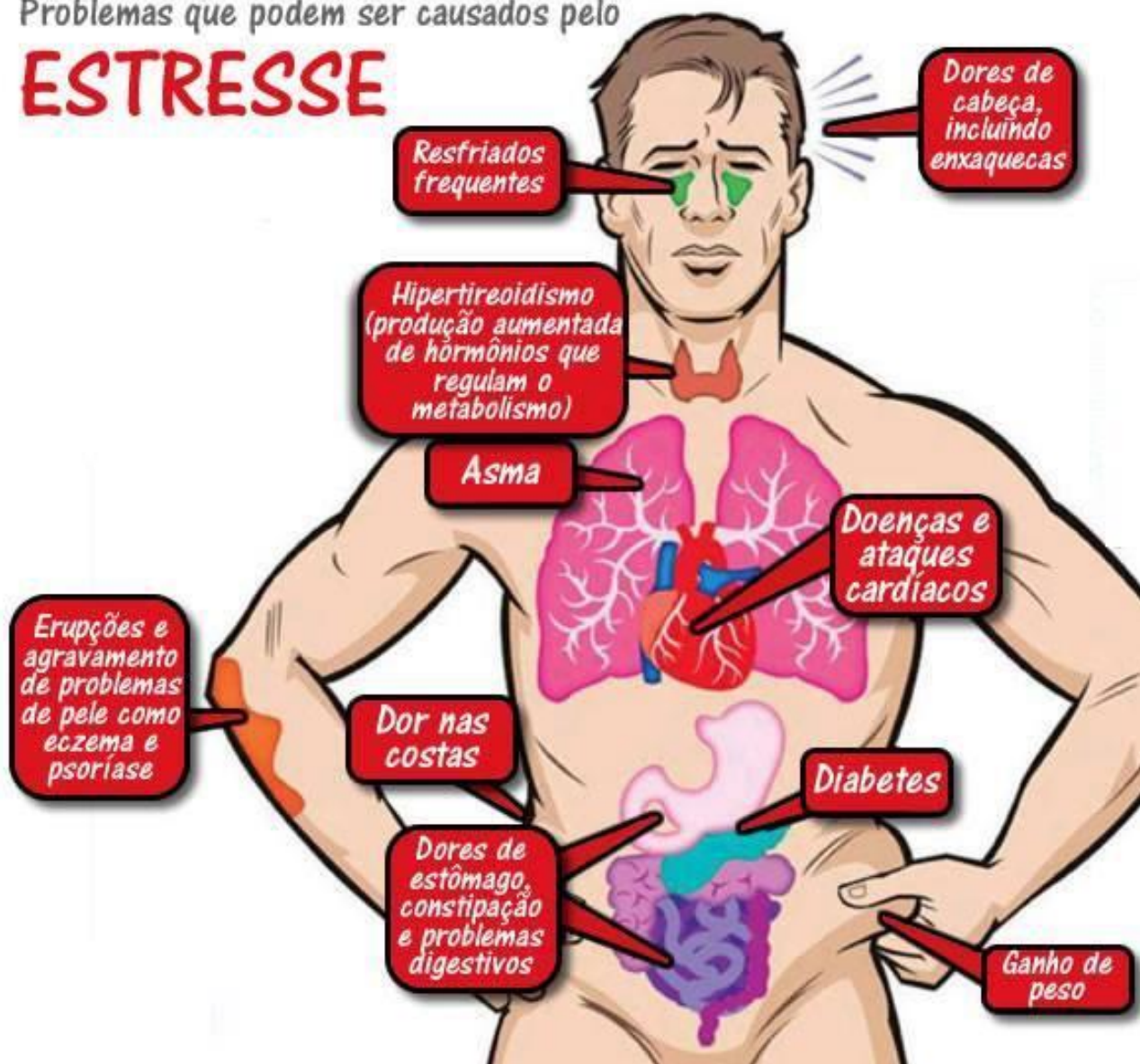
- Males menores: taquicardia, gastrite, alergias e problemas respiratórios;
- Males maiores: ataque cardíaco, derrame cerebral ou outros distúrbios fatais;

Consequências emocionais do excesso de estresse:

- Aumento das tensões físicas e psicológicas;
- Aumento da hipocondria;
- Mudanças nos traços de personalidade;
- Enfraquecem as restrições de ordem moral

Problemas que podem ser causados pelo

ESTRESSE



e emocional;

- Depressão e sensação de desamparo;
- Autoestima diminui de forma aguda.

Tratamento: exercícios físicos, técnicas de autocontrole e relaxamento; alimentação equilibrada; tratamento psicológico específico.

Prevenção: Aprender a administrar o tempo; juntar as pessoas agradáveis; praticar diariamente técnicas de relaxamento; fazer algum tipo de exercício aeróbico; não permitir que o trabalho domine toda a sua vida reduzir seu peso se este o incomoda mantendo-o num nível agradável; preservar suas liberdades pessoais; encontrar tempo todos os dias para ficar sozinho e pensar; ter um ou mais passatempos relaxantes; abrir-se a novas experiências, reduzir ou eliminar o hábito de ver tv.

OS 21 PASSOS

DO MANEJO DO STRESS

Veja abaixo todos os passos e estratégias para controlar o Stress.



Estratégias educativas

- 1) Saber o que é o stress
- 2) Saber reconhecer os sintomas do stress no corpo, na mente e nas relações interpessoais.
- 3) Identificar as fontes externas de stress
- 4) Identificar os estressores internos (a fábrica particular de stress de cada um)



Estratégias situacionais

- 1) Tentar eliminar os estressores possíveis de serem eliminados
- 2) Aceitar os estressores inevitáveis
- 3) Reinterpretar os estressores inevitáveis, ou seja, ver o lado positivo de cada estressor essencial em sua vida



Estratégias de enfrentamento de efeito duradouro

- 1) Aprender a reconhecer seus limites
- 2) Aprender a respeitar seus limites
- 3) Tomar uma atitude ativa frente a vida
- 4) Usar estratégias de enfrentamento do stress, concentrando na busca de soluções

e não nas emoções geradas pelos estressores

- 5) Usar técnicas de resolução de problemas
- 6) Assumir a responsabilidade pela sua vida
- 7) Aprender a dizer "não "
- 8) Utilizar o apoio de colegas no ambiente de trabalho
- 9) Lembrar que nada ruim dura para sempre



Estratégias de enfrentamento para atenuar os sintomas

- 1) Rir, brincar, fantasiar, usar o sentido do humor
- 2) Tirar férias mentais, isto é, se desligar dos problemas por alguns minutos durante o dia
- 3) Usar técnicas de relaxamento
- 4) Utilizar alimentos anti-stress (verduras, legumes, frutas)
- 5) Praticar alguma atividade física

141



Finalizando é impossível eliminar o stress de nossas vidas: ele existe em todos.

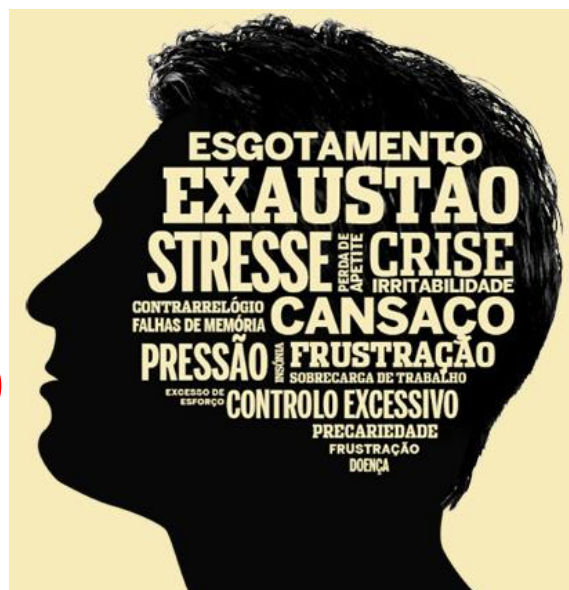
Podemos, porém, evitar que se torne excessivo através de algumas medidas que incluem uma mudança na nossa atitude perante os eventos corriqueiros e inesperados da vida, um regime alimentar anti-stress exercícios físicos e de relaxamento.

**MARILDA LIPP
(INSTITUTO DE PSICOLOGIA
E CONTROLE DO STRESS)**



SINDROME DE BOURNOUT

142



O trabalho tem importância essencial dentro do contexto de vida das pessoas. Porém, o mesmo trabalho que dignifica, confere identidade, crescimento e reconhecimento ao ser humano, pode ser fonte de sofrimento e de adoecimento físico e mental. Na Área da saúde, a finalidade do trabalho é o próprio homem: o paciente ou usuário dos serviços de saúde. Os profissionais da saúde são expostos a diversas situações de estresse e desgaste decorrentes do contato cotidiano com pessoas debilitadas, ou doentes, além de terem que lidar com tensas relações interpessoais e hierárquicas nas instituições de saúde. Trabalhar em um hospital requer um alto nível de colaboração entre diversos profissionais, de diferentes especialidades e posições na rede de cuidados ao paciente, exigindo um trabalho coletivo e coordenado. A jornada em turnos e os plantões também contribuem para a sobrecarga cognitiva e

emocional dos profissionais de saúde que trabalham nestas instituições.

No setor da saúde e hospitalar observa-se rápido e contínuo desenvolvimento tecnológico, subdivisão do trabalho e expansão das especialidades. Acentua-se a hierarquia de autoridade, com canais formais de comunicação e um grande conjunto de regras e normas para seu funcionamento. Isso propicia o surgimento de conflitos entre os profissionais do mesmo nível, entre esses e seus gestores e com a própria administração. Esses fatores da organização de trabalho dentro do hospital, aliados à precariedade das condições de trabalho, podem colocar os profissionais de saúde em risco para a síndrome de burnout (SB). A SB é um fenômeno psicossocial que surge como resposta aos estressores interpessoais crônicos presentes no trabalho. Essa síndrome é a expressão de um processo contínuo, com sentimentos de inadequação em relação ao trabalho e de falta de recursos para enfrentá-lo. As causas do desgaste físico e emocional localizam-se com mais frequência no ambiente de trabalho do que no indivíduo; destacando-se o excesso de trabalho, falta de controle para estabelecer prioridades, remuneração e reconhecimento insuficientes, competitividade e falta de solidariedade entre os pares e de equidade por parte dos colegas e da organização.


Para Maslach e Jackson, a SB é constituída de três dimensões: (1)exaustão emocional (EE): forte sentimento de tensão emocional, sensação de esgotamento e de falta de energia e de recursos emocionais próprios para lidar com rotinas da prática profissional; (2) despersonalização (DS): insensibilidade emocional do profissional, levando-o a um contato frio e impessoal com os receptores de seus serviços; e (3) baixa realização profissional (BRP): autoavaliação negativa, associada à insatisfação e ao desânimo com o trabalho e com o próprio desempenho profissional, cuja sensação de mau resultado leva a uma sensação de incompetência. Essas dimensões dependem de características pessoais, laborais, organizacionais e sociais. Há um número elevado de estudos sobre burnout e os trabalhadores de enfermagem.

Os mais estressados

- 1 Policiais e seguranças privados**
São profissionais em estado de alerta 24 horas por dia. A maioria teme represálias dos bandidos e não consegue relaxar nas folgas ou férias
- 2 Controladores de voo e motoristas de ônibus urbanos**
O controle de tráfego aéreo não permite um minuto de desatenção. Os motoristas, além de enfrentar o trânsito, não têm tempo sequer de ir ao banheiro
- 3 Executivos, trabalhadores da área de saúde, de atendimento ao público e bancários**
Sofrem pressão dos chefes, dos clientes, pacientes e subordinados
- 4 Jornalistas**
Sofrem com prazos apertados, carga horária excessiva e insegurança em avaliar a veracidade das informações

Síndrome de Burnout

Descoberta



"(...) um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional".

Descrita em 1974, pelo psicanalista **Herbert Freudenberger**

Sintomas

Sensação de esgotamento físico e emocional que se reflete em atitudes negativas

dificuldade de concentração

insônia

dores musculares

agressividade

isolamento


enxaqueca

depressão

cansaço


pessimismo

Características




Estado de tensão emocional e estresse crônicos provocado por condições de trabalho físicas, emocionais e psicológicas desgastantes.

Tratamento



Inclui uso de antidepressivos e psicoterapia. Atividade física e exercícios de relaxamento ajudam a controlar os sintomas.



Fonte: www.drauziovarella.com.br | Fotos: www.shutterstock.com | Arte: Lucas Alcântara

Essa categoria profissional apresenta elevado nível de estresse e menor satisfação com o trabalho, especialmente pelas mudanças no processo laboral. O nível de estresse percebido pelos profissionais depende da percepção desses com relação ao grau de suporte da organização de trabalho e da capacidade individual de defesa, as estratégias de coping no trabalho. No Brasil, as pesquisas sobre a SB em profissionais da saúde, efetuadas principalmente em hospitais, avaliaram essa síndrome entre médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Ainda não há consenso na literatura com relação aos pontos de corte para avaliação das dimensões de burnout, o que explica diferenças na prevalência entre as mesmas categorias profissionais.

Os trabalhadores da equipe da enfermagem, particularmente, se deparam com a falta de preparo para enfrentar suas demandas emocionais e a dos pacientes acometidos por diferentes problemas de saúde e suas famílias. Esses profissionais têm um grau de interação maior, mais direto e contínuo, com os pacientes. Geralmente permanecem mais tempo na organização, confrontando-se diariamente com a dor e o sofrimento alheio e a morte, sem nenhum suporte, expostos a cargas psíquicas que, somadas às outras condições ruins de trabalho, podem proporcionar sofrimento mental importante, com sintomas de esgotamento físico e mental. O técnico de enfermagem é um dos profissionais da equipe de saúde com menor autonomia. A dificuldade prática na delimitação dos papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem acentua esse aspecto. Pesquisa sobre SB em trabalhadores de um serviço de enfermagem, na

qual 70% eram técnicos de enfermagem, evidenciou a prevalência de SB em 35,7% dos entrevistados, considerando como critério de burnout o nível elevado de uma de suas dimensões. É comum entre os profissionais de saúde, inclusive entre os técnicos de enfermagem, a existência de vários vínculos empregatícios, seja pela disponibilidade de horário, seja pela necessidade de sobrevivência, o que pode resultar em excesso de trabalho e carga de trabalho longa e desgastante. A falta de reconhecimento e valorização profissional pode gerar um sentimento de inutilidade, remetendo à falta de qualificação e de finalidade do trabalho.

Os técnicos e os auxiliares de enfermagem são os membros da equipe de assistência que passam mais tempo em contato direto com os pacientes e seus familiares. Esses profissionais convivem com o sofrimento, o medo da morte e até com as secreções corporais dos pacientes. Todos esses aspectos fazem dos técnicos de enfermagem profissionais vulneráveis a uma situação de estresse crônico que pode levar à SB. Considerando-se o exposto, destaca-se a relevância da escolha de uma unidade hospitalar como campo de estudo cuja dinâmica e complexidade do trabalho e da sua organização expõe os trabalhadores a estressores que podem comprometer a própria saúde e a assistência prestada.

VOCÊ



144

HABILIDADE PESSOAL

É a habilidade de se relacionar consigo mesmo. Reconhecer um sentimento enquanto ele ocorre é a chave da inteligência emocional. A falta de habilidade de reconhecer nossos verdadeiros sentimentos deixa-nos a mercê de nossas próprias emoções (resultado de como vemos e julgamos determinados fatos). Cada emoção prepara o corpo para um determinado tipo de resposta.

O autoconhecimento emocional é saber reconhecer um sentimento enquanto ele ocorre, conseguindo assim maior controle de nossas emoções (seremos melhores pilotos de nossas vidas).

Dirigir emoções a serviço de um objetivo é essencial para manter-se caminhando sempre em busca, para manter-se sempre no controle e para manter a mente criativa na busca de soluções. As pessoas bem sucedidas, pessoal e profissionalmente agem usando as emoções de forma inteligente, elas conseguem aliar inteligência emocional a inteligência racional. Sabem colocar em prática os conhecimentos que adquirem e se relacionam bem com todos.

HABILIDADE INTERPESSOAL

Reconhecimento de emoções em outras pessoas. A empatia permite que reconheçamos as necessidades e desejos dos outros, permitindo-lhe relacionamentos mais eficazes.

A arte de relacionamento é a arte de gerenciar sentimentos em outros. Esta habilidade é base de sustentação de popularidade, liderança e eficiência pessoal.

"O homem vale-se de comunicação em todas as experiências de vida, de modo interpessoal ou dual, em pequenos ou grandes grupos, ate quando não esta em uma dessas situações, se refletir um pouco percebera que se encontra sob o impacto ou influencia da comunicação";

Assim, acreditamos que em todos os momentos de encontro entre dois ou mais seres há um momento de interação e percepção. Nesse aspecto, o enfermeiro não pode fugir da comunicação, pois ele já comunica algo com sua presença. O enfermeiro precisa saber que é um elemento nuclear da equipe de saúde, na qual o paciente se apoia na busca de

informação, suporte emocional, satisfação de suas necessidades básicas, tais como: segurança, higiene, conforto, etc.

Diante disso, o profissional auxiliar técnico de enfermagem deve trabalhar melhor as questões do conhecimento interpessoal e intrapessoal a fim de desenvolver habilidades de comunicação que possa contribuir para o bem estar dele e do paciente.

"A imagem é o sinal característico de nossa individualidade, e a impressão extrema do nosso eu. É através dela que provocamos sentimentos diversos nas pessoas, é ela que determina a causa principal de nosso sucesso ou e nosso insucesso".

EMPATIA – COMPREENDENDO A SI PRÓPRIO E AOS OUTROS

Cultivar a habilidade de compreender as pessoas é uma das tarefas mais difíceis que um homem jamais poderia se propor. Mesmo fazendo o maior esforço, somente é possível compreender em parte as necessidades sentidas pelo homem; e, menos ainda, os sentimentos da vida interior. Isto porque a habilidade de compreender abrange mais do que ser capaz de perceber, entender, identificar e interpretar as comunicações ou expressões captadas pelos sentidos.



EMPATIA

É QUANDO VOCÊ DEIXA DE SER EGOÍSTA, DESFOCA O SEU UMBIGO E SENTE AQUILO QUE O SEU PRÓXIMO ESTÁ SENTINDO.

© Maria de C. Costa

Especificamente no contexto de relacionamento interpessoal, "compreender" é análogo a "empatizar", termo este que significa:

- ✓ A capacidade de identificação com a disposição ou estrutura psicológica de outra pessoa;
- ✓ Procurar sentir como se estivesse na situação da outra pessoa;
- ✓ Tentar entender as razões e o significado da comunicação verbal e não verbal mais do que a maneira como esta transparece;
- ✓ Compartilhar mutuamente desejos e ideias, mesmo que não se concorde com o comportamento exibido;
- ✓ Ter a habilidade de perceber e acompanhar os sentimentos de outra pessoa, mesmo que sejam intensos, profundos, destrutivos ou anormais.

O real significado de empatia está em compreender os outros, apesar de não se concordar, muitas vezes, com o comportamento destes.

Procurar ser compreensivo e sentir como a outra pessoa estaria sentindo não significa que se deva ser sempre permissivo e tolerante frente a certos comportamentos agressivos e destrutivos. Após analisar tais situações, o técnico deve julgar, muitas vezes, ser preciso estabelecer limites ou restrições para garantir a segurança do paciente ou das pessoas adjacentes.

Compreender implica simultaneamente ser capaz de estabelecer limites, quando necessário. O ato de impor limites poderá gerar ira momentânea no paciente, mas com o tempo o fato será percebido como uma atitude de ajuda.

Neste pensamento está intrínseco que o cultivo da habilidade de compreender não é obra do acaso. É a combinação ativa de qualidades e habilidades pessoais de ajustamento emocional, de amor ao próximo, de possuir senso equilibrado de autoestima e autocrítica, e de avaliar inteligentemente as necessidades das outras pessoas.

Entretanto, assim como há fatores que influenciam a disposição para ser mais compreensivo, por outro lado há outros que dificultam igualmente. Um destes é o egocentrismo ou egoísmo pessoal do profissional, o excesso de preocupação consigo próprio, ou a dificuldade de discernimento do conceito de que é "certo" ou "errado" que pode bloquear as tentativas de empatizar-se com os outros.



A COMUNICABILIDADE

A comunicação é o instrumento de expressão de nosso interior; do que pensamos, do que queremos, do que acreditamos.

Comunicar é colocar algo em comum, é tornar-se comum com alguém.

Comunicação são maneiras de receber e transmitir informações. Para que a comunicação ocorra, é preciso que haja:

EMISSOR x MENSAGEM x RECEPTOR

POR QUE FALHAM AS COMUNICAÇÕES?	
QUEM FALA (EMISSOR – PROFISSIONAL)	QUEM ESCUTA (RECEPTOR – PACIENTE)
Dicção falha	Falta de atenção
Fala demais	Falta de interesse
Usa palavras desconhecidas para o interlocutor	Falta de conhecimentos
Inespecífico	Cansaço, ansiedade
Autoritário	Estresse
Preconceituoso	Ressentimento
Voz monótona	Ideias preconcebidas (estereótipos)
Dificuldade de expressão	Medo e insegurança
Timidez ou medo de expressar suas opiniões	Preocupação
Falta de carisma	Hostilidade
Escolha inadequada do momento e local para dialogar com a pessoa	Comportamento defensivo (o paciente pode encarar cada fala como uma acusação ou crítica pessoal)

REGRAS PARA FACILITAR A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

- O tom de voz deve ser moderado, nem muito alto, nem muito baixo.
- A velocidade da fala deve também ter um bom tempo, ritmo e fluência.
- Evitar erros de sintaxe, linguagem imprópria, palavras ambíguas, inadequadas ou incorretas.
- Falar com clareza.
- Tentar despertar o interesse do paciente.
- Escutar atenta e ativamente o paciente, lembrando-se que escutar é mais que ouvir. Eis aqui alguns comportamentos que o profissional de saúde deve desenvolver a fim de escutar o paciente:
 - Manter o olhar atento enquanto o paciente fala,
 - Não ficar o tempo todo pensando só no que vai ser respondido,
 - Mostrar atitude calma e receptiva,
 - Fazer com que a comunicação (tanto verbal como não verbal) assegure ao outro que se está acompanhando o que ele diz,
 - Tolerar sem ansiedade os silêncios do paciente,
 - Se o silêncio tornar-se embaraçoso para o paciente, procurar reformular a última frase dita, para que ele possa retomar a conversa,
 - Depois de fazer uma pergunta é importante silenciar. Se o paciente não responder de imediato, é melhor evitar o impulso de preencher o silêncio com comentários. Ele deve ter a oportunidade de pensar na questão,
 - Não interromper para retificar o que o outro está dizendo, mesmo que se discorde do que ele diz. É melhor esperar que termine o enunciado,

- ✓ Não contradizer o que o outro está dizendo por considerar conhecido, desconhecido ou trivial.

7. Demonstrar respeito e aceitação mesmo que haja grandes diferenças entre você e o seu paciente

- ✓ Abster-se de fazer julgamentos numa comunicação.
- ✓ Admitir que o paciente tenha crenças, ideias e valores diferentes dos seus,
- ✓ Criar condições para que o paciente possa expressar suas ideias, seus sentimentos e seus valores. Isso não significa que se deve concordar com tudo nem impede de dizer que não se compartilha dessas posturas.

146

8. Quando em equipe multiprofissional, fazer comentários descritivos e não avaliativos, pois os primeiros geram um comportamento receptivo. Os avaliativos predispõem ao comportamento defensivo.

- ✓ O feedback descritivo explica de maneira específica um fato, uma atividade ou um processo,
- ✓ O feedback avaliativo é de natureza crítica e tende a apresentar uma conclusão por parte de quem o emite,
- ✓ Os comentários descritivos são mais fáceis de aceitar e descrevem o comportamento sem atacar a outra pessoa.



OS 7 PECADOS NO ATENDIMENTO

1. APATIA
2. DEMORA
3. TRATAMENTO FRIO
4. INSENSIBILIDADE
5. DESINFORMAÇÃO
6. DESRESPEITO
7. IGNORÂNCIA

TÉCNICAS BÁSICAS PARA UM BOM ATENDIMENTO AO PACIENTE:

- 1. Escolha de vocabulário:** escolher palavras condizentes com o momento, evitar gírias ou palavras evasivas.
- 2. Facilidade de expressão:** emitir as palavras de uma forma correta, demonstrando segurança naquilo que fala.
- 3. Compreensão:** empatia, saber entender o que muitas vezes não é dito de forma explícita.
- 4. Cortesia:** tato nas relações humanas, ou seja, não ser ofensivo, descortês. Há um ditado popular que afirma: "A primeira imagem é a que conta" e há grande verdade nisso. Se o primeiro contato for cordial, alegre, expansivo, este será a imagem que cada um fará do outro. Mas, mesmo isso sucedendo, se, no futuro, passarmos a adotar um comportamento hostil, grosseiro, mal educado, com certeza aquela imagem que havíamos construído será destruída.

5. Entusiasmo: irradiar entusiasmo natural, estimulante e contagiante.

6. Imparcialidade: evitar tomar partido, não debater com o paciente, mesmo que certos comentários não sejam simpáticos a quem quer que seja. Não discutir sexo, política, religião.

7. Paciência: jamais apressar o paciente ou cortá-lo no meio de um desabafo.

8. Humildade: não ser o "dono da verdade". Por mais que soubermos e estudarmos sobre um dado assunto, qualquer que seja, se vivermos 100 anos, ainda haverá uma enormidade de aspectos que desconhecemos. Ora, como pode o técnico pensar que ele é o mais competente, capaz e dono da verdade, sem reconhecer os outros colegas de trabalho ou mesmo as informações dos pacientes. Cada dia pode-se aprender com os diferentes pacientes que passarão pelas mãos de vocês.

9. Atualização e Desenvolvimento: buscar sempre se manter com um bom nível de conhecimentos técnicos em raios-X e outros ramos que você possa aprender. Se valorize enquanto técnico. Se aprimore também a cada dia mais no relacionamento com os seus pacientes, os familiares dos seus pacientes e com a equipe multiprofissional a qual irá lidar.

TRABALHO DE EQUIPE



Uma equipe de trabalho constitui-se de vários profissionais, cada um com o seu saber específico, que muitas vezes atendem individualmente sem a necessidade de obter informações de outros profissionais e em outras situações há profissionais que trabalham em conjunto para a melhor solução de um problema.

Na área da saúde é de comprovada importância a utilização dessa segunda equipe para melhor entender o paciente, sua doença e a forma mais eficiente de tratamento.

Equipes Pluridisciplinares: estudo do mesmo objeto por diferentes disciplinas sem que haja convergência de conceitos e métodos. Na área da saúde, o paciente é atendido por diferentes especialistas havendo pouco ou nenhuma troca de informação.

Equipes Transdisciplinares: trabalho coletivo que compartilha conceitos, teorias e abordagens para tratar problemas em comum. A disciplina em si perde seu sentido e não há limites precisos na identidade disciplinar. Esta equipe segundo os especialistas deverá ser a disciplina do futuro.

Equipes Interdisciplinares: há um nível de associação entre as disciplinas onde a cooperação entre elas provoca intercâmbios reais, trazendo enriquecimentos mútuos. Ocorre um aprofundamento entre as disciplinas que acaba ou criando uma outra disciplina ou transferindo o método de uma disciplina para outra.

Equipes Multidisciplinares: nesse caso as várias disciplinas, os diversos profissionais trocam idéias e informações sobre sua prática. Debatem pontos de vista e complementam os entendimentos sobre o problema em questão. É extremamente difícil o trabalho em equipe. Trabalhar em harmonia e de forma integrada com profissionais de formações diferentes, mesmo quando exige um objetivo em comum, é muito complicado. Nem sempre conseguimos abrir mão de nossas vaidades profissionais ou encarar as inseguranças que temos ao compartilhar com o grupo a nossa forma de atuar. É preciso ter habilidade inter e intrapessoal para que o trabalho tenha bons resultados.

Se todos nos profissionais conseguíssemos superar suas limitações, teríamos um cotidiano criativo e interessante, contribuindo assim para vencer as grandes dificuldades que a área da saúde enfrenta hoje no Brasil.

Podemos dizer que trabalho em equipe é um conjunto de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão em comum e com um plano de trabalho bem definido. Reconhece-se a diversidade de conhecimentos e a importância de cada um, já que o paciente é visto como um todo.

É importante que se defina com clareza para todos do grupo, os objetivos individuais e do grupo a ser alcançados, a importância de se construir em conjunto um plano de trabalho e definir as responsabilidades de cada membro; a avaliação constante dos processos e resultados; percepção de que o sucesso e o fracasso de um, é de todos; trabalhar as diferenças e conflitos e não eliminá-las; ouvir e considerar as experiências de cada um. Os objetivos devem ser desafios para o grupo além de estímulos para seus integrantes. Fazer parte de um grupo e um grande desafio que passa pela mão de todos.

O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NA SOCIEDADE

O que se observa hoje é um reflexo da forma como foi construindo-se a profissão de enfermagem. Não é de se estranhar que o contingente de trabalhadores na área de enfermagem seja ainda feminino.

Outro fato observável é o grande número de auxiliares em relação a técnicos, já que se levando em conta o valor diferenciado de salários, é possível a contratação de um maior número de auxiliares, pois são os que recebem os menores salários. Além disso, não se pode negar o fato de que em diversos serviços não há uma clara diferenciação entre as atribuições do auxiliar e do técnico em enfermagem.

O auxiliar de enfermagem de hoje, não pode ser imaginado como uma pessoa submissa, cumpridora de escalas, alheio a todo o processo que envolve a doença, o paciente, o hospital, etc.

Mudou-se o olhar sobre a doença. Hoje se busca a saúde. Assim, o auxiliar de enfermagem também se desloca de seu local tradicional, o hospital e se faz presente nas escolas, clubes, empresas, comunidades, etc.

Dessa forma, pode-se dizer que houve uma flexibilização do papel do auxiliar de enfermagem, passando a ser um ser crítico, consciente, capaz de refletir sobre os limites de sua ação e de intervir em prol do cliente de acordo com os recursos existentes. Para isso, espera-se que ele seja uma pessoa crítica, atenta as transformações do mundo moderno, já que conhecer a realidade em que esta inserido é quesito fundamental para que sua intervenção possa ser realmente eficaz.

Deve ainda perceber sua corresponsabilidade social a partir do papel que desempenha esse que não se resume ao de um simples cuidador, mas de alguém que interage e modifica a realidade através de ações de saúde.

A sensibilização para o cuidado em saúde é uma das inúmeras preocupações que o professor / educador tem tido com o graduando dos cursos de enfermagem. Cabe a nós, como educadores, instrumentalizar tecnicamente o aluno para o desenvolvimento de sua habilidade manual, isso não quer dizer, que a técnica em si torna o cuidado sensível (ESPIRIDIANO & MUNARI, 2004).

A utilização da saúde mental como tema transversal no currículo de enfermagem já é realidade em algumas escolas no Brasil, pois, apesar da saúde mental constantemente estar associada a práticas que só se desenvolvem em ambientes considerados da psiquiatria, ela pode auxiliar o enfermeiro a desenvolver durante sua prática assistencial uma atitude de responsabilização, preocupação e envolvimento afetivo com o outro. O ser humano é um ser singular em um mundo plural que merece atenção e o enfermeiro merece estar alerta para não cair na ilusão de que o cuidado está atrelado apenas ao corpo, esquecendo que esse sujeito doente é possuidor de vontade, sentimentos e expectativas que não podem ser esquecidas (MONTEIRO, 2003).

Logicamente observamos alunos que desempenham suas atividades com um desvelo digno de apreciação, outros são extremamente hábeis nas tarefas que lhe foram designadas, mas extrapolam para o meio externo dos laboratórios de enfermagem atitudes de distanciamento do sujeito de sua ação, como se estivessem cuidando do boneco no qual aprenderam as técnicas de enfermagem, como, por exemplo, no caso da administração de medicamentos. Um braço mecânico não sente dor, não tem uma história de vida, não tem pai, nem mãe. É apenas um artefato de ensino, recurso tecnológico imprescindível para o desenvolvimento da habilidade manual.

Para nós a ideia de que o bom enfermeiro é aquele que com os anos de profissão passa a ser 'frio em suas ações, como se nossa profissão para ser reconhecida deva perder sua humanidade, esquecendo o sofrimento do outro é perversa. Essa atitude se dá segundo ROCHA et al (2003) quando esses agentes do cuidar não se permitem fazer contato com suas sensações, seus sentimentos e emoções.

Deixando de lado as dores humanas, o aluno reproduz esse ciclo vicioso e histórico da frieza e distância do enfermeiro, esquece-se da necessidade de acolher e escutar, da necessidade de aprender a lidar com emoções que são suas, mas, que também são do outro. Quando nos deparamos com essa afirmação, nos perguntamos. Que cuidado é esse? Que ignora o sofrimento de estar doente, a dúvida de não saber o que se tem, a espera pela consulta médica ou pela visita que não chega; o odor da ferida, que mostra à pessoa doente o quanto o nosso corpo é vulnerável. Onde está o cuidado em instalar uma punção venosa sem ao menos dizer o próprio nome, identificando-se como profissional. Todos esses afetam, a nosso ver a credibilidade do nosso fazer cotidiano, não desmerecendo a necessidade da competência técnica, mas apenas fazendo um alerta para a competência do olhar amoroso em direção ao outro.

A incursão por uma disciplina extremamente técnica como a intitulada em nosso curso de Enfermagem – Bases técnicas da assistência de Enfermagem e, em outras escolas de enfermagem, como Cuidados de acesso ao homem, fundamentos de enfermagem, entre outros; fez-nos lançar um olhar amoroso em relação ao tema. Nossa formação em saúde mental nos ensina diariamente que não devemos ignorar a dor do outro, nem suas dificuldades, ou diferenças no agir e no pensar. Em contrapartida, observamos e vivenciamos o quanto essas atitudes tão caras à saúde mental em alguns momentos são deixadas de lado por outras áreas consideradas 'mais técnicas'. O contato com uma disciplina em que, geralmente, a habilidade manual é valorizada em detrimento da necessidade de acolher o outro, (sujeito de nosso cuidado), nos fez desenvolver algumas estratégias de ensino de técnicas de enfermagem utilizando ferramentas teóricas e metodológicas da saúde mental.

Durante a discussão da estratégia destacamos algumas questões que foram levantadas pelos alunos, entre elas:

- a) a necessidade do respeito ao outro;
- b) a humanização do atendimento;
- c) a falta de preparo do enfermeiro para esse tipo de situação;
- d) a utilização do termo 'pacote' como impessoal desrespeitoso e depreciativo;
- e) o vínculo com o paciente;
- f) a necessidade ou não de ser mais 'frio' nesse tipo de situação;
- g) a dúvida se o enfermeiro está pronto para dar a notícia do óbito à família.

São questões que apontam para um caminho que os docentes da área devem considerar quando construir seus planos de ensino. Outras estratégias foram criadas por nós para essa disciplina, considerando sempre que o aluno é fundamental nessa construção e que o aprendizado técnico científico também deve ser sensível. Sensível aos sentidos, ao outro, a profissão, à aprendizagem e principalmente a si mesmo.

O TÉCNICO EM ENFERMAGEM E A PACIENTE

De toda a equipe de saúde envolvida, é o técnico de enfermagem quem executa a maior parte das tarefas com o paciente. O corpo do paciente é o

objeto de atenção, a quem cabe a tarefa de cuidado diária.

A enfermagem detém a permissão social e cultural para tocar o corpo do outro, podendo desnudar, limpar, amarrar, banhar, secar, alimentar, injetar, raspar, vestir e nesse momento, mesmo que não se aperceba disso, expressa seu sistema de valores, consequência de sua cultura, da realidade do mundo ao qual faz parte.

Assim, também é o corpo. A ideia que temos de corpo também foi sendo construída a partir dos valores a ele atribuídos. Ele não é experimentado, entendido de modo igual para todos os indivíduos. A percepção que temos do corpo é resultado da nossa cultura específica. Ele é na verdade uma simbolização, ou seja, o corpo é uma representação dos nossos conceitos de pessoa, sexualidade, dentre outros. A experiência corporal não é universal. O corpo não fala por si próprio, a cultura vai deixando marcas e atribuindo significados que não são eternos.

O cuidado do corpo por parte do pessoal de enfermagem inclui uma manipulação do outro mediante procedimentos e técnicas do ato de cuidar. Além dos sentidos usa-se também a intuição, a percepção, a sensibilidade criando uma linguagem corporal própria, na qual pela forma de tocar, olhar, cuidar, são expressos valores, conceitos, receios, preconceitos, temores, etc.

Tomar consciência dos próprios temores, preconceitos, dúvidas e limites em relação ao seu próprio corpo e ao do paciente e fundamental para que se estabeleça uma relação na qual esse corpo se personifique, ganhe uma identidade, deixe de ser apenas um objeto que precisa de cuidados para pertencer a uma pessoa que tem também seus próprios preconceitos, dúvidas, timidez e vergonha, principalmente no momento de um contato mais íntimo. Devemos tentar naturalizar a situação hospitalar. Do mesmo modo que um bebê é amamentado, a alimentação não é a única necessidade que se esta sendo atendida, mas também através desse contato, o bebê sente-se acariciado, protegido, desenvolvendo, a partir daí, um sentimento de confiança, etc.

Desse modo, no ato de prover as necessidades físicas do indivíduo, promovendo o cuidado com o corpo, algo além do próprio cuidado esta em jogo. É possível estabelecer uma relação de solidariedade, percebendo as dificuldades, dúvidas e temores do paciente.

Há muita insegurança por parte do paciente, no momento da hospitalização e na própria experiência da doença. Muitas vezes a pessoa não sabe ao certo o que vai lhe acontecer. A ansiedade faz-se presente, principalmente em procedimentos cirúrgicos que representam ameaça à integridade corporal ou que comprometam a autonomia da pessoa, como nos casos de colostomia, mastectomia e amputações. É importante compreender que não é simplesmente um simples membro que vai ser extirpado em troca de melhor prognóstico, mas sim uma parte da pessoa que tem uma função e significados específicos.

Tal medida requeira um aprendizado para se conviver com a nova situação. Assim, é mais aconselhável tentar entender a sua tristeza e estar

disposto a escutá-lo, ao invés de tentar reanimá-lo. É compreensível um certo desconforto, uma certa estranheza e, muitas vezes, para negar essas sensações, se mantém uma distância emocional em relação aos pacientes, por meio de uma padronização dos mesmos, que são vistos como iguais, no pior sentido que isso possa ter, no que se refere a perda da identidade.

Todos nos sentimos medo, vergonha, culpa, tristeza, alegria, amor, etc. Nem tudo pode ser explicado pela razão. Sentimentos são para ser sentidos, experimentados, respeitados, para aprendermos a lidar com eles e deforma que possamos nos conhecer e viver melhor.

Um técnico de enfermagem sensível, bom observador, conhecedor de suas próprias emoções, limites e possibilidades tem maior chance de maior atuação junto aos clientes.

É importante perceber que cada paciente é único, apesar das tarefas executadas serem as mesmas. Isso entendido pode ser um facilitador para ambas as partes, propiciando ao paciente um tratamento mais humanizado e ao profissional um melhor desempenho.

ASSÉDIO MORAL

Assédio moral: a agressão psicológica no trabalho. Saiba como o assédio moral é caracterizado e que ações podem ser tomadas por quem sofre com as agressões

Escrito por Karina Azevedo

A vida profissional, com a rotina de trabalho e a construção de carreira, é um desafio a ser enfrentado diariamente. Porém, além das atividades corriqueiras, problemas eventuais e do estresse, a convivência no trabalho torna-se ainda mais complexa em situações de assédio moral.

“Assédio moral é quando há exposição intencional e contínua de funcionários a situações constrangedoras ou humilhantes no ambiente de trabalho. É, na verdade, uma violência psicológica que leva os trabalhadores a se desestabilizarem emocionalmente, algumas vezes até os levando a pedir demissão”, esclarece a psicóloga comportamental Letícia de Oliveira.

Infelizmente, o assédio moral é comum e pode acontecer com qualquer pessoa. “Não existe um perfil determinado que predispõe uma pessoa a ser vítima de assédio moral. No entanto, as vítimas mais frequentes são mulheres, homossexuais, pessoas com deficiências, idosos”, aponta Marcelle Santana Machado, advogada trabalhista do escritório Cavalcante Ramos Advogados.

Embora o agressor seja, na maior parte dos casos, alguém em posição superior à vítima – chefes, supervisores, encarregados -, também é possível que o assédio moral seja praticado por colegas que exercem a mesma função que a pessoa agredida.

Os motivos que levam alguém a assediar uma pessoa no trabalho nem sempre estão claros ou são racionais. Pode ser um colega tentando te prejudicar para ganhar mais destaque, pode ser uma tentativa de um superior de demonstrar autoridade, pode ser uma forma do empregador de criar um ambiente insustentável para que o trabalhador peça demissão e ele não precise arcar com os custos trabalhistas de uma rescisão.

Independente da causa, o assédio moral jamais é aceitável ou justificado e deve ser denunciado.

O que é assédio moral?

11 situações que se enquadram

Nem sempre é fácil distinguir uma situação de assédio moral. É frequente que as vítimas interpretem o assédio como algo “normal” no ambiente de trabalho, especialmente se a agressão partir de um superior. Sendo assim, é importante lembrar que o assédio moral não é caracterizado por tensões ocasionais no trabalho (como estresse, críticas construtivas, eventuais cobranças), mas sim por atitudes sistemáticas ou recorrentes.

“O assédio moral é toda e qualquer conduta de exposição do trabalhador a situações humilhantes e abusivas, onde a vítima é isolada do grupo sem explicações, impedido de se expressar sem justificativa, hostilizada, amedrontada,

ridicularizada, inferiorizada, culpabilizada, de forma repetitiva durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções”, pontua Marcelle.

O assédio moral pode ser identificado em situações tais como:

- 1) Exigência de tarefas que não condizem com a função do trabalhador;
- 2) Prazos de cumprimento de atividades impossíveis de alcançar;
- 3) Ocultar informações essenciais para a realização de um trabalho;
- 4) Ignorar deliberadamente a pessoa (não cumprimentar, não responder, segregar, etc.);
- 5) Fazer críticas ou dar broncas de forma pública, expondo a pessoa;
- 6) Controlar o tempo de ida ao banheiro;
- 7) Criticar o trabalho de forma excessiva ou injusta;
- 8) Desconsiderar recomendações médicas;
- 9) Ameaças de qualquer tipo;
- 10) Ridicularização, piadas, apelidos;
- 11) Exposição da vida privada do funcionário.

Vale acentuar que, independente da posição ocupada pelo agressor – se ele tem algum grau de parentesco com os donos da empresa, se ele é o próprio dono, se é seu chefe direto, se ocupa um cargo hierarquicamente semelhante ao seu – o assédio moral nunca é justificado: ninguém pode submeter outra pessoa a esse tipo de violência.

O assédio moral deixa marcas profundas na vítima. Esse tipo de violência psicológica pode afetar a saúde emocional da pessoa, além de prejudicar sua vida profissional e o desempenho no trabalho. Portanto, saber como proceder em situações assim é fundamental para tomar providências e buscar soluções.

NA VIDA PESSOAL

Assim como acontece com qualquer tipo de trauma, não é simples superar um caso de assédio moral. Cada um tem sua forma de lidar com problemas, o que faz com que a nocividade da agressão tome dimensões diferentes para pessoas diferentes.

“A pessoa que passa pelo assédio acaba muitas vezes com problemas psicológicos, tais como crises de ansiedade, estresse e depressão. Além do mais, esses funcionários acabam perdendo muitas vezes referência de seus valores e qualidades, e podem se convencer de que são os que seus colegas assediadores falavam”, conta Letícia.

Contar com o apoio de amigos e familiares, buscar atividades e hobbies que ajudem a restabelecer confiança, trabalhar a autoestima e procurar ajuda profissional são meios de começar o processo de superação.

“Fontes de realização e importância vão ajudar a vítima a redefinir suas qualidades e a equilibrar seu estado emocional. Procure o quanto antes terapia, pois assim você conseguirá entender quais os melhores caminhos a seguir para equilibrar novamente sua vida”, aconselha a psicóloga. No aspecto profissional

Resolver a situação no trabalho pode ser a parte mais desafiadora: uma vez que muitas vezes o agressor é também o superior da vítima, a pessoa que sofre o assédio não sabe a quem recorrer. Além disso, a ideia de comunicar a agressão pode estar associada ao medo de tornar a situação pior, de receber punições e até mesmo da demissão.

Ainda assim, a denúncia é um passo importante e deve ser feita para que os departamentos responsáveis da empresa busquem uma forma de resolver o problema. Caso a agressão seja feita por colegas, a vítima pode comunicar o caso a um superior ou chefe direto. Quando o agressor é o próprio superior, a denúncia pode ser feita em outras estâncias.

“A vítima deve denunciar o assédio moral ao recursos humanos ou departamento pessoal da empresa, para exposição dos fatos, bem como à CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) e ao SESMT (Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho) da empresa, se houver, e ainda comunicar ao sindicato profissional de sua categoria, que normalmente conta com corpo jurídico, médico e de serviço social. Não alcançando êxito, a vítima deve denunciar o assédio moral ao Ministério do Trabalho e Emprego e ao Ministério Público do Trabalho”, orienta Marcelle.

DE FORMA LEGAL

Além da denúncia interna, a vítima pode optar por levar a situação a âmbito legal, ainda que o assédio moral não tenha legislação específica.

“Sendo insustentável a manutenção no emprego, a vítima deve procurar um advogado, a fim de ajuizar uma reclamação trabalhista visando à rescisão indireta do contrato de trabalho, mediante apresentação de provas no processo, por condutas praticadas pelo empregador prevista no artigo 483 da CLT, uma vez que inexistente regulamentação específica acerca do assédio moral”, explica Marcelle.

Compilar provas da situação pode não ser fácil. Colegas que saibam do que está acontecendo ou já tenham presenciado um agressão podem servir como testemunhas e registros de mensagens por escrito também podem ser úteis.

“O empregado deve reunir toda documentação comprobatória para demonstrar o assédio moral sofrido. Muitas vezes pode ser demonstrado através de ofensas realizadas em e-mails corporativos. O empregado pode confidenciar aos colegas de trabalho mais próximos para fins de conhecimento dos fatos para servirem de possíveis testemunhas”, indica Clênio Denardini Pereira, advogado especialista em direito do trabalho.

Com as provas aceitas pelo juiz, será decretada a rescisão sem justa causa por falta grave praticada pelo empregador, além da exigência de pagamento de danos morais.

“Tal rescisão é considerada a falta grave do empregador e por consequência, deverá o patronal arcar com os custos da rescisão contratual nos mesmos moldes da dispensa sem justa causa do empregado. Ou seja, deverá arcar com aviso prévio indenizado, décimo terceiro salário proporcional,

férias, vencidas e proporcionais, multa de 40% do FGTS, saldo de salário, expedição de guias do seguro desemprego e FGTS, etc.”, esclarece Clênio.

DEPOIMENTOS

Depoimentos de quem já sofreu assédio moral evidenciam ainda mais a gravidade e nocividade desse tipo de agressão, prejudicando a vida profissional, a saúde emocional e a saúde física. Confira o depoimento de um dos entrevistados:

"Trabalhei em um lugar em que a chefe tornava a vida dos funcionários que estavam ficando 'caros' para a empresa em um inferno. Como a empresa tinha um plano de carreira, conforme a pessoa ia subindo nesse plano, mais a vida dela ficava difícil. Pegava apenas trabalhos ruins e que pagavam menos horas e tudo só piorava até que a pessoa resolvia se demitir. Creio que isso era uma forma de assédio, pois a intenção era fazer a pessoa se demitir para a empresa não ter que arcar com encargos de demiti-la ou pagar o que a pessoa deveria receber naquela altura do plano de carreira."

O assédio moral não acontece apenas em empresas privadas: em instituições públicas e no meio acadêmico também é possível encontrar casos de pessoas que passaram por isso. Foi o que aconteceu com L., vítima de assédio moral durante seu mestrado.

"Meu orientador fazia a mim e aos seus outros alunos passarem por situações extremamente constrangedoras, seguidas de diversos tipos de cobrança. Sempre fazia reuniões em grupo e criticava duramente cada aluno diante de todos os outros. Com frequência, éramos humilhados por não saber algo. Não podíamos pensar diferente dele, pois estávamos automaticamente errados. Nesse período, desenvolvi gastrite e minha pressão, que sempre foi normal, passou a ficar um pouco mais alta. Durante a defesa da minha dissertação, ao final do curso, ele me humilhou diante de todos os meus familiares e amigos presentes, pontuando até os mínimos erros do trabalho (como erros de digitação) para atribuir à minha 'incompetência'. Hoje, eu tento não lembrar detalhes de tudo o que aconteceu. Posso dizer que superei, e que o que me trouxe de melhor foi aprender a não reproduzir esse tipo de comportamento."

Lidar com as marcas psicológicas e emocionais pode ser um grande desafio para quem passou por isso. Mas, é possível superar o trauma: o apoio de amigos e familiares, a procura por terapia e atividades que ajudem a recuperar a confiança e trabalhar a autoestima são ótimas formas de buscar a superação.

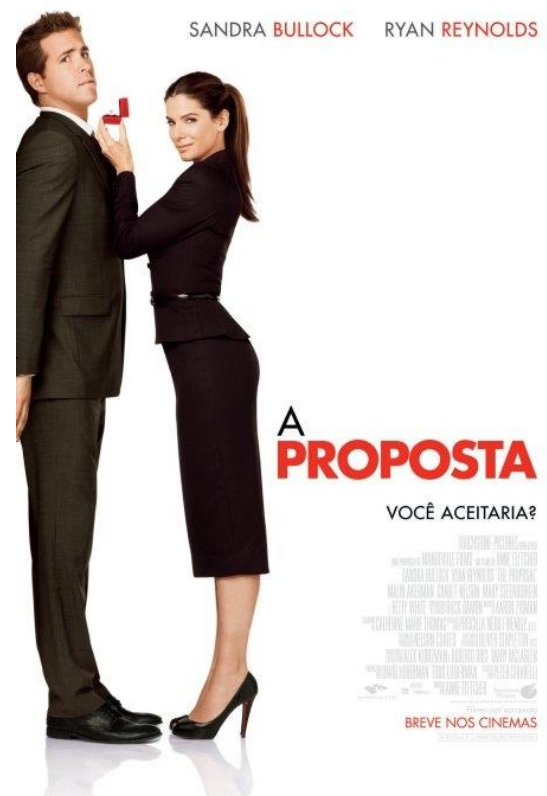
É importante reforçar que o assédio moral nunca é justificado, independente de quem comete a agressão – chefes diretos, donos da empresa, colegas na mesma função. Denunciar o agressor às instâncias competentes é um passo importante para que a vítima possa garantir seus direitos.



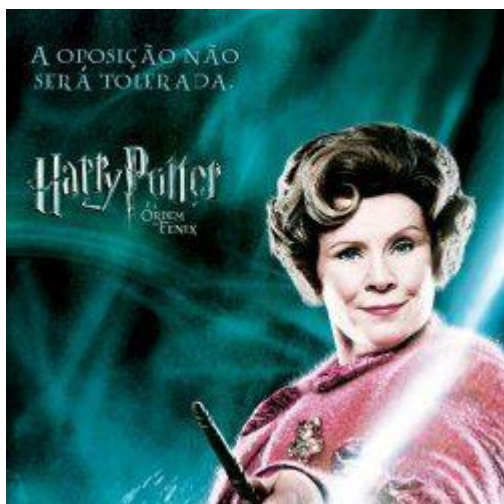
FILMES COM CENAS DE ASSÉDIO...



O DIÁRIO DE BRIDGET JONES - Durante o romance com o chefe Daniel Cleaver (Hugh Grant), a jornalista Bridget Jones (Renée Zellweger) é alvo de piadas grosseiras no escritório. ...



A PROPOSTA - A editora de livros canadense Margaret Tate (Sandra Bullock) é autoritária e detestada pelos seus funcionários. O único que tem paciência com ela é seu assistente Andrew Paxton (Ryan Reynolds).



HARRY POTTER E A ORDEM DA FÊNIX - A diretora de Hogwarts, Dolores Joana Umbridge (Imelda Staunton), é a carrasca da escola. Além de tratar os professores mal, atrapalha as aulas dando questionários aos docentes.

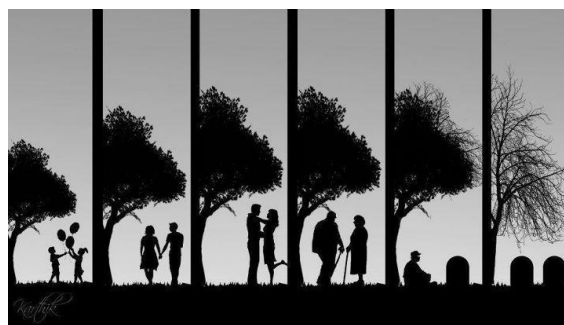


LEGALMENTE LOIRA - No primeiro emprego, Elle Woods (Reese Witherspoon) foi chamada de burra e menosprezada pelos companheiros de setor.



O DIABO VESTE PRADA - O que era para ser um sonho, tornou-se pesadelo quando Andy Sachs (Anne Hathaway) foi contratada como auxiliar do ícone da moda Miranda Priestly (Meryl Streep). Durona e exigente, Miranda humilhava a nova funcionária em frente à equipe.

A MORTE E MORRER



No final da década de 1960, no auge da concepção da morte como um tabu, uma psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos, chamada Elisabeth Kübler-Ross resgata da solidão e do silêncio os clientes que estavam à morte, tornando-se a pioneira em estudar cientificamente as reações emocionais suscitadas pela iminência do fim da vida, propondo a descrição de cinco fases pelo qual as pessoas passam diante desta condição (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação). O modelo de Kübler-Ross, como é conhecido, foi apresentado em seu livro, *Sobre a Morte e o Morrer*, publicado originalmente em 1969, após dois anos e meio de pesquisa. Seu trabalho torna-se ímpar por contribuir para a área de investigação científica denominada Tanatologia (gr. thánatos, entidade representativa da morte; gr. logos, ciência ou estudo), que analisa a morte, o morrer, o luto e as perdas da espécie humana de forma plural e interdisciplinar.

Ao sistematizar as necessidades inerentes à terminal idade, trazendo o assunto para a discussão pública e desafiando a mentalidade da morte como tema interdito na sociedade em geral, torna-se referência para pesquisas nas áreas humanas e da saúde. É nesse contexto que a Enfermagem, considerada uma ciência que presta assistência contínua aos seres humanos em todo o ciclo vital e em todas as dimensões, precisou capacitar-se para lidar com questões interpessoais relativas à saúde na finitude, não se limitando aos aspectos físicos e técnicos, mas considerando a ordem psicossocial e espiritual dos clientes, mantendo-se atualizada quanto aos avanços científicos advindos da Tanatologia, oferecendo a melhor qualidade de atendimento à população.

Esta revisão objetiva articular saberes com a Tanatologia, caracterizando as reações emocionais do cliente idoso em iminência de morte e seus aspectos adjacentes, em especial o modelo proposto por Kübler-Ross, enquanto ferramenta importante e necessária para a promoção do aperfeiçoamento das habilidades e competências para as práticas de Enfermagem no Brasil.

Morte é o cessar das atividades necessárias à manutenção de um organismo, sinalizada através do desaparecimento inevitável e permanente de todo sinal vital. Faz parte do ciclo de vida humano e, portanto, natural do ponto de vista biológico. Viver é, portanto, uma dádiva aleatória atribuída. Não acomete apenas os idosos. Isto é fato. Até por que, a morte é uma possibilidade sempre presente. Segundo Heidegger, desde seu nascimento, o

homem já é suficientemente velho para morrer. O fato é que tem maior probabilidade de ocorrência na velhice, e na melhor das hipóteses, fará sua chegada à idade avançada. Com base neste argumento poder-se-ia pronunciar a ideia de morte na geriatria como mais aceita que em outras idades. Isto porque os idosos completaram todas as etapas do desenvolvimento, cumprindo a jornada da vida e estariam prontos para morrer.

Existe um período pré-determinado para se viver e idosos morrem quando tal deveria previsivelmente acontecer. De fato, com o avanço da idade, existe a tendência de se falar mais sobre o assunto quando comparados com outra faixa etária. O envelhecimento é etapa na qual se acumula maior número de perdas, colaborando para isso. Além da morte do corpo que está sendo percebido através do declínio das funções corporais e intelectuais, o idoso terá de lidar com a morte de amigos e familiares, com a aposentadoria, dentre outras perdas sociais e emocionais.

Entretanto, segundo Kübler-Ross, não é possível afirmar que idosos temam menos a morte pelo fato de serem idosos. Apesar do reconhecimento enquanto finito persiste o sentimento de impotência frente ao desconhecido, indiferente do contexto e idade. Portanto, a velhice idealizada e representada pelo estereótipo do velho enquanto um sábio que está preparado e esperando a morte, não é verdadeiro. De acordo com tais evidências, a possibilidade da morte em idosos, pode, em importantes casos, ser geradora de angústia e tristeza principalmente em ambientes desconhecidos e solitários como no caso dos hospitais. Referir-se a morte e o morrer significa adentrar num mundo desconhecido, do qual se deseja inutilmente escapar, delimitando assim como a maior crise que o homem enfrenta dentre tantas outras perdas de sua existência.

Assegura-se que morrer pertence à vida, assim como o nascer, mas embora cientes disso, seres humanos são constantemente tomados pelo paradoxo da vida-e-morte, luz-e-sombra, vitória-e-derrota e contemplam do grande mistério que os envolve e o ultrapassa – a própria morte. Os biólogos esclarecem que até mesmo os animais antecipam o futuro e temem a mortalidade, mas é peculiaridade humana a preocupação sentimental com eventos do nascimento e da morte, dando lugar a uma gama de significação. Embora difícil determinar o momento exato em que a vida será confiscada, a única verdade absoluta compreendida pelo ser humano, está centrada na certeza da sua morte e o envelhecimento é a comprovação disso. Aspectos culturais, institucionais e o modelo de Kübler-Ross. A morte contém intrinsecamente uma dimensão simbólica para os seres humanos, apresentando-se como um fenômeno impregnado de valores e significados diretamente dependentes do contexto sociocultural e histórico em que se manifesta. As diferentes formas de se encarar-la são encontradas nos vários períodos da História, revelando a diversidade de culturas que existiram no mundo, as variedades de idéias e as muitas individualidades na sua expressão.

Num passado não muito longínquo, o fenômeno morte era encarado como algo natural e as pessoas morriam em casa, na qual a participação de familiares e cuidadores eram emocionalmente equilibrados. Com o decorrer do tempo, na cultura

ocidental, devido a vários fatores, dentre estes aos avanços da Medicina que possibilitaram o aumento da expectativa de vida, a morte passou a acontecer cada vez mais em idade avançada e a instalar-se no frio asséptico dos hospitais, com profissionais da saúde realizando procedimentos técnicos sofisticados, buscando, em vão, evitar o fim da vida.



A morte, por sua vez, passou a ter o caráter de fracasso e negação. A luta incansável para evitá-la tornou-se uma obsessão científica, caracterizando o hospital como um espaço social onde os eventos naturais e previsíveis da doença terminal (dor, sofrimento, morrer) não são considerados como tal, no qual o processo de internalização provocou um distanciamento da vida do cliente com o meio social.

Os casos graves, de clientes que estavam morrendo, eram os que recebiam os piores tratamentos nos hospitais. Instalados nos quartos mais distantes dos postos de Enfermagem, morriam sozinhos, como se a morte fosse contagiosa e como consequência, as relações entre clientes-familiares-equipe de saúde, apresentavam-se superficiais, vazias e inexpressivas. Esta nova morte hospitalizada e negada contribuiu para a não familiaridade da sociedade com a temática, tendo repercussões negativas tanto para quem a estava vivenciando (pacientes e familiares), fazendo com que se sentissem desassistidos, quanto para os próprios Enfermeiros que se sentiam angustiados no enfrentamento do morrer de seus clientes.

Considerando-se aspectos bibliográficos de Kübler-Ross, compreende-se que, engajada em mudar esta realidade resgatando a morte para o discurso social, no final dos anos sessenta, inicia suas

investigações, acompanhando centenas de pessoas no fim da vida no hospital que clinicava. Em 1967 inicia os seminários de discussão sobre a morte e o morrer, nos quais os pacientes eram convidados a falar de suas vivências para uma plateia de estudantes e profissionais de saúde.

Basicamente, as entrevistas confrontavam o público com a mortalidade e com as necessidades dos pacientes, buscando uma educação para a morte. Em 1969 publica seu primeiro livro sobre o trabalho junto à doença terminal (*Sobre a Morte e o Morrer*), que foi e é o seu livro mais conhecido a nível mundial e de grande impacto para a Tanatologia por sistematizar a morte e o morrer, trazendo a temática para campos da ciência. Como todos os pioneiros, teve que desbravar campos ainda desconhecidos e lutar contra preconceitos. É nesta obra, que defende que pessoas passam por cinco fases emocionais não lineares antes de morrer (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação). Desde então, paralelo à ampliação de seus estudos, começa uma intensa atividade internacional pronunciando conferências e dirigindo seminários. Publica artigos e produz mais de uma dezena de obras dedicadas à reflexão sobre o acompanhamento no fim da vida e em consequência, a Tanatologia ganha espaço no mundo.

No Brasil, destaca-se o desenvolvimento da Tanatologia a partir dos anos oitenta, nas áreas da Medicina e Psicologia, com Wilma da Costa Torres (criadora do programa Estudos e Pesquisas em Tanatologia); Maria Helena Pereira Franco (coordenadora do Laboratório dos Estudos sobre a Morte), Maria Júlia Kovács (do Laboratório de Estudos sobre a Morte), Everaldo Alves D'Assumpção (coordenador do I Congresso Internacional de Tanatologia e Prevenção do Suicídio; fundador da Sociedade de Tanatologia e Cuidado Paliativo de Minas Gerais).

Na área da Enfermagem, anos mais tarde, sobressaem os trabalhos de Magali Roseira Boemer e Elizabeth Ranier Martins do Valle (docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo), abrindo novos caminhos para pesquisas científicas e melhoria no atendimento assistencial do Enfermeiro. A morte e o morrer são constitutivos da vida e, portanto, carecem de capacitação na área de Enfermagem, considerando-se que o Enfermeiro irá se deparar não somente com a vida, mas também com a proximidade da morte e o ato de morrer dos clientes sob seus cuidados. Entretanto, a cerca das percepções, sentimentos e intervenções de Enfermagem no fim da vida, o despreparo, tanto de estudantes quanto de profissionais já experientes, vem sendo apontado como atuais em várias literaturas brasileiras.

Susaki, Silva e Possari, ao investigar Enfermeiros que prestam assistência a clientes terminais em um hospital geral público, verificaram que a minoria dos entrevistados conhecia todas as cinco fases do processo de morrer e os que demonstraram tal habilidade, apresentaram dificuldades em relacionar os conteúdos científicos adquiridos (na formação acadêmica e/ou treinamento institucional) à prática assistencial, evidenciando a fragilidade para atuar junto a pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

Segundo Borges e Mendes, durante seu processo formativo, o profissional, via de regra, não recebe informação e treinamento suficiente para acompanhar a morte e o processo de morrer, refletindo a persistência do assunto enquanto tabu na população brasileira. Os currículos da graduação deixam uma lacuna na formação teórico e prática, possibilitando que a morte ainda esteja ligada à representação do fracasso terapêutico e frustração por não recuperar a vida. A formação limitada, quase que exclusivamente, aos cuidados para salvar vidas, impede o profissional de tratar das reais necessidades daqueles que estão experimentando os momentos finais da existência humana, conforme destacam Sousa et al:

[...] pode-se perceber que as enfermeiras manifestam dificuldades emocionais em trabalhar com os pacientes em seu processo de morte e morrer. Além disso, muitas vezes a formação desses profissionais é voltada às ações técnicas e práticas, e mesmo tendo conhecimento sobre as necessidades reais do paciente e da família, e procurarem realizar as tarefas da melhor maneira possível, apresentam dificuldades para apoiar e confortar esse núcleo.

Para Bernieri e Hirdes, a qualificação insuficiente dos acadêmicos de Enfermagem, identificada através da dificuldade em abordar os pacientes e familiares e por saberem menos ainda lidar com os próprios sentimentos, está diretamente ligada às poucas oportunidades de discutir o tema na graduação, mostrando a urgência da inclusão do assunto na grade curricular, sendo trabalhado tanto em sala de aula como em campo de estágio, com um olhar mais atento do professor e supervisor. Como solução para a problemática, as autoras reforçam também, dentre outras, a importância da realização de seminários, cursos de extensão e grupos de debate e um aprofundamento sobre o tema nas disciplinas de Psicologia, enfatizando a questão sobre como agir, se comunicar e atuar frente à morte.

Ao estudar o perfil de uma amostra de educadores de Enfermagem, Bellato et al identificam que mesmos os Enfermeiros mais experientes abordam os cuidados de Enfermagem à pessoas em processo de finitude de maneira pontual e superficial em suas disciplinas. Identificaram ainda que o currículo da graduação não privilegiava, de maneira formal, a abordagem da temática, ficando a mesma vinculada ao caráter ocasional do enfrentamento por parte de docentes e alunos. Essa estratégia de aparente escamoteamento da morte privilegia de maneira geral, a formação profissional pautada na dimensão biológica e reducionista. Diante desta constatação, percebe-se o sério risco da Enfermagem manter-se em um círculo vicioso, quando, devido ao pouco preparo dos docentes, os mesmos ofereçam possibilidades limitadas aos discentes que serão os futuros profissionais da assistência hospitalar e futuros docentes da graduação. Compreende-se, portanto, a dimensão da responsabilidade das academias e profissionais docentes, além das instituições hospitalares, através da educação continuada, na busca do aprimoramento em Tanatologia para a quebra de paradigmas para a melhoria da qualidade assistencial ao idoso diante da terminalidade.



© 2013 DERRADÉ

As cinco fases emocionais do morrer

As considerações apresentadas a seguir são baseadas na leitura dos livros de Kübler-Ross.

A primeira fase denomina-se negação. A pessoa, quando confrontada com a notícia de que é portadora de uma doença potencialmente mortal, reage negando a própria verdade que lhe foi comunicada. A negação funcionava como uma defesa perante a possibilidade da morte mais ou menos próxima, concedendo tempo para que a pessoa, a seu ritmo e maneira, mobilizasse energia emocional para confrontar a realidade da situação. Pensamento que traduz a fase: Não, eu não, não é verdade. Alguns podem jamais ultrapassavam este estágio, recorrendo a vários métodos com a intenção de encontrar alguém que os apoie, sendo que em alguns casos existe a possibilidade da não adesão aos cuidados paliativos quando não há possibilidades de cuidados curativos. Trata-se de um mecanismo temporário e útil, logo substituído pela aceitação parcial. Segundo Kübler-Ross, a melhor conduta da equipe de saúde na negação é não interferir e deixar que sigam o seu curso de progressiva aceitação de sua condição. A próxima é a raiva, onde atitudes de revolta, fúria, inveja e ressentimento surgem e são dirigidas a familiares, amigos, Deus, líder religioso e equipe de saúde. A fase é uma reação frente à sensação de ser vitimizado devido à constatação de não haver forma de retaliar o destino. Questionamento característico: Por que eu?

Para Kübler-Ross é preciso promover equilíbrio e tolerância perante as reações de raiva do cliente, entendendo a mesma enquanto símbolo de sofrimento psíquico, aprendendo a escutar e aceitar a situação, não interpretando como ofensa pessoal.

A terceira fase denominou Barganha, uma estratégia de negociar o prolongamento da vida ou alguns dias sem dor. Doar bens, comparecer regularmente à igreja, fazer promessas, não repetir determinados comportamentos, são exemplos do que a pessoa cumprirá, caso seja atendida em seu pedido. É comum quando a morte se aproxima o apego à religião, mesmo não tendo tido, anteriormente, crenças aprofundadas. Nestas circunstâncias, para Kübler-Ross, o cliente não estará tão tomado pela hostilidade da fase anterior, sendo a melhor ocasião para a equipe estabelecer a comunicação com o intuito de ajudá-lo a expressar dúvidas, ansiedades, desejos e, conseqüentemente, a elaborar a perda.

Na quarta fase, depressão, inicia-se um período de silêncio externo e interno, com sinais de retraimento, desesperança, retardo psicomotor, perturbações do sono e alimentação. A tristeza pode ser uma reação aos efeitos da doença sobre a vida do cliente, como o prolongamento da hospitalização, limitações físicas, mutilações e

prejuízos da autonomia, ou pode ocorrer em antecipação à perda real da vida, que eventualmente ocorrerá. Com o tempo, podem surgir também problemas financeiros, já que muitos idosos são responsáveis pelos domicílios. Para dar lugar à aceitação será necessário viver a dor e chorar a perda pelo o que não pode ser mudado.

Toda pessoa sente algum grau de tristeza ante a própria morte, mas se ultrapassar a normalidade, manifestando ideação suicida ou importante anorexia e insônia, a depressão maior deve ser diagnosticada e tratada pela equipe multiprofissional. Momento difícil é quando o paciente se dá conta de que vai perder tudo e todas as pessoas que ama. Para evitar a evolução para um transtorno mental, que alteram a dignidade e qualidade de vida, medidas profiláticas devem ser tomadas, sejam elas medicamentosas, psicoterapêuticas ou de relacionamento.

Kübler-Ross recomenda um isolamento assistido pela equipe, no qual os momentos de silêncio devem ser respeitados. A última fase é denominada aceitação, sendo percebida através da superação do conflito com a morte, levando o idoso a organizar sua vida com a nova certeza e adotando postura de concordância da universalidade da experiência.

Neste momento é capaz de falar serenamente sobre sentimentos e a inevitabilidade da morte, precisando de um profissional de saúde capacitado para ouvir e falar sobre a finitude humana, necessitando aceitar que seus cuidados vão mais além dos procedimentos com o corpo. Uma característica a ser ressaltada é que os familiares podem sentir essas fases tal como o cliente, mas com a possibilidade desses estágios não serem sincronizados. É o período em que a família também precisa aceitar, podendo precisar de ajuda, compreensão e orientação, sendo indicados, cuidados com a própria saúde, pois podem querer doar-se em demasia, alterando de modo significativo o estilo de vida pessoal, profissional e social.

5 ESTÁGIOS DO MORRER OU DO LUTO (ELISABETH KUBLER ROSS - 1926/2004)

- Negação • "Isso não pode estar acontecendo."
- Revolta • "Por que eu? Não é justo."
- Negociação • "Me deixe viver apenas até meus filhos crescerem."
- Depressão • "Estou tão triste. Por que me preocupar com qualquer coisa?"
- ACEITAÇÃO • "Tudo vai acabar bem."

O que é possível aprender com a doença em estágio terminal

No ano de 2004, Kübler-Ross e Kessler afirmam que, embora clientes em estágio terminal da doença não se curem do ponto de vista físico, melhoram emocionalmente, comparados com a maioria das pessoas saudáveis, ensinando lições sobre todas as coisas que têm verdadeiro significado, concluindo assim, que dentre os maiores aprendizados da Tanatologia impera a importância da vida digna e plena alcançada por escolhas assertivas e relacionamentos genuínos.

Aceitar a morte permite enxergar com clareza e estabelecer prioridades, sendo as questões realmente importantes àquelas que referem à vida, e não à morte. Ao aprender a olhar, idosos abandonam as memórias tristes ou a ansiedade da expectativa do amanhã, dando espaço para a valorização do presente. O pensamento outrora desperdiçado alternadamente entre o passado e o futuro, ao se conectar com o aqui-e-agora, possibilita a plenitude do viver.

Há idosos que solicitam aos familiares e/ou cuidadores para conhecer lugares que não tivera a oportunidade antes, desejam comer algo especial, se reconciliam com as pessoas com as quais o relacionamento poderia estar abalado, corajosamente dizem não a uma situação da qual não concordam e, compreendendo o sentido e a beleza dos pequenos detalhes, agradecem e brindam a vida, despedindo-se de tudo e todos. Varela, em concordância, afirma que a maioria dos clientes que acompanhou com síndrome da imunodeficiência adquirida e câncer em fase terminal, depois de vencido o choque do diagnóstico, a revolta, as aflições, conflitos e tristeza da constatação da iminência da morte, ainda que associadas à impotência e ao medo do desconhecido, paradoxalmente descobriu outros prazeres na rotina diária e laços afetivos que de outra forma não seriam identificados ou renovados. Isto porque seres humanos encontram novos significados ao sentir a vida esvaír-se, a ponto de adquirirem mais sabedoria, serenidade e viverem mais felizes que antes. Portanto, o idoso que tem a oportunidade de chegar à aceitação de sua efemeridade, terá o privilégio de aproveitar seus últimos momentos perto daqueles que ama, em lugares que lhes trazem conforto. O arcabouço da Ciência da Enfermagem, ou seja, o cuidado, assistência e até mesmo a gestão em saúde, encontra na morte e no morrer um lugar especial, enquanto responsável por ajudar o próximo na aceitação de sua efemeridade e, conseqüentemente, a ver com clareza e sabedoria o verdadeiro significado da vida.

A Tanatologia vem gradativamente ocupando seu espaço no mundo posicionando-se como uma ciência que articula saberes com outras ciências, dando-lhes suporte. Num quadro geral de crescente reconhecimento, percebe-se na realidade brasileira, um movimento contrário, persistindo a morte negada e afastada da discussão pública de forma asséptica, com destaque nos subcampos da saúde. Transcorridas quatro décadas das proposições de mudanças do modelo de cuidados assistenciais, observa-se essa problemática no cotidiano hospitalar, onde o fim da vida está implícito, e também na graduação, onde futuros profissionais

de Enfermagem estão sendo formados, mostrando a necessidade ímpar da divulgação da Tanatologia, desmistificando conceitos equivocados sobre a morte no envelhecimento e proporcionando subsídios e informações consistentes para a efetiva prática em saúde, sobretudo na Educação para a morte, ressaltando a importância do acompanhamento dos avanços científicos para o benefício da população.

Para tanto é imprescindível que instituições hospitalares busquem, na educação continuada, estratégias para o desenvolvimento de habilidades e competências de sua equipe, para o correto atendimento às pessoas em situações de finitude e para zelar pela saúde mental destes profissionais, enquanto cuidadores expostos a um cotidiano de trabalho onde a morte se faz presente. Além disso, entende-se que o preparo para enfrentar o viver e o morrer nas práticas hospitalares, deva ser iniciado no meio acadêmico, o que sinaliza a importância da inclusão do tema nos currículos da graduação em enfermagem, buscando um espaço que conscientize que a função do Enfermeiro vai mais além de salvar vidas. Certamente que este espaço somente será possível com o adequado preparo do Enfermeiro-docente, já que é ele quem ensinará ao acadêmico os conhecimentos técnicos científicos e de relações humanísticas.

É preciso olhar para o cliente com aprimoramento e formação especializada, se responsabilizando pela correta e sistematizada assistência. As equipes de cuidados não existem primordialmente para curar pessoas, mas para oferecer qualidade de vida, independente do tempo de existência que ainda houver. A interface do morrer sobre o viver e a filosofia dos cuidados com princípios da Tanatologia são instrumentos valiosos, beneficiando o paciente, seus entes queridos e a própria equipe e devem seguir um padrão científico, viabilizando a identificação das cinco fases do processo de morrer, para assim, promover, de forma holística, uma assistência plena, digna e abundante. Metas para a preservação da vida levam a atitudes disfuncionais e pensamentos onipotentes menosprezam o Alzheimer, a síndrome da imunodeficiência adquirida, o acidente vascular encefálico, a insuficiência renal, o câncer e tantas outras enfermidades crônicas, graves e degenerativas, mas ignoram, principalmente, a vida do cliente.

Pode-se dizer que a revelação de Kübler-Ross sobre a morte como temática tabu que precisa de práticas educativas nos cuidados hospitalares, continua atual, conforme evidenciado pela literatura. Esta revisão não teve a pretensão de esgotar o assunto, mas apresentar o conhecimento insuficiente da Enfermagem brasileira para solucionar esses problemas e despertar para a efetiva busca de novos caminhos do cuidado, contribuindo para o desenvolvimento do pensamento crítico e científico.



**01. (2012 PREF. DE TRIUNFO/PE)**

Segundo Bock, Furtado e Teixeira (2008, p. 20), apesar de reconhecermos a existência de uma psicologia do senso comum e, de certo modo, estarmos preocupados em defini-la, é com a Psicologia Científica que aqui devemos refletir. “A ciência compõe-se de um conjunto de conhecimentos sobre fatos ou aspectos da realidade (que chamamos objeto de estudo), expresso por meio de uma linguagem precisa e rigorosa. Esses conhecimentos devem ser obtidos de maneira programada, sistemática e controlada, para que se permita a verificação de sua validade.” Diante do texto, responda as questões 21 e 22 a seguir

Sobre a psicologia do senso comum é **CORRETO** afirmar:

- O senso comum mistura e recicla outros saberes, muito mais especializados, e os reduz a um tipo de teoria simplificada, produzindo uma determinada visão-do-mundo, portanto, faz parte do conhecimento humano;
- O senso comum não integra o conhecimento humano;
- A psicologia do senso comum deve ser desconsiderada pelos cientistas;
- Não existe psicologia do senso comum;
- N.D.A

02. (2016 GESTÃO CONSURGE/MG)

Há uma afirmativa no senso comum que diz: “de psicólogo e louco, todo mundo tem um pouco”; como, por exemplo, quando se ouve o problema de um amigo, ajudando a solucioná-lo. No entanto, o senso comum não é ciência. Para ser uma ciência, torna-se necessário fundamentá-lo em bases científicas.

Nesse contexto, é **CORRETO** afirmar:

- A Psicologia é um ramo das ciências naturais que utiliza métodos científicos para o estudo do ser humano em toda a sua amplitude de mente e de corpo.
- A Psicologia utiliza-se de técnicas como o tarô, a astrologia, a quiromancia, entre outras práticas associadas ao saber psicológico para resolução dos problemas humanos.
- A Psicologia é uma área das Ciências Humanas que estuda o comportamento e a psiquê humana e vem se desenvolvendo na história desde 1875, quando Wilhelm Wundt criou o primeiro Laboratório de Experimentos em Psicofisiologia.
- A psicologia é uma área das Ciências Sociais que parte de observações empíricas do comportamento humano no cotidiano com foco em condutas anormais como: fobias, alucinações, agressividade, descontrole emocional, entre outros aspectos.

03. (2016 – IF/TO)

O Behaviorismo define o comportamento como sendo:

- A expressão interna dos desejos do indivíduo independente da ação externa.
- A interação entre aquilo que o sujeito faz e o ambiente onde o seu fazer acontece.
- Interações estímulo-resposta são sempre condicionados.
- A manifestação social do indivíduo em seu meio sócio histórico.
- Uma ação individual independente de resposta e estímulo.

04. (2004 CESGRANRIO)

Segundo Skinner, “o que propicia a aprendizagem dos comportamentos é a ação do organismo sobre o meio e o efeito resultante, no sentido de satisfazer-lhe alguma necessidade, ou seja, a relação que se estabelece entre uma ação e seu efeito”. Essa conceituação diz respeito à (ao):

- teoria da aprendizagem social.
- reforçamento primário.
- reforçamento secundário.
- condicionamento operante.
- condicionamento clássico.

05. (2016 – IF/TO)

O principal fundamento da Gestalt está referenciado em entender que:

- O todo compõe a parte.
- O todo e a parte são estudados isoladamente.
- O estudo da parte pouco importa para o todo.
- A parte compõe o todo.
- O fechamento, simetria e regularidade são indiferentes para o estudo do todo.

06. (2010 – CESPE – ABIN /DF)

De acordo com as teorias da psicanálise, a região psíquica denominada id, responsável pelo contato direto da mente com a realidade, busca o prazer pela intensificação da tensão.

- Certo
- Errado

07. (2009 – FCC – TJ/SE)

De acordo com o modelo dinâmico da estruturação da personalidade, proposto por Sigmund Freud, o EGO:

- funciona pelo princípio do prazer.
- é o responsável pelo processo primário.
- dá juízo de realidade.
- é responsável pela internalização das normas referentes ao que é moralmente proibido.
- não domina a capacidade de síntese.

08. (FCC - 2012 – TRE/CE)

Freud comparava o inconsciente a um grande salão de entrada no qual um grande número de pessoas, cheias de energia e consideradas de má reputação, movem-se desordenadamente, agrupam-se e lutam incansavelmente para escapar até um pequeno salão contíguo. No entanto, um guarda atento protege o limiar entre o grande salão de entrada e a pequena sala de recepção. O guarda possui dois métodos para prevenir que elementos indesejáveis escapem do salão de entrada: ou os recusa na porta de entrada ou expulsa aqueles que haviam ingressado clandestinamente na sala de recepção. O efeito nos dois casos é o mesmo: os indivíduos ameaçadores e desordeiros são impedidos de entrar no campo de visão de um hóspede importante que está sentado no fundo da sala de recepção, atrás de

PSICOLOGIA APLICADA À SAÚDE

uma tela. O significado da analogia é óbvio. As pessoas no salão de entrada representam as imagens inconscientes.

A pequena sala de recepção é

- a representação de um mecanismo de defesa consciente.
- a consciência.
- a pré-consciência.
- o superego.
- o ego.

09. (2010 - ACEP - PREF. DE QUIXADÁ/CE)

A personalidade representa a nossa individualidade, por isso é única, ou seja, cada pessoa tem a sua própria, que é diferente das demais. Em relação aos elementos da personalidade, é **CORRETO** afirmar:

- o temperamento é a parte herdada da personalidade, e expressa os dons vocacionais.
- as aptidões representam a manifestação da predisposição pelo interesse e vontade de potencializar características pessoais de forma a atingir o aprendizado.
- o caráter é a parte construída da personalidade, ou seja, não se nasce com ele definido, mas é moldado ao longo da vida.
- as capacidades são a parte da personalidade que representa o desenvolvimento contínuo do temperamento e do caráter.

10. (2011 - FCC - TRE/AP)

Um transtorno específico de personalidade é uma perturbação grave da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo, usualmente envolvendo várias áreas da personalidade e quase sempre associado à considerável ruptura

- mental e psíquica.
- física e mental.
- racional e emocional.
- física e emocional.
- pessoal e social.

11. (2017 - FCC - DPE/RS)

Consta na *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10* que no diagnóstico diferencial entre o transtorno de somatização e o transtorno hipocondríaco, no transtorno de somatização, a ênfase está nos sintomas em si, em seus efeitos individuais e o paciente pede tratamento para eliminar os sintomas, enquanto no transtorno hipocondríaco a atenção é dirigida mais à presença de um processo mórbido subjacente sério e progressivo e às suas consequências incapacitantes e o paciente tende a pedir investigações para determinar ou confirmar

- se é portador de doença mental.
- o número de doenças de que é portador.
- a natureza da doença subjacente.
- se é portador de doença rara.
- o tempo estimado para a cura da doença.

12. (2012 - FUNIVERSA - IFB)

A prática da violência no ambiente escolar não é um fenômeno recente. Apesar de parecer mais frequente, precisa ser percebida como um reflexo das interações sociais mais amplas que envolvem a família, a escola e a sociedade como um todo. Entre as várias formas de violência que acontecem no seio da escola, o bullying tem-se

destacado.

Acerca dessa forma de violência, assinale a alternativa **incorreta**.

- O bullying envolve atitudes agressivas, repetidas e intencionais.
- Pode abranger agressão de natureza física, psicológica ou sexual.
- Aparecem, entre as ações típicas, xingamentos, elogios, intimidação, humilhação e discriminação.
- Identificam-se agressores, vítimas e espectadores como participantes do bullying.
- Acontece sem uma motivação aparente em uma relação desigual de força.

13. (2017 - CESPE - PREF. DE SÃO LUÍS/MA)

No contexto escolar, o fenômeno bullying é uma forma de violência que tem chamado a atenção de educadores e pais pelas sérias implicações a ele associadas. A respeito desse fenômeno, é correto afirmar que

- a vítima típica é aquela que provoca e atrai reações agressivas.
- as características pessoais do agressor não são um fator que influencia ou estimula as ações agressivas.
- ele tem relação direta com o clima organizacional da escola.
- ele ocorre em contextos sociais específicos, e não em qualquer contexto social.
- é caracterizado pelo potencial de poder causar traumas psíquicos, pelo desequilíbrio de poder entre agressor e vítima e pela intencionalidade da ação.

14. (2010 - FUNIVERSA - SEJUS/DF)

A tentativa de suicídio é uma das temáticas difíceis da adolescência, sendo bastante mobilizadora com relação às equipes profissionais e à sociedade em geral. Considerando o suicídio na adolescência, julgue os itens que se seguem.

I) No Brasil, o suicídio ainda não é abordado como uma temática de saúde pública, o que desfavorece formas de prevenção, tanto a partir de iniciativas do governo quanto de toda a sociedade.

II) Muitos suicídios de jovens poderiam ser evitados, caso os sinais de aviso tivessem sido levados em conta.

III) Não é possível prevenir suicídios, pois não há como prever essa conduta tão impulsiva do adolescente.

IV) O suicídio é uma temática que não deve ser abordada, para não estigmatizar os grupos vulneráveis como suicidas.

V) O investimento em profissionais que possam dar atendimento humanizado, a organização de serviços de saúde, voltados ao suicídio e outras crises, e a participação da comunidade na formação de redes solidárias são tentativas do Ministério da Saúde para a diminuição do número de suicídios na adolescência — e de tentativas — no Brasil.

A quantidade de itens certos é igual a

- 1
- 2

- c) 3
d) 4
e) 5

15. (2014 – CONSULPAM – SURG/PR)

A psicanálise caracteriza os transtornos mentais em neurose, psicose e perversão. Sobre estes é CORRETO afirmar:

- a) A neurose determina uma desestruturação da personalidade e perda de valores da realidade.
b) Ansiedades e fobias são tidas como psicoses.
c) O dado clínico para se aferir à psicose é a alteração dos juízos da realidade.
d) Esquizofrenia e paranoia são exemplos de perversões.

16. (2012 – FEAS– PUC/PR)

Um dos desafios éticos no cotidiano dos profissionais de saúde é a comunicação. Tanto que muitas dificuldades ocorrem na interação entre esses profissionais, o paciente, seus familiares ou acompanhantes. São características de uma comunicação eficaz e efetiva:

- I. Clareza.
II. Objetividade.
III. Simplicidade.

Está(ão) CORRETA(S):

- a) Somente a afirmativa I.
b) Somente a afirmativa II.
c) Somente a afirmativa III.
d) Todas as afirmativas.
e) Somente as afirmativas II e III.

MITOS SOBRE OS PSICÓLOGOS

Ao falar de Psicologia, as opiniões são sempre muito variadas e divididas: alguns dizem não poder viver sem o seu psicólogo; outros acham completamente desnecessário ir a um. Muitas vezes, algumas dessas opiniões, de ambos lados, são fundamentadas em mitos. Hoje, o **Incrível.club** apresenta 7 mitos sobre os psicólogos. Veja se você acredita em algum deles.

159

Mito #1
Estudam psicologia para resolver os próprios problemas.

O fato de um psicólogo eventualmente ter uma história de vida complicada não significa que seja traumatizado e procure uma solução para os seus problemas por meio do estudo da Psicologia. Eles se interessam pelo outro e é lógico que o estudo pode gerar perguntas sobre eles mesmos, mas não é possível generalizar.

Mito #2
Para que você precisa de um psicólogo se tem um amigo?

Um psicólogo não é um amigo e um amigo não ocupa o lugar de um psicólogo. O profissional pode ir mais longe, pode ver coisas ditas no não dito. É alguém que consegue se distanciar emocionalmente para poder ajudar o paciente, entender o problema e encontrar caminhos. Afinal, ele se preparou para isso.

Mito #3
Os psicólogos podem ler a mente das pessoas.

Uma das normas éticas da psicologia é respeitar o espaço pessoal de cada um, portanto os psicólogos não saem por aí analisando quem não é um paciente. Eles não leem a mente de ninguém; aproveitam o tempo livre justamente para não fazer isso e preferem fugir dos conflitos inconscientes das pessoas com quem se relacionam.

160

Mito #4
Psicólogos não têm problemas emocionais.

Os psicólogos são pessoas normais e têm problemas e incertezas como qualquer um. Que eles saibam conceitos de Psicologia não significa que eles não sofram e/ou precisem de um amigo. Eles também podem e costumam ser pacientes de outros psicólogos, e isso muitas vezes os ajuda a serem melhores profissionais.

Mito #5
A única coisa que um psicólogo faz é escutar.

Na Psicologia, a escuta é ativa. Os analistas interpretam, indicam e perguntam para que o paciente possa questionar as próprias certezas e repense algumas coisas. Um psicólogo também pode ficar em silêncio mesmo quando tem muitas palavras prontas para dizer.

Mito #6
Só os loucos vão ao psicólogo.

Uma pessoa pode ir ao psicólogo para entender o que está acontecendo com ela, por algum medo, algum problema de adaptação, uma necessidade de autoconhecimento e por muitas outras razões. Nem o psicólogo nem o paciente são pessoas loucas. Afinal de contas: quem pode definir o que é loucura? Muita gente faz análise simplesmente para se sentir mais leve e lidar com as dificuldades do dia dia, que todos temos.

Mito #7
Os psicólogos medicam os pacientes.

Os psicólogos não são médicos, são profissionais de saúde. É o **psiquiatra** que receita medicação. Isso não significa que o psicólogo não conheça os efeitos dos remédios. É importante que eles conheçam seus efeitos para poder acompanhar melhor o processo pelo qual um paciente está passando.

<https://incrivel.club/inspiracao-psicologia/mitos-sobre-os-psicologos-226660/>



(85) 3491.4000



(85) 9.8880.4000

EFI  **EST**
CURSINHO DA UNIVERSIDADE



**ENEM
PRÉ-VESTIBULAR**



SUPLETIVO
PRESENCIAL ou
A DISTÂNCIA



**CURSOS
TÉCNICOS**

**AVENIDA
ALBERTO MAGNO
300
MONTESE**
www.efivest.com.br