



Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação

**Relatório final de estágio para obtenção do grau
de mestre em Psicologia (2ºCiclo)**

OLGA MARIA TEIXEIRA LOURENÇO SILVA

Covilhã

2008

Relatório final de estágio submetido à Universidade da Beira Interior – UBI realizado sob a orientação do Prof. Dr. Henrique Pereira para a obtenção do grau de mestre em Psicologia.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Henrique Pereira que aceitou orientar este trabalho, o que fez de forma compreensiva e extremamente competente.

Ao Presidente da Câmara Municipal de Figueira de Castelo Rodrigo, Dr. António Edmundo que me apoiou incondicionalmente.

Ao Director do Conselho Executivo do Agrupamento de Escolas J/ 1ºe 2º Ciclo de Figueira de Castelo Rodrigo, Prof. Tondela e aos professores Paiva Ribeiro, Fernanda, Olga, Sandra, Ana, Cristina e Isabel que sempre estiveram disponíveis para me ajudar.

Ao Director da Escola Secundária com 3ºCiclo, Prof. Maia Lopes, que sempre se demonstrou disponível.

Ao Carlos Alberto Teixeira da Silva meu esposo que sempre esteve presente e ajudou em tudo que estava a seu alcance, tanto no âmbito profissional como pessoal.

Aos meus pais, Raul e Aida, que sempre incentivaram meus sonhos académicos, sendo sempre prestativos.

Aos meus queridos filhos Carlos Eduardo, Paulo Roberto e Nuno Felipe pelo seu carinho, encorajamento e apoio.

A minha amiga Paula Carvalho pela preciosa força e companhia nos fins-de-semana.

Aos alunos participantes, pela disponibilidade e dedicação que tornaram o estudo possível.

A todos, que directa ou indirectamente, contribuíram para a realização do presente trabalho, o meu muito obrigado.

RESUMO

Este trabalho subdivide-se em duas partes. Na primeira parte efectiva-se a caracterização da Instituição onde completei o estágio, com o relato de três casos clínicos (actividades de avaliação e intervenção psicológica). A abordagem utilizada neste trabalho é a Psicoterapia Breve, ainda que focal e de curta duração - responde com resultados que revelam alterações significativas no comportamento das pessoas que dela se favoreceram, desenvolvendo uma nova realidade existencial, com mais clareza e menos sofrimento. O tratamento com a terapia breve envolveu entrevistas, diagnóstico, contrato terapêutico e planeamento. Foi necessário manter o “Rapport” : proximidade afectiva entre paciente e eu, terapeuta (aliança terapêutica), assim como transmitir confiança e interesse pelos problemas do paciente, manter equilíbrio entre gratificações e privações do paciente, permitir gratificações moderadas de necessidades emocionais (responder perguntas), manter a posição frente-a-frente, participar, dar sugestões em algumas ocasiões nos problemas apresentados pelo paciente. Como terapeuta pude interpretar, lembrar causas, sempre com o objectivo de auxiliar os meus pacientes no equilíbrio e bem estar psicológico.

Na segunda parte realiza-se uma revisão do contributo dos principais trabalhos e teorias que procuram explicar a depressão, ansiedade e agressividade nos jovens, principalmente na área psicológica e sociológica, com o tratamento estatístico dos dados provenientes do questionário YSR -Youth Self Report (Achenbach, 1991).

A amostra é constituída por 60 crianças compreendidas entre 11 e 15 anos, que estudam no 2.º Ciclo do Agrupamento de Escolas e Escola Secundária com 3.º Ciclo de Figueira de Castelo Rodrigo.

Neste trabalho avaliou-se o nível de Ansiedade, Depressão e Agressividade de jovens socioculturalmente desfavorecidos no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, distrito da Guarda. Para isso foram constituídas duas amostras diferentes, uma socioculturalmente desfavorecida e a outra socioculturalmente favorecida. Procurou-se também avaliar o impacto de variáveis como idade, sexo, sucesso escolar na Ansiedade, Depressão e Agressividade.

A Depressão, Ansiedade e Agressividade afectam actualmente os jovens em todo o mundo. O estudo desta problemática em termos clínicos assume uma grande importância pelas consequências que podem causar nos jovens sejam em termos individuais, em grupo, familiares, na escola e na sociedade em geral.

O estudo desta investigação revelou que os jovens socioculturalmente desfavorecidos possui um leve funcionamento ansioso, depressivo e agressivo. As crianças e jovens desfavorecidos tem maiores escores nas escalas de auto-estima e comportamentos pro-sociais e com baixo desempenho acadêmico e tendência aos problemas de comportamento.

Palavras-chave: Adolescência, Ansiedade, Depressão e Agressividade

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO.....	4
ÍNDICE	6
ÍNDICE DE TABELAS.....	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	9
ÍNDICE DE SIGLAS	10
INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I	8
CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE PSICOLOGIA APLICADA.....	8
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CPA POMPÉIA	8
CAPITULO II	11
DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DE AVALIAÇÃO	11
2.1 OBJECTIVOS TÉCNICAS E MÉTODOS DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA.....	11
2.2 BREVE DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES	11
CAPITULO III	13
DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DE INTERVENÇÃO	13
3.1 SUMARIO	13
3.2 CASO N.º 1.....	13
3.2.1 DESCRIÇÃO DO TRABALHO	13
3.2.2 IDENTIFICAÇÃO -DADOS.....	14
3.2.3 QUEIXAS	14
3.2.4 DINÂMICA DA PACIENTE.....	14
3.2.5 HIPÓTESE PSICODIAGNÓSTICA.....	15
3.2.6 TÉCNICA EMPREGADA/ PROCEDIMENTOS	15
3.2.7 TRABALHO COM CONFLITOS.....	15
3.2.8 TRANSFERÊNCIAS.....	16
3.2.9 O PROBLEMA DA RESISTÊNCIA	16
3.2.10 INSIGHT E ELABORAÇÃO	16
3.2.11 FOCALIZAÇÃO	17
3.2.12 RESULTADOS.....	17
3.2.13 APRESIAÇÃO SOBRE O DESENROLAR DAS ACTIVIDADES E DOS DESAFIOS ENFRENTADOS	18
3.2.14 CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
3.3 CASO N.º 2.....	19
3.3.1 DESCRIÇÃO DO TRABALHO	19

3.3.2	IDENTIFICAÇÃO -DADOS.....	19
3.3.3	QUEIXA.....	19
3.3.4	DINÂMICA FAMILIAR E DO PACIÊNTE	20
3.3.5	DEVOLUTIVA PARA OS PAIS	23
3.3.6	RECURSOS TÉCNICOS UTILIZADOS - TÉCNICA EMPREGADA/ PROCEDIMENTOS	26
3.3.7	RESULTADOS DOS MATERIAIS DE AVALIAÇÃO	26
3.3.8	AVALIAÇÃO	27
3.3.9	PARECER PSICOLÓGICO	27
3.3.10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
3.4	CASO N.º 3.....	30
3.4.1	DESCRIÇÃO DO TRABALHO	30
3.4.2	IDENTIFICAÇÃO-DADOS.....	30
3.4.3	QUEIXA.....	30
3.4.4	DINÂMICA DO PACIÊNTE	30
3.4.5	LOCAL DA APLICAÇÃO	31
3.4.6	DESENHO DA CASA.....	31
3.4.7	1ºASPECTOS ADAPTATIVOS	32
3.4.8	2º ASPECTOS EXPRESSIVOS	32
3.4.9	3ºASPECTOS DE CONTEÚDO OU PROJECTIVOS	32
3.4.10	SÍNTESE	32
3.4.11	DESENHO DA ÁRVORE	33
3.4.12	1º ASPECTOS ADAPTATIVOS	33
3.4.13	2º ASPECTOS EXPRESSIVOS	33
3.4.14	ASPECTOS DE CONTEÚDO OU PROJECTIVOS	33
3.4.15	SÍNTESE	33
3.4.16	FIGURA HUMANA.....	34
3.4.17	1ºASPECTOS ADAPTATIVOS	34
3.4.18	2º ASPECTOS EXPRESSIVOS	34
3.4.19	3º ASPECTOS DE CONTEÚDOS OU PROJECTIVOS.....	34
3.4.20	SÍNTESE	35
3.4.21	ANÁLISE DO PROTOCOLO.....	35
3.4.22	CONCLUSÃO	35
	CAPITULO IV.....	36
	ACTIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO.....	36
4.1	INTRODUÇÃO.....	36
4.2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA DEPRESSÃO.....	47

4.2.1	BREVE HISTÓRICO DA TERAPIA COGNITIVA	47
4.2.2	MODELO COGNITIVO DE BECK PARA A DEPRESSÃO	48
4.2.2.1	PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR.....	56
4.2.2.2	PERTURBAÇÃO DISTÍMICA	56
4.2.2.3	PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO	56
4.2.3	CONCEITO DE DEPRESSÃO NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE	57
4.3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA ANSIEDADE	58
4.4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA AGRESSIVIDADE.....	63
4.5	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DOS MAUS-TRATOS	73
4.6	DELINEAMENTO DA PESQUISA	78
4.6.1	AS HIPÓTESES.....	79
4.6.2	MÉTODO.....	79
4.7	PROCEDIMENTOS	84
4.8	RESULTADOS	84
CAPITULO V.....		91
5.1	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	91
BIBLIOGRAFIA.....		98
ÍNDICE DE ANEXOS		107

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Ansiedade, Depressão e Agressividade * Sócio culturalmente	84
Tabela 2 : Group Statistics.....	86
Tabela 3: Profissão do pai * Sucesso Escolar * Socioculturalmente Crosstabulation....	87
Tabela 4: Profissão da mãe * Sucesso Escolar * Socioculturalmente Crosstabulation..	88
Tabela 5: Idade * Sucesso Escolar * Socioculturalmente Crosstabulation	89
Tabela 6: Sucesso Escolar * Socioculturalmente Crosstabulation	90

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Depressão * Socioculturalmente	85
Gráfico 3: Agressividade * Socioculturalmente.....	86
Gráfico 4: Group Statistics	87
Gráfico 5: Profissão do pai.....	87
Gráfico 6: Profissão da mãe	87
Gráfico 7: Idade	89
Gráfico 8: Sucesso escolar	90

ÍNDICE DE SIGLAS

CPA: Centro de Psicologia Aplicada

WISC: Teste Escala de Inteligência de Weschsler

H.T.P: Teste House-Tree-Person)

OMS: Organização Mundial de Saúde

TCC: Terapia Cognitiva Comportamental

YSR: Youth Self Report (Questionário de auto avaliação para jovens)

UNIP: Universidade Paulista

PIEF: Programa de Intervenção Educação e Formação

ASEBA: Achenhach System of Empirically Based Assessment

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

CBCL: Child Behavior Checklist

CDI: Children Depression Inventory

BDI: Beck Depression Inventory

CID: Classificação Internacional de Doenças, décima revisão

DSM – IV: Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais , quarta revisão

SNC: Sistema Nervoso Central

INTRODUÇÃO

A primeira parte do presente trabalho surgiu a partir do estágio supervisionado para formação de psicólogo, na área de Atendimento de Crianças, Adolescentes e Adultos, durante o ano de 1999/2000 no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) na Pompeia, São Paulo. Trata-se de um processo de atendimento psicoterápico de três pacientes. A Psicoterapia Breve, possibilitou aos pacientes a mudança de comportamentos, o que lhes proporcionou maior qualidade de vida. A Psicoterapia Breve é um tratamento de natureza psicológica, de inspiração psicanalítica, cuja duração é limitada, busca obter uma melhora da qualidade de vida em curto prazo de tempo, escolhendo um determinado problema mais premente e focando os esforços na sua resolução. Já que as experiências traumáticas nunca adquirem um significado aceitável e confortável. Acaba por envolver uma intensidade de energia emocional, maior do que o organismo é capaz de descarregar e esse excesso de carga provoca sofrimento.

A Segunda parte do trabalho emergiu de actividades de investigação. Notei ser importante estudar a depressão, ansiedade e agressividade de crianças e jovens socioculturalmente desfavorecidos do concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, distrito da Guarda, na Beira Interior Norte. Onde tenho vindo, durante alguns anos, a exercer a actividade de psicóloga. O objectivo é determinar a prevalência de casos de ansiedade, depressão e agressividade em jovens provenientes de famílias sócio culturalmente desfavorecidas, em jovens deste concelho, e averiguar a correlação entre a ansiedade / depressão e a agressividade nos jovens de géneros diferentes.

Considerámos as famílias sócio culturalmente desfavorecidas as que os progenitores trabalham no sector primário, as que estão desempregadas e as que não possuam o ensino básico. As famílias socioculturalmente favorecidas os progenitores trabalham no sector secundário e terciário e tem escolaridade acima do 9ºano. Para o estudo aplicou-se o questionário sócio demográfico (sexo, idade, escolaridade, profissão), um questionário de auto avaliação para crianças e adolescentes, YSR-11-18 (1991) (T.M. Achenbach, traduzido por J. Paulo Almeida) de 11 a 18 anos. A recolha de dados foi feita por mim, e tratada através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 11.6 (2000) para o Windows.

A Depressão, Ansiedade e Agressividade parecem fazer parte do quotidiano das crianças e jovens, em maior ou menor grau. A depressão é uma característica do

adolescente muito frequente, está relacionada com a própria componente psico-afectiva. (Ajurriaguerra e Marcelli,1991).

O comportamento é influenciado por uma complexa interação de variáveis, entre as quais estão as de cunho social, cultural ambiental e biológico – neuropsicológico. São escassas as investigações que existem nestas áreas (depressão, ansiedade e agressividade), porém têm sido objecto de estudos, uma vez que tanto pais, especialistas da saúde mental e educadores vêem-se muitas vezes envolvidos com tais problemas, verificando sua impotência na resolução dos mesmos. A depressão, ansiedade e agressividade em termos clínicos assume uma importância enorme pelas consequências nas crianças e adolescentes a níveis individuais, familiares, sociais, físicos e psicológicos.

A posição depressiva evidência todo um desequilíbrio cognitivo - comportamental que afecta a vida psíquica de crianças e adolescentes.

Segundo Coimbra e Matos (2001), a depressão pode ser compreendida como uma baixa de pressão anímica, o que acaba por diminuir a energia psíquica e o interesse pelo mundo real.

Os sintomas depressivos nos jovens podem se confundir com a Hiperactividade, Distúrbio de Conduta e Agressividade. Alguns dos sintomas da depressão são: comportamento agressivo (Hiperactividade), diminuição de rendimento escolar, inibição social, humor deprimido na maior parte do dia, falta de interesse nas actividades diárias, alteração do sono e apetite, falta de energia, alteração na actividade motora, sentimento de inutilidade, dificuldade para se concentrar, pensamentos ou tentativas de suicídio. Por vezes existem sentimentos de desespero ou culpabilidade inadequados face aos acontecimentos reais e resistentes à argumentação lógica. Existe uma variedade de teorias que procuram compreender os mecanismos que estão contidos na etiologia e manutenção do quadro depressivo. Existem três modelos etiológicos centrais, os modelos comportamentais, cognitivistas e dinâmicos.

Segundo uma visão comportamentalista, a depressão seria a redução de esforços positivos contingentes ao comportamento, ou até mesmo a perda de afectividade e de reforçadores.

Nas teorias cognitivas vários autores defendem que a manutenção e a não resolução de um quadro depressivo depende do sujeito, de como ele constrói, elabora e responde aos estímulos provenientes do meio em que o circula. Após os anos 60 os profissionais da saúde mental passam a dar importância aos sintomas cognitivos da depressão destacando a ideia de que a depressão depende de como o individuo vê e

interpreta as situações que ocorrem no seu meio. (Gonçalves, 2000). Quando falamos de terapias cognitivas um dos nomes que sobressaem é Aron Beck. Para Beck, o depressivo é caracterizado por três grupos de problemas: esquemas negativos e estruturas de pensamento negativos que produzem a Tríade Cognitiva; uma atitude negativa face a si próprio, à realidade e ao futuro, que se exprimem em distorções cognitivas; e um conjunto de erros constantes no processamento da informação. A teoria de Beck sustenta que no suporte da psicopatologia depressiva se encontra uma forma característica de organização cognitiva. Os comportamentos e as emoções dos sujeitos encontram-se determinados pela percepção que estes tem das vivências (Beck,1964 in Gonçalves,2000).

Nas teorias dinâmicas, a Psicanálise é a primeira corrente psicológica a estudar o suporte etiológico da depressão. Nesta vertente passa-se por avaliar a auto estima do paciente e perceber de que forma se avalia a si próprio, assim como a forma como é visto por parte dos outros. As teorias mais tradicionais definem depressão como a perda do objecto amado. Para Freud, o excesso ou a falta de gratificação durante a fase oral originaria uma personalidade super dependente. A perda é muito frequente na história de crianças que manifestam depressão. Estas crianças que tiveram perdas precoces do objecto amado por rejeição, separação ou morte das figuras parentais acabaram por desenvolver uma auto-estima grande de dependência da aprovação e afecto dos outros de tal forma que tem dificuldade de superar a frustração quando são rejeitados ou abandonados (Beloch, Sadin, Ramos, 1995). Freud defende na sua teoria de organização depressiva que existem oito pólos centrais como: perda de objecto; o desejo de incorporar o objecto (uma tendência natural da vida libidinal dos sujeitos); tendência narcísica; a parte de si desvalorizada e a réplica interior do objecto perdido; a depreciação de si próprio; a ambivalência; a auto agressão; e aquela que acusa uma potencia moral (superego).

Nas teorias Biológicas, alguns estudiosos defendem que a depressão tem uma base biológica havendo um grande peso genético nesta perturbação, que decorre por uma falta de bioquímica envolvendo o baixo funcionamento do neurotransmissor serotonina. Existem dois fármacos com um razoável sucesso no alívio dos sintomas da depressão que aumentam os níveis de serotonina e norepinefrina disponíveis para transmissão sináptica(Gleitman,1996).

Porém existem mais factores para a manifestação da depressão, como ambiente familiar e exposição a acontecimentos stressantes.

Também o tipo de relação que a criança estabelece com os colegas, professores e familiares é fundamental para o tipo de sentimentos que a criança auto-concebe. No que diz respeito ao ambiente familiar, é relevante avaliar a sua dinâmica, analisar a relação entre os membros da família (mãe - criança, pai - criança, pai - mãe e irmãos). As crianças que vivem com os progenitores que apresentam sintomas depressivos, estão colocadas a um alto nível de stress, assim como crianças que convivem diariamente com situações de descontrolo emocional, maus tratos, problemas económicos e sociais. Estudos demonstram que quando existem familiares directos com quadro depressivo, a manifestação dos sintomas depressivos surge entre 30 a 50% dos adolescentes (Elley e tal.,2004).

Definir uma experiência emocional não é tarefa fácil. Os limites entre ansiedade normal e patológica não são nitidamente identificadas, um certo grau de ansiedade pode motivar para um melhor desempenho em várias tarefas mas quando este sentimento apresenta-se com intensidade e/ou duração excessiva ou até mesmo irracional e dissociado de situações, normalmente ansiogênicas, nestes casos, torna-se claro ser desajustada logo patológica.

A ansiedade pode compreender-se como *“um estado afectivo penoso associado a uma atitude de expectativa de um acontecimento imprevisto, mas vivido como desagradável”* (Marcelli,1996). A ansiedade é um elemento presente na maioria dos transtornos psicológicos e psicossomáticos .

Spielberg e Cols (1984) definem ansiedade como uma reacção emocional que consiste em sentimentos de tensão, apreensão nervosismo, preocupação activação ou descarga do sistema nervoso autónomo (Beloch, Sandin, Ramos, 1995).

A ansiedade é mais frequente nas mulheres. São duas vezes mais frequentes nas consultas de idade de início que vai dos 20 aos 40 anos. A possibilidade da ansiedade aparecer diminui com a idade.

A prevalência e os aspectos clínicos variam de acordo com as influências culturais ambientais, cognitivas e genéticos.

Na teoria genética pode-se concluir que a ansiedade tem elevada prevalência em familiares de 1º grau, sendo que as crises de angústia têm um claro condicionamento genético (50% da variação depende de factores ambientais).

Na teoria cognitivista alguns autores salientaram o papel importante da valorização cognitiva permanente dos estímulos externos, que são interpretados como ameaçadores. A intensidade e a duração da reacção ansiosa está determinada pela ameaça e pela sua interpretação cognitiva. É certo que os mecanismos cognitivos

desempenham um papel importante na manutenção do estado de angústia, já que após a crise, o indivíduo desenvolve uma ansiedade antecipatória, é o que conduz aos comportamentos de evitamento e leva ao síndrome agorafóbico.

A ansiedade pode estar subdividida em ansiedade – estado e ansiedade – traço. A ansiedade – estado aquela que é observada em um determinado momento na vida do sujeito. Usualmente associa-se com algum acontecimento estressógeno, sendo elevada ou reduzida devido à apresentação ou à retirada, desse evento.

A ansiedade - traço é uma característica do indivíduo, uma tendência para sentir maior ou menor grau de intensidade diante de situações ambientais. Influências genéticas, assim como experiências anteriores do indivíduo, determinam essa predisposição.

Nas teorias dinâmicas, Freud considerava a ansiedade como um sinal de alarme que surge ante um perigo pulsional, inaceitável (agressivo ou sexual) para o EU, que deve ser reprimido.

Várias tentativas de classificação psiquiátrica para os distúrbios de ansiedade têm surgido ao longo das últimas décadas. Dentre as classificações mais empregadas está aquela elaborada pela Associação Psiquiátrica americana, o DSM, cuja sigla provém do título em inglês Diagnostic Statical Manual. Este manual vem sendo constantemente revisado e actualizado, encontrando-se no momento, em sua quarta edição (DSM-IV). Para diagnóstico da ansiedade, segundo a DSM-IV deverá persistirem os sintomas pelo menos 6 meses. Com pelo menos três dos seguintes sintomas: inquietação ou impaciência cansaço, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, alteração do sono. A ansiedade apresenta como sintomas um sentimento de tensão psíquica e física acompanhada, de forma variada, de perturbações neurovegetativas, sentidas nos estados ansiosos agudos: dispneia, palpitações, dores ou incómodos torácicos e abdominais, sensação de sufoco, impressão de desmaio, etc. A ansiedade é um padrão constante nas suas vidas; com o tempo os sintomas vão se atenuando, ou pelo menos o sujeito aprende a viver com eles (Período de Estado). Progressivamente o indivíduo estabelece uma relação cordial com a sua angústia extraindo certos benefícios secundários. Com o tempo, que é variável para cada sujeito, alcança-se a fase crónica.

Freud foi o pioneiro no campo dos transtornos ansiosos, designados de transtornos neuróticos. Estes sintomas são reacções defensivas contra a ansiedade inconsciente do Eu. Os conceitos de ansiedade e depressão, poderão considerar-se como extremos do mesmo pólo.

Alguns autores consideram mesmo que a ansiedade e depressão são componentes de um mesmo transtorno, outros todavia, consideram-nas como entidades diferentes.

Durante os últimos anos tem-se desenvolvido um interesse particular na descoberta de uma síndrome, que englobe a ansiedade e depressão (Clark e Watson, 1991; Zimbarg e Barlow, 1991 in Beloch, Sandin, Ramos, 1995).

Muitas são as consequências para as crianças, associadas aos maus tratos, no plano físico – fisiológico, afectivo, comportamental interpessoal e académico, têm sido identificadas e analisadas (Horton & Cruise, 2001). Indicativos dos maus tratos observáveis no contexto escolar físicos são repetidas marcas e problemas de saúde, queixas somáticas como dores de cabeça, de barriga, de estômago, birras, enuresse, encoprese, distúrbios alimentares, mostrar-se constantemente cansado com baixo nível de energia, apresentação de falta de higiene, agressividade ou muito submisso ou demasiado dependente, uso de substâncias, a falta de interesse, o humor depressivo, socialmente isolado, a baixa auto estima, afectos exuberantes ou embotados, o nervosismo ou ansiedade a falta de confiança, o défice de habilidades sociais, a incapacidade de fazer amigos. Nas dificuldades de aprendizagem a alteração rápida de comportamentos na escola, a desfasagem escolar a idade não corresponde ao ano lectivo, as notas baixas, o risco alto de retenção, frequentes mudanças de escola, prejuízo de criatividade e curiosidade, dificuldades de atenção e concentração nas aulas e faltas ou fugas da escola.

Entender a violência e a agressão, tem-se também tornado uma questão importante para os profissionais da saúde mental à medida que as taxas de violência e crime, aumentam na sociedade. A grande maioria das explicações encontradas para a criminalidade, têm sido de natureza psicossocial. Sendo os principais factores a estrutura familiar, pobreza, maus tratos, racismo, oportunismo, locais super povoados, desemprego entre outros.

Durante muitos anos, pouco interesse foi dado à influência neuropsicológica e até mesmo neurológica em relação à gravidade que estas variáveis têm na compreensão da agressão no sujeito. Muitos estudos foram feitos com animais, nos quais estabeleceram a relação entre funcionamento do cérebro e o comportamento agressivo. A agressividade é uma capacidade inata da qual a natureza dotou cada espécie de maneira a preservar a sobrevivência. No ser humano, há tendência para encarar a agressão como resultado da vontade livre do homem, ou então como uma consequência do ambiente em que ele está envolvido.

Porém uma completa apresentação do comportamento agressivo teria que abranger a possibilidade de que certas situações sociais – por exemplo, pertencer a determinada classe ou cultura em particular ou viver em determinada área geográfica – talvez

tornassem permanentes as probabilidades de adquirir e desempenhar comportamentos agressivos, e desses comportamentos serem mantidos ou reduzidos. Embora isso seja certo, independentemente do meio em particular, permanece o facto de serem os mesmos processos comportamentais básicos envolvidos no estudo da agressividade. Três importantes níveis distintos devem ser levadas em consideração no estudo do comportamento agressivo: a filogênese, a ontogênese e as práticas culturais da pessoa, sendo que a primeira pode ser modelada pela segunda e pela terceira. A predisposição genética e o ambiente interagem de maneiras complexas, de modo que diferenças iniciais relativamente pequenas podem ser grandemente desenvolvidas pela modelação da sociabilização diferencial. A apresentação de alternativas não - agressivas são preferíveis a instigar a agressão encorajando um acto agressivo (abordagem da catarse) cuja consequência mais provável será a repetição do comportamento agressivo no futuro, em especial se o acto anterior foi positivamente reforçado.

As investigações mais recentes não tentam identificar uma só causa para a depressão, ansiedade e agressividade, mas como sendo um conjunto de factores biológicos, psicológicos, ambientais e sociais.

CAPITULO I

CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE PSICOLOGIA APLICADA

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CPA POMPÉIA

A existência do Centro de Psicologia Aplicada – CPA está vinculada à formação de psicólogos que tem como exigência a realização de estágios profissionalizantes. Em razão disto, o Centro de Psicologia Aplicada apresenta peculiaridades na organização administrativa - burocrática e na organização pedagógica.

O CPA tem dupla função: proporcionar estágio supervisionado aos alunos dos últimos anos dos cursos de Psicologia e de acolher a demanda de atendimento psicológico da comunidade onde estão inseridos.

Para atender a primeira função – formação de psicólogos – são organizadas actividades práticas supervisionadas, nos 7º e 8º semestres, estágios profissionalizantes, nos 9º e 10º semestres, e estudos orientados, com o objectivo de promover o desenvolvimento de habilidades e competências imprescindíveis ao bom desempenho profissional. O psicólogo preparado para enfrentar os desafios das transformações da sociedade contemporânea e capacitado para o desenvolvimento intelectual e profissional continuado terá como compromisso os princípios éticos e humanistas em prol da valorização dos direitos e deveres do indivíduo, do respeito pela liberdade de expressão e da melhoria da qualidade de vida e bem-estar individual e colectivo.

Os estágios oferecidos atendem as múltiplas demandas provenientes de diversos lugares, accionam estratégias e abordagens específicas e convergem para um objectivo comum: o desenclausuramento do profissional de psicologia e uma acção de maior abrangência social.

A outra função do CPA é produzir e implementar novas estratégias de cunho científico - metodológico que respondam à protecção, reabilitação e promoção da saúde dos indivíduos, fundamentadas na ética do cuidado. Um cuidado que ultrapasse as intervenções especializadas e que responda à convocação do outro como valor em si mesmo, como a figura decisiva de nossas múltiplas acções.

Para cumprir nossos objectivos, a matriz curricular apresenta disciplinas que se compõem de estágios que se caracterizam pelo compromisso da busca de práticas

adequadas às culturas e realidades locais e regionais correspondentes às localizações diferenciadas do CPA, sem que se perca de vista a unidade curricular e programática.

Estão previstas actividades práticas de estágio: levantamento e discriminação das demandas com o respectivo planeamento de intervenções individuais, institucionais, organizacionais e comunitárias, intervenções clínicas, correcção e análise de testes psicológicos, elaboração de relatórios parcial e final, visitas domiciliares, visitas a instituições, reuniões com outros profissionais, pesquisa bibliográfica, leituras de textos teóricos e técnicos que sirvam à compreensão dos atendimentos e à reflexão das experiências proporcionadas pela prática.

O CPA Pompéia localiza-se na Zona Oeste da Cidade de São Paulo e atende as pessoas residentes em bairros próximos, como Lapa, Brasilândia, Casa Verde, Freguesia do Ó, Pirituba, Barra Funda.

A maioria das pessoas que procura atendimento psicológico no CPA é proveniente de camadas da população com baixo poder aquisitivo e baixo nível de escolaridade.

Todo cliente que procura os serviços da clínica do CPA tem seus dados cadastrais registados. Ao ser chamado, pelo sector de triagem, o cliente tem seu registo feito na recepção.

A partir da avaliação diagnóstica, os clientes triados – adultos, adolescentes, crianças e famílias - e que apresentam sofrimentos psíquicos são encaminhados aos diversos estágios das disciplinas curriculares e aguardam a chamada para atendimento psicológico gratuito, seguindo a ordem de inscrição no livro de Registo. Caso o cliente apresente uma necessidade urgente de atendimento não é seguida a lista de espera. Se o cliente apresentar uma demanda que não está consoante aos propósitos da formação e às actividades previstas pelos estágios, ele será encaminhado para outras instituições e/ou profissionais que possam atendê-lo em sua demanda.

O sector de triagem mantém actualizado um cadastro de instituições que prestam serviços na área de saúde.

Todas as instituições que procuram os serviços do CPA são atendidas pelo coordenador e/ou supervisor que avaliam se há possibilidade de desenvolver um trabalho que vá ao encontro das necessidades da instituição e dos objectivos da formação. Em caso afirmativo, estabelecem-se convénios e acordos de cooperação entre as instituições e a universidade, se for de interesse de ambas as partes.

São mantidos prontuários dos clientes e das instituições atendidas com todas as informações sobre os atendimentos realizados.

As informações contidas nos prontuários são sigilosas.

O CPA mantém um serviço de plantão psiquiátrico exercido por um médico, contratado como professor da instituição, para proceder orientações presenciais ou por escrito, aos estagiários e/ou supervisores, a respeito de determinados clientes que são encaminhados para consulta de avaliação.

Caso haja dúvidas quanto às alterações medicamentosas e comportamentais de determinados clientes, o supervisor e estagiário consultam este profissional para discussão do caso o que propicia uma prestação de serviço diferenciada e uma actividade pedagógica interdisciplinar.

As dependências do CPA são de uso exclusivo dos clientes, estagiários, supervisores e funcionários. O CPA funciona de 2^a a 6^a feira, em horário matutino e /ou nocturno e aos sábados pela manhã

CAPITULO II

DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DE AVALIAÇÃO

2.1 OBJECTIVOS TÉCNICAS E MÉTODOS DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A avaliação psicológica é compreendida como o processo técnico-científico de colheita de dados, estudos e interpretação a respeito de fenómenos psicológicos, que são resultantes da relação indivíduo com a sociedade, servindo-se, para tanto, de estratégias psicológicas, métodos, técnicas e instrumentos. A Avaliação Psicológica possui um papel importante na compreensão do funcionamento mental. Através da utilização de instrumentos psicométricos pré-definidos é possível aceder a um melhor entendimento da dinâmica psíquica, dos potenciais cognitivos e da organização estrutural de personalidade, permitindo uma análise de comportamentos, atitudes e reacções do indivíduo.

Os objectivos da consulta de avaliação psicológica são múltiplos, passando pela despistagem, descrição, compreensão do sujeito, verificação de hipóteses, diagnóstico, prognóstico e encaminhamento para intervenção (articulando propostas reeducativas com as escolas, técnicos da área da reabilitação – Terapia da Fala, Apoio Pedagógico Especializado e/ou Psicomotricidade).

2.2 BREVE DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES

No que diz respeito às técnicas e métodos de avaliação utilizados, recorreremos a entrevistas, anamnese, observação directa, inventários de comportamento para pais, o teste Escala de Inteligência de Weschsler para crianças 3ª edição (WISC III) e o teste H.T.P. (House-Tree-Person); para identificar a personalidade das pessoas avaliadas com a finalidade de elucidar problemas com base em pressupostos teóricos e avaliar aspectos específicos de cada situação, assim como prever o curso possível de casos, para que o psicólogo possa comunicar os resultados e propor soluções.

Analisamos o processo de atendimento psicoterápico de dois pacientes um deles psicossomático, apenas percebidos devido ao processo de somatização que se instalou e como não foi atendido nos primeiros sinais de somatização, adquiriu uma doença

psicossomática. A gravidade da situação deste pôde ser notada pela frequência de idas aos médicos, centros de saúde e até mesmo ao hospital.

A psicoterapia possibilitou a mudança de comportamentos, o que propiciou a estes pacientes maior qualidade de vida.

Em ambos os casos empregamos primeiramente as entrevistas com o objectivo de estabelecer uma relação de ajuda, de confiança e de recolher, sistematizar informações acerca da história pessoal.

O segundo caso, do paciente adolescente, para além das entrevistas com os pais, jovem e com a médica, aplicamos o teste - Escala de Inteligência de Weschsler para crianças 3ªedição, (WISC III).

Tudo isto com o objectivo de possibilitar um entendimento claro acerca da problemática bem como relativamente ao tipo de estratégias de intervenção e resultados a obter.

Com a avaliação psicologia pretendíamos conhecer a capacidade cognitiva, habilidades interpessoais, sociabilidade, influência, atributos pessoais, iniciativa, dinamismo, energia e empatia. Assim como equilíbrio emocional, auto conhecimento, motivação, ambição expectativas e recursos de desenvolvimento do paciente.

CAPITULO III

DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DE INTERVENÇÃO

3.1 SUMARIO

Discriminamos o processo de atendimento psicoterápico de três pacientes, do seu início até o momento da alta. O primeiro caso é uma paciente adulta. Ao elaborar o diagnóstico da paciente num centro de saúde, na área de residência, não levaram em consideração os primeiros sinais de somatização o que levou a paciente à aquisição de doenças psicossomáticas, caracterizadas por vários distúrbios físicos e psicológicos. A gravidade da situação pôde ser notada pelas repetidas idas ao centro de saúde e urgências, sendo que, nos últimos tempos, passou a ser alvo de preocupação dos profissionais que a assistiam, levando-os a encaminhá-la ao serviço de psicologia. Nestas circunstâncias, recebemos a paciente – futuramente chamada de senhora M. – para atendimento.

A abordagem utilizada neste trabalho foi a da Psicoterapia Breve, por sua especificidade em trabalhar com aspectos restritos e com objectivos limitados, conferindo-lhe a possibilidade de realizar um processo com começo, meio e fim dentro de um tempo reduzido, trazendo benefícios tanto para os pacientes quanto para mim terapeuta em formação. Ao paciente, por obter o alívio desejado no pouco tempo que dispõe para o atendimento; ao terapeuta em formação, por trazer-lhe mais segurança na intervenção com a explicitação do foco e objectivo e a oportunidade de acompanhar o mesmo paciente ao longo do processo, possibilitando uma maior integração à prática na qual é principiante e o paciente por ele atendido (Santos, 1996).

3.2 CASO N.º 1

3.2.1 DESCRIÇÃO DO TRABALHO

A área de Atendimento de Adultos, foi durante o período de 06 de Março a 7 de Outubro de 1999, sob supervisão da Prof. Dr.^a Rael.

A Clínica possui várias salas de atendimento, um bar, uma secretaria e outras áreas de manutenção, além de oferecer toda a infra-estrutura básica necessária.

O estágio ocorreu durante o ano lectivo de 1999, sendo um atendimento por semana, de 50 minutos de duração.

Foram 20 sessões, sendo um atendimento por semana e tendo uma pausa durante o recesso escolar condizente ao mês de férias, em Julho.

A paciente faltou seis das 20 sessões previstas, sendo algumas por motivo de doença. Segue-se o desenvolvimento do trabalho, fazendo-se os resumos das sessões, por entender que, desta forma, a identidade da paciente fica efectivamente preservada.

3.2.2 IDENTIFICAÇÃO -DADOS

Nome: **M.**

Sexo: **Feminino**

Idade: **57 anos**

Estado Civil: **Casada**

Início do Atendimento: **06/03/1999**

Término do Atendimento: **07/10/1999**

3.2.3 QUEIXAS

A paciente relata ser muito doente e nervosa. Atribui seu estado de saúde precário ao marido, que é alcoólico. Sente-se angustiada, sem paz e com o humor deprimido.

Seu desejo manifesto é o de querer parar de preocupar-se tanto com a família (marido).

3.2.4 DINÂMICA DA PACIÊNTE

A senhora M. parece buscar no sofrimento o castigo da culpa que sente em desejar a aniquilação da figura parental, e seu substituto (o marido), que motivou a origem de seu sentimento de desamparo. Somente este conflito defensivo auto punitivo parece trazer-lhe uma diminuição do sentimento de culpa, permitindo-lhe um alívio e a manutenção do seu equilíbrio intrapsíquico.

Teve uma infância marcada por um pai alcoólatra que agredia fisicamente a mulher. A mãe, deprimida, começou a alcoolizar-se também, vindo a separar-se do marido para viver com outro homem, também alcoólatra e por quem nunca sentiu alguma simpatia.

Por ocasião da separação de seus pais, a senhora M. escolheu em morar com o pai. Aos 17 anos conheceu o pai dos seus filhos e, para fugir do sentimento de abandono, engravidou, casando-se. O marido era carinhoso e atencioso, mas passado alguns anos numa discórdia tentou agredi-la e a senhora M. sofreu um aborto, aos 5 meses de gravidez.

A Senhora M. sofreu com a perda e o marido mudou de emprego, tornando-se camionista. A partir de então, ele passou a beber.

A senhora M., perdeu também o marido atencioso e a condição de vida cómoda que este lhe proporcionava, pois o marido perdeu o emprego por causa do vício, passando a viver de jeiras casuais. A senhora M. engravidou mais duas vezes tendo tido um rapaz e uma menina e praticamente sozinha cuidou da educação dos filhos, uma vez que o marido – tal qual o pai – passou a ser agressivo e violento.

Depois de cerca de 20 anos de evolução desta problemática, a senhora M. passou a somatizar, tornando-se bastante doente. Adquiriu ganhos secundários com as doenças, tornando-se mais “acolhida” em suas necessidades de afecto numa dinâmica familiar - que acaba por envolver pai, sogra, irmã e filhos -, ao ser acolhida em suas crises. Além disso, o sofrimento da sogra pelo comportamento do filho parece ter se tornado uma reserva para o sofrimento que a senhora M. gostaria de impingir à sua mãe, por tê-la desamparado. Mãe e filha sempre tiveram grandes dificuldades de relacionamento.

3.2.5 HIPÓTESE PSICODIAGNÓSTICA

Distúrbio Psicossomático, por defesas caracteriológicas contra a angústia (Defesas Contra os Afectos).

3.2.6 TÉCNICA EMPREGADA/ PROCEDIMENTOS

Psicoterapia Breve Psicodinâmica.

3.2.7 TRABALHO COM CONFLITOS

Orientado em direcção ao *insight*, elege-se um conflito (derivado) a ser tratado, por sua importância (focalização).

É possível confrontar o paciente com o conflito original no percurso do tratamento. Em algumas ocasiões é o próprio paciente, se tem capacidade de *insight*, quem menciona o conflito infantil, relacionando-o com sua situação conflituosa.

A tarefa interpretativa dos conflitos faz-se parcialmente, numa tentativa de solucionar interpretativamente os conflitos derivados. Trata-se de uma resolução parcial ou incompleta, muitas vezes suficientes para se obterem benefícios terapêuticos.

3.2.8 TRANSFERÊNCIAS

A neurose de transferência e a regressão não são estimuladas, pois as metas terapêuticas não estão dirigidas para a reestruturação da personalidade nem para resolver conflitos básicos do indivíduo, mas sim para mitigar alguns sofrimentos actuais. O que adquire importância aqui é a busca de insights do paciente a respeito de situações conflituosas actuais de sua vida, razão pela qual o trabalho interpretativo recai mais em suas relações com os objectos de sua realidade externa do que na relação com o terapeuta.

3.2.9 O PROBLEMA DA RESISTÊNCIA

O tratamento das resistências que dependem dos mecanismos defensivos do ego, pode apresentar as seguintes características:

- a) Algumas defesas são combatidas, analisadas;
- b) Outras são respeitadas ou ainda reforçadas pelo trabalho terapêutico, de acordo com o que pareça indicado em cada caso, com base nas condições do paciente e do enquadramento.

3.2.10 INSIGHT E ELABORAÇÃO

Propiciar ao paciente a obtenção de *insight* por meio de interpretações – especialmente dos psicodinamismos relacionados com o transtorno actual, motivo do tratamento – deve constituir o principal propósito na terapia dinâmica breve, sempre que as condições psíquicas do paciente o permitirem. Contudo, há de se considerar:

- a) Com respeito à extensão do *insight*, devido ao enquadramento e à curta duração da terapia, considera-se como “experiências iniciais de *insight*”, um autoconhecimento limitado às dificuldades habitualmente contidas no foco terapêutico;

b) Quanto ao tipo e profundidade, a busca de *insight* está dirigida, com mais frequência, para as relações do sujeito com os objectos externos de sua vida quotidiana e presente, ainda que não despreze os fenómenos transferenciais mais notórios, que trabalha, como obstáculo (resistências transferenciais), e/ou ilustram a problemática do paciente.

Utiliza-se técnicas de apoio emocional no caso do paciente que, por fragilidade egóicas, não conseguem tolerar uma terapia interpretativa, e para os quais o único resultado que se procura obter é uma extinção de sintomas.

3.2.11 FOCALIZAÇÃO

Trabalho focado para determinada problemática do paciente, que adquire prioridade, dada a sua urgência e/ou importância, enquanto se deixam de lado as demais dificuldades.

3.2.12 RESULTADOS

A senhora M, ao adquirir *insights*, teve uma activação e fortalecimento de suas funções egóicas sãs, que a ajudaram a estabelecer estratégias de enfrentamento, resultando em percepções mais assertivas a respeito de sua vida e de seu modo de ser e de estar. A repetição de sua história, pela história dos filhos (gravidez e casamento precoce), serviu-lhe para quebrar o estado passivo-receptivo frente à agressividade e à culpa, pela expectativa de uma re-significação de sua própria história, e, por isso mesmo, tornou-se uma fonte de medo de que a história se repita. Contudo, a senhora M. passou a olhar se como agente de sua própria história, devido ao movimento que teve em direcção à sua auto-integração. Seus sintomas físicos, por fim, se limitam à cronicidade estabelecida devido aos anos sucessivos da problemática psicossomática, a qual levaram-na à aquisição de patologias orgânicas, como a úlcera gástrica e colite nos intestinos. Porém, os sintomas relacionados ao seu estado emocional aparentemente desapareceram, como a hipertensão arterial sistémica (HAS), a insónia, a inapetência e o estado ansioso que a afligia. O fato de não ter procurado as urgências é um indício da evolução da paciente.

3.2.13 APRESIAÇÃO SOBRE O DESENVOLVER DAS ACTIVIDADES E DOS DESAFIOS ENFRENTADOS

As actividades decorreram satisfatoriamente: 1) a paciente adquiriu – lenta e gradativamente – capacidade de representação suficiente para o surgimento de *insights* possibilitando-a de se colocar de forma mais assertiva perante a vida, 2) eu, como estagiária terapeuta, pude articular teoria e prática, desenvolvendo-me, além de identificar-me com a abordagem utilizada e com a área de actuação, e 3) a clínica - escola pode dar formação ao levar para a supervisão de estágio um caso psicossomático considerado importante.

Trabalhar com os recursos internos iniciais da paciente – como seu pensamento operatório, esvaziado de simbolizações - e tendo-a tão fragilizada física e psicologicamente, mostrou-se um grande desafio.

3.2.14 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo o *insight* a pré-condição de toda mudança duradoura na personalidade, seria necessário que a terapia facilitasse seu surgimento (por meio de interpretações) a fim de que a paciente, uma vez possuindo recursos internos suficientes para assimilar e enfrentar o entendimento de seus conflitos pudesse elaborá-los. Ao que tudo indica, as condições psíquicas da paciente permitiram a difícil tarefa de superar suas resistências. Talvez, pela questão do limite de tempo para o atendimento da paciente numa clínica-escola, os *insights* puderam manifestar-se apenas como “experiências iniciais de *insight*” – um auto-conhecimento limitado às dificuldades contidas no foco terapêutico da abordagem psicodinâmica pretendida: a de curta duração (Psicoterapia Breve de orientação psicanalítica). Nesta, os *insights* ocorridos estão dirigidos para as relações da paciente com os objectos externos de sua vida quotidiana.

Assim, como o estado psicossomático da paciente tornou-se crónico causando-lhe distúrbios físicos e psicológicos – características de “Doença Psicossomática” – acredito que a continuidade da psicoterapia seria necessária para conscientizar a paciente das atitudes inconscientes primitivas que tem, a fim de significá-las e, ao elaborá-las, para melhorar o seu estado clínico geral,

3.3 CASO N.º 2

3.3.1 DESCRIÇÃO DO TRABALHO

Foram 20 sessões, sendo um atendimento por semana e tendo uma pausa durante o recesso escolar condizente ao mês de férias, em Julho.

A paciente faltou uma das 20 sessões previstas, por motivo de doença.

Segue-se o desenvolvimento do trabalho, fazendo-se os resumos das sessões, por entender que, desta forma, a identidade do paciente fica efectivamente preservada.

3.3.2 IDENTIFICAÇÃO -DADOS

Nome: **RC.**

Sexo: **Masculino**

Idade: **14 anos**

Estado Civil: **Solteiro**

Início do Atendimento: **06/03/1999**

Término do Atendimento: **07/10/1999**

Área de Estágio: **Adolescente**

Referencial teórico: **Psicanálise**

Supervisor Responsável: **Fernando Cipriano**

O RC. é um adolescente de 14 anos, é forte, alto, bonito e tem um sorriso sedutor. Seus olhos são claros, os cabelos lisos e castanhos; no frio, meu paciente veste sempre calça e blusa de moletom, no calor, bermuda e camiseta; o ténis é sempre velho e rasgado.

3.3.3 QUEIXA

O RC. acompanhado pela progenitora chegou à Clínica de Psicologia Aplicada da UNIP (Universidade de São Paulo), na Pompeia, a pedido da neurologista, médica de RC., com a queixa de agressividade, hiperactividade e de não controlar os esfínteres.

Toma um calmante anticonvulsivo, que é também um controlador dos esfíncteres.

3.3.4 DINÂMICA FAMILIAR E DO PACIENTE

A mãe de RC., Regina, é uma mulher conservadora e invasora, prepotente e que gosta de constranger as pessoas. Relata, numa das entrevistas, que RC. tem dificuldade de dormir desde os 11 meses de idade e que nunca pára quieto.

Antes de tomar o Tofranil, fazia cocó e xixi nas calças. Com algumas paradas e mudanças do medicamento, ele toma calmante desde os 11 meses.

Regina, nos seus contactos comigo, deixou bem claro que se RC. Mudasse seu comportamento, não permitia que continuasse fazendo psicoterapia. Ela fez ameaças, quis me intimidar, tentou constranger e mostrar o poder que exerce sobre o filho.

Fiquei perplexa ao perceber sua insistência em me convencer de que o RC. era hiperactivo e de que precisava continuar a tomar o medicamento. Chegou ao ponto de dizer-me que se trata de uma hiperactividade genética e comenta que tem uma tia agitada, portanto, nas mesmas condições.

Após a sessão, desconcertada e triste me perguntei qual seria o interesse desta mãe em convencer-me da hiperactividade do seu filho. Porque que Regina quer manter o filho nesta condição?

Ainda me faço esta pergunta até hoje.

No dia seguinte, liguei para a neurologista de RC., a Dra. Vânia, que me disse não acreditar que seja um caso de hiperactividade, mas um problema (distúrbio emocional ou comportamental, pois, os exames realizados deram negativos).

Foi a médica que tinha insistido para que Regina procurasse uma psicoterapeuta e desse modo, poderia aos poucos, diminuir e até excluir o medicamento.

A Dra. Vânia percebeu, por parte da mãe, também uma certa resistência em retirar o medicamento. Regina não quis aceitar a possibilidade do filho não ser hiperactivo e vai sozinha ao consultório buscar a receita para comprar o medicamento.

Nas vezes em que o RC. acompanhou a mãe ao consultório, ela falou do xixi e do cocó, na sua frente o que o deixou constrangido.

Nas primeiras sessões com RC., percebi que na presença da mãe, ele tinha um comportamento agitado, infantilizado e então curiosamente, este comportamento desaparece quando fica a sós comigo. Suas atitudes, não pareciam tão agitadas quanto queriam demonstrar, pois, ele também tentou me convencer que era hiperactivo. Isso parecia um trunfo, algo a ser exibido com prazer.

Não me deixei convencer e fui, aos poucos, dizendo para ele que suas atitudes, na minha presença, não demonstravam uma agitação fora do comum. Parecia, na verdade, que queriam fazer-me acreditar em algo que eu não sentia e não via.

Nesse aspecto, a mãe e filho estavam identificados. Os dois, parceiros e cúmplices, sustentavam uma situação onde o meu paciente saía prejudicado: RC é obrigado a tomar o medicamento e a permanecer numa situação infantilizada, de dependência. Perguntei-me sobre os motivos que estariam a levar RC a concordar com tal situação.

Aos poucos, percebi que a cumplicidade desses dois os leva a praticar maldades e passei a utilizar esta palavra para designar um conjunto de atitudes onde a outra pessoa é constrangida e humilhada.

Regina tentou fazer isso comigo e, sem a menor cerimónia, faz isso com o próprio filho. Meu paciente, de sedutor e engraçadinho, passou a demonstrar que sente muito prazer em constranger amigos, parentes, desconhecidos e até a própria psicóloga.

Passei a denominá-lo de lobo em pele de cordeiro e defini suas atitudes como “maldades”. Sem dúvida que a fonte do aprendizado dessas maldades está a Regina e RC. demonstrou ser um aprendiz aplicado.

Numa das sessões, meu paciente traz um desenho que fez, era um curinga.

Compreendi que estava a falar de si, que ele é como o curinga: pratica maldades fazendo gracinhas. Eis algumas de suas proezas:

- Quebrar as lâmpadas do corredor do colégio onde estuda;
- Vigiar para que seus colegas quebrem a porta de uma das salas de aula;
- Em casa, deixa de propósito a gaiola dos passarinhos do lado de fora no frio, para que morram;
- Em casa, ao brincar, deixa vazar muita água a ponto de molhar vários cômodos.

A imagem do Curinga foi de grande auxílio para mim, pois passei a apontar para o meu paciente que suas gracinhas não eram inocentes nem casuais, além disso, essas atitudes causavam constrangimento e incómodo. Eram, na verdade, “maldades” disfarçadas de gracinhas.

Apontei o enorme prazer que sentia em realizar suas proezas e enfatizei que não conseguia mais enganar-me: eu sabia muito bem o que estava a fazer e não considerava nem um pouco engraçadas as suas atitudes. Ele ainda tentou me convencer, mas mantive a posição e, desse modo, a estratégia do curinga não funciona mais.

Confrontei claramente as atitudes de RC. e questionei suas intenções.

Também, fui apontando, aos poucos, outras alternativas de relacionamento com as pessoas e as coisas ao seu redor.

Com isso, fui adquirindo importância para ele e acabei ocupando o lugar simbólico da mãe, ou seja desempenhei a função materna.

O RC. confiava em mim, dava importância ao que eu dizia e, desse modo, podíamos aprofundar o que estava acontecer com ele.

Como transformou-me numa outra possibilidade de mãe começou a trazer seu ódio por Regina e logo o estendeu à irmã.

De identificado e cúmplice da mãe, passou a demonstrar hostilidade por ela e, também certo ressentimento.

Deu a entender que não queria mais manter a “farsa” da hiperactividade.

Há muito tempo, eu havia abandonado a crença na hiperactividade, também defendia que a questão era emocional, mas ainda não havia conseguido estabelecer uma hipótese que me convencesse. Foi, então, que aconteceu uma sessão muito interessante que forneceu pistas valiosas para uma possível compreensão.

Naquele dia, ao chegar à clínica, RC. viu-me a conversar com algumas colegas na sala de espera. Entrou, furioso, para o atendimento e, inquieto, agitado, começou a destruir o que via pela frente. Fui tentando fazer com que não destruísse as coisas até que se colocou atrás de mim mais furioso ainda, assustada, precisei mudar de lugar para poder vê-lo.

Nesta sessão e nas que se seguiram, conversamos sobre o que havia acontecido. A hipótese que formulei foi a seguinte: RC se sentiu traído quando me viu com outras pessoas associou-se esta “traição” com a de sua mãe quando sua irmã nasceu. Em sua fantasia, o nascimento da irmã o tirou do lugar de preferido para colocá-lo na condição de preterido.

Ele não aceita esta situação, está inconformado e ressentido. Aumentou as dosagens de “maldades” como uma espécie de vingança da mãe: resolveu incrementar aquilo que aprendeu com ela para dela se vingar.

Outro aspecto da questão é que parece não compreender como pôde ser “traído” se era tão bom aprendiz; isso o torna vulnerável, frágil. Ele sentiu a “traição” como um abandono.

O RC. relata que deixar de ser o único, foi muito triste, doloroso e solitário.

Criar e manter a “farsa” da hiperactividade satisfazia uma vontade da mãe e o torna especial.

A hiperactividade era uma espécie de atestado da cumplicidade dos dois, da forte identificação que existe entre eles. Praticar maldades também parece funcionar como um atestado da cumplicidade dos dois: mãe e filho se reconhecem nisso.

A “traição o feriu mortalmente, mas serviu de alerta: ele pôde buscar outras alternativas para si mesmo, o ressentimento relacionado á mãe o empurra para a busca de novas fontes de inspiração.

Exactamente aqui que me incluo tende o como objectivo ser /fornecer novos modelos de relacionamento para o meu paciente.

A forte transferência estabelecida em relação a mim tem sido o principal instrumento de trabalho. Ele tem manifestado progresso significativo, já disse que pretende utilizar sua mania de mexer e destruir coisas para estudar uma profissão (analista de sistemas ou engenharia informática). Outro dado significativo é que escreveu no gesso (quebrou o braço) M.T.L. que significa maldades tem limite.

3.3.5 DEVOLUTIVA PARA OS PAIS

Data: 09/10/00

Os pais de RC. chegaram atrasados. A mãe às 18:10hs e o pai às 18:25 h.

A D. Regina e a filha foram comer um lanche no bar da Clínica, enquanto aguardavam a chegada do pai de RC.

Às 18:30 h. entrámos no consultório, me apresentei e pedi que se sentassem.

A mãe de RC. mal tinha sentado e já me questionava quando à minha viagem de volta para Portugal, a nacionalidade e o porquê de eu ir viajar. De uma maneira sucinta, falei que realmente iria ter que me ausentar.

Então a mãe falou que RC. ficou muito triste e angustiado. Pela primeira vez contou para a mãe algumas coisas que ele fazia nas sessões de psicoterapia (os jogos, desenhos) e deu a notícia para a mãe com um ar de tristeza e de preocupação.

Falei também o quanto foi difícil para mim ter que deixá-lo.

O pai agradeceu por tudo o que fiz pelo filho, pois dava para perceber que RC. tinha mudado muito.

Comecei então a falar que a adolescência é uma fase importante, mas difícil. Acho que era importante confiarem no RC. e dar mais espaço e autonomia a RC., pois não era mais criança e sim um lindo e inteligente adolescente.

Tinha algumas coisas que o incomodava muito. Uma tinha sido o nascimento da irmã e tudo isso acarretou muita tristeza, solidão e desamparo para ele.

Os pais comentam que tentaram dar mais atenção para o RC. que para a filha.

Então digo que não foi assim que ele interpretou. RC. passou a agir como se passasse de preferido a preterido.

Então o pai concorda comigo, que o nascimento da irmã realmente deve ter influenciado esse comportamento que ele vem apresentando. Pois até a chegada da irmã, ele era o único sobrinho, único neto de ambas as partes.

Então falo o porquê da agressividade com a mãe e com a irmã.

Ele culpa a mãe e mais, sente que foi traído. Ele se sacrificou durante muito tempo para agradar a mãe e ela tem uma filha que tira o lugar dele.

A mãe, mais tranquilamente, conta um caso, que até agora a deixa chateada com RC. Esta fez aniversário o mês passado e ele ainda não deu os parabéns à ela. O pai obrigou-o a dar os parabéns e ele não deu.

Comentei com o pai que eu estava preocupada, pois RC. quase não falava dele.

Então ele me disse que trabalha todos os dias, quando chega em casa às 20:30 h está na hora de RC. dormir. Hoje mesmo o pai tinha chegado atrasado devido à loja ter muitos clientes, apesar de ter avisado à gerência que precisava sair mais cedo foi impossível abandonar os clientes.

Concordei com o pai que é difícil, mas apesar de chegar tarde, chegou, e seria muito importante para RC. ele se manter mais próximo do filho. Conseguir mais tempo para RC.

Ele relatou que RC. não gosta de conversar com eles. Ele pergunta uma porção de coisas e ele responde com frases curtas e rápidas.

Então eu falei que seria bom sair mais vezes juntos, fazerem coisas que gostem, conversarem sobre várias coisas; o importante não seria tanto o que se conversa, mas o vínculo que estão a estabelecer.

Com o tempo, quem sabe, o RC. não se abrirá mais com o pai.

A mãe interrompe falando que concorda comigo. Depois que a Geovana nasceu ele se virou mais para a menina e ela como mãe teve que agarrar aquele que mais precisava RC.

Comentei que o RC. como qualquer outro adolescente precisa de liberdade, autonomia e limites.

O pai comentou que RC. tinha ficado muito triste a outra semana porque no sábado ele queria ir a uma festa, só que o pai queria ir levar e ir buscá-lo às 11:00 h.

Então ele preferiu não ir.

O pai me falou dos seus medos em relação a RC. O filho toma um medicamento forte, não pode beber, não pode fumar e tem medo que possa acontecer alguma coisa.

Falei da importância de estar sempre conversando com o filho sobre essas e outras coisas, que a sociedade de São Paulo tem. Como qualquer outra cidade grande, tem

vantagens e desvantagens, tem muitos perigos, mas também tem coisas instrutivas. Eles precisam confiar em RC.

O RC. tem necessidade de experimentar, vivenciar situações, ir contra as regras e contra seus próprios pais. Tudo isso é necessário para o crescimento de RC. Não poderiam privá-lo dessas coisas. Podem amenizar as coisas conversando com ele.

Tentei alertá-los dizendo que me parecia que o tratavam como uma criança e na verdade, ele é um garoto de 14 anos, que não pode ser sufocado e ainda rotulado como hiperactivo.

Disse também que achava que RC. não era hiperactivo e sim que tinha falta de limites. A mãe me contestou várias vezes que ele era sim, pois tinha comportamentos que eles não gostavam.

Comia demais; não parava quieto com o pé quando assiste TV; mexe com tintas e suja toda a roupa e casa de banho; Não lê, é agressivo com a irmã.

Comentei que realmente na presença da mãe têm um comportamento agitado e ansioso.

Pois não é ela que sustenta essa questão. RC. quer agradar a mãe e chamar a atenção. A agressividade com a mãe e a irmã nós sabemos e já comentamos o porquê. Não ficar quieto é complicado. Uma criança ou adolescente ficarem quietos, sem se mexer por muito tempo. Difícil.

Parece que em casa ele não se sente muito bem, então questionei o que os pais estavam fazendo para que ele se sentisse assim.

O pai respondeu que RC. é difícil. Quer escutar música gozada bem alto, briga demais com a irmã e, às vezes, ele precisa de “uns cascudos” .

Talvez ele faça tanta coisa em casa para chamar a atenção. Parece que todo o mundo está sempre ocupado com alguma coisa, menos para dar atenção para o RC.

Conversar mais, passear, sereia uma boa opção. Pedi que repensassem sobre a medicação que RC. toma.

Se o RC. não gosta da médica questioná-lo se ele quer trocar de profissional. Pois ele precisa de ter uma relação razoável com a médica que o trata. É complicado a mãe pedir que aumente a dose de medicamento porque está ocorrendo mudanças no comportamento dele, sendo que a médica nem o vê e nem fala com RC.

A questão dele me parece emocional, tem relação com o nascimento da irmã. Não é uma questão biológica, mesmo porquê se fosse iria acusar nos exames. Seria bom continuar com a psicoterapia.

Encerrei a sessão me despedindo e com grande carinho se despedem também de mim. Tive a sensação que eles não tinham se dado conta que o filho não é mais um bebé e que o nascimento da irmã poderia ter mexido tanto com o comportamento dele.

Ficaram satisfeitos, pois parecia que conforme eu apontava os fatos, eles se encaixavam, como uma peça no quebra-cabeças.

Achei interessante quando o pai fala como um desabafo “não tinha me dado conta disso. O tempo passa tão rápido que tudo passou despercebido”.

A mãe saiu vermelha, desconcertada, coloquei nela também a responsabilidade de dar um medicamento forte e de rotulá-lo como hiperactivo, apesar de eu, a Dra. Vera e os exames médicos comprovarem que não é hiperactividade, mas sendo sim, uma questão emocional.

3.3.6 RECURSOS TÉCNICOS UTILIZADOS - TÉCNICA EMPREGADA/ PROCEDIMENTOS

- Psicoterapia Breve Psicodinâmica
- Trabalho com os conflitos.
- Manejo da transferência – ao ocupar o lugar da mãe, procurei ajuda-lo a internalizar outros modelos de relacionamento.
- Manejo da contratransferência ao me sentir incomodada com suas atitudes, utilizamos essas sensações, sentimentos para compreender as consequências de suas maldades.
- A interpretação – quando digo a RC. o que está acontecendo com ele.
- A construção – relacionei os motivos do seu modo de funcionar e aponte seus desdobramentos
- A confrontação – não me deixei seduzir pelo seu jeito sedutor. Questionei as suas “maldades”.

3.3.7 RESULTADOS DOS MATERIAIS DE AVALIAÇÃO

Escala de Inteligência de Weschsler para crianças 3ª edição (WISC III) trata – se de um instrumento clínico da administração individual composta por vários sub – testes cada um avaliando um aspecto diferente da inteligência.

Quantitativamente, obtive os seguintes resultados:

Quociente Intelectual Global – Médio Inferior

Quociente Intelectual Verbal - Médio

Quociente Intelectual de Realização – Médio Inferior

3.3.8 AVALIAÇÃO

Apresenta um desempenho médio nas provas verbais: Informação que avaliam a extensão dos conhecimentos, memória a longo prazo e assimilação de experiências, nas provas Semelhanças, Vocabulário e Compreensão que estão relacionadas com a maturidade social e com a capacidade de utilizar a própria experiência.

Ao nível do vocabulário, apresenta capacidade para comunicar pensamentos e ideias através da linguagem. No Quociente Intelectual Global, no Quociente Intelectual de Realização, revela resultados inferiores para a sua faixa etária na:

- Atenção/ concentração;
- Aptidão numérica;
- Estabilidade emocional;
- Comportamento; cumprimento de regras.

Os resultados mais baixos verificam-se nas provas de Cubos, Código e Aritmética. Os resultados inferiores apontam para dificuldades ao nível da estabilidade emocional, da atenção / concentração e representação simbólica

3.3.9 PARECER PSICOLÓGICO

Os resultados das entrevistas e avaliações mostram, para o facto de o RC. ter um défice de atenção que resulta na realização de uma aprendizagem mais lenta, penalizando-o quer na aquisição das aprendizagens, quer no resultado final uma vez que necessita de mais tempo para concluir as tarefas e exercícios.

Necessita constantemente de incentivo e motivação e estimulação para elaborar as actividades escolares com sucesso. Os dados resultantes revelam que o RC. faz aprendizagem de forma lenta, tem algumas capacidades para ser bem sucedido, mas só conseguirá superar as barreiras que lhe possam surgir com muita colaboração e apoio escolar.

Ao encarregado de educação recomenda-se que o jovem venha a beneficiar de acompanhamento psicopedagógico (uma vez por semana para treino das áreas cognitivas menos favorecidas (atenção /concentração, aptidão numérica) e para gestão de problemas de natureza emocional.

3.3.10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel do psicólogo é de ajudar o adolescente a avaliar com maior precisão e realismo a responsabilidade que lhe cabe pelas suas atitudes e comportamentos.

Sempre que foi possível questionei o adolescente, com o objectivo de elucidar como este percebe seu controle sobre a situação e assim ajudar a reconhecer as limitações do seu controle sobre as experiências vivenciadas.

Apontei os acontecimentos e informações que não confirmam suas percepções, pois esta estratégia ajuda o jovem a avaliar com maior precisão a questão e a responsabilidade.

Ao reavaliar sua responsabilidade e ao se afastar do padrão de, reflexivamente, assumir responsabilidade demais, ou até de menos, por acções, o jovem fica em uma posição na qual consegue avaliar o mundo, o seu eu e os outros com maior exactidão e, consegue fazer tudo isto com um afecto não tão negativo. Crenças relacionadas à culpa, raiva e desaprovação – que se baseiam na suposição de responsabilidade, independentemente das limitações da realidade – podem ser efectivamente desafiadas e modificadas.

Primeiramente é pertinente fazer se o vínculo terapêutico. As sessões devem ser reforçadoras para aumentar assegurar a vinda do adolescente á terapia. Sabemos que o adolescente chega até nós porque são trazidos pelos pais ou pelas escolas sendo que, a motivação é dos pais, professores ou de outros profissionais.

Partindo da ideia que o individuo deve estar motivado par emitir um comportamento logo existe então uma baixa probabilidade de que o adolescente queira inicialmente ir as sessões psicológicas.

Neste caso, foi importante que eu aumentasse a motivação do meu paciente. Foi feito através da 1ª sessão quando se envolve os pais e todos aqueles que convivem com o adolescente como pacientes também já que se leva em consideração que se existe um comportamento problemático é porque existe “alguém ou “algo” que ajuda a manter esse comportamento portanto para mudar essa situação tive que mudar a relação comportamento, manutenção e promovendo mudanças no adolescente e da família ou de todas as pessoas envolvidas (escola).

Esta metodologia inicial teve um efeito benéfico já que começou a tirar a carga punitiva das relações até então estabelecidas com adultos que atribuíam esses comportamentos só ao adolescente.

Teve que ficar esclarecido no contracto inicial que seriam efectuadas reuniões com familiares e profissionais da escola e outras pessoas significativas para o processo terapêutico.

A segunda forma de tornar a sessão terapêutica reforçadora diz respeito ao sigilo das informações obtidas através das sessões, sendo que o contrato de sigilo é só para o cliente neste caso o adolescente já que é ele que está a passar por um processo terapêutico. O cliente tem o direito se assim o quiser de saber as informações dele, dadas pelas outras pessoas.

O sigilo como podemos observar é unilateral o que aproxima mais o adolescente do terapeuta tem uma pessoa que realmente está do lado dele o que nem sempre acontece no seu ambiente (familiar, escolar)

O clima de transparência, ou seja expressar para o adolescente tudo aquilo que sentiram a seu respeito já que o adolescente por vezes sente-se enganado por todos pois informações são lhe negadas acerca dos sentimentos que desperta nas pessoas normalmente esses sentimentos só são expressos quando ocorrem explosão de raiva, mágoa e ressentimento por parte de terceiros, só são expressos sentimentos negativos foi importante para sinalizar para o adolescente de maneira firme adequada socialmente, coerente e consistente aos sentimentos que ele despertou nos outros com os seus comportamentos.

Ser modelo de assertividade em relações extra sessão, dar a percepção ao adolescente de que ele também é capaz de provocar bons sentimentos foi importante para a relação terapêutica e automaticamente a melhora de seus comportamentos e auto estima.

Os resultados desse contracto é claro da sua execução são muito reforçadores para o comportamento do adolescente. Quando o adolescente (cliente perceber que tem comportamentos desejáveis assim como comportamentos não desejáveis começa a acreditar que não é tão inadequado como imaginava e que pode provocar nos outros comportamentos diferentes de modo que de certa maneira tem controle sobre o mundo á sua volta. A relação é de confiança o cliente aprende através do terapeuta o que fazer em determinadas situações problemáticas de uma forma menos ansiosa.

Foi assim que fui aumentando a empatia com o paciente, foi necessário também conhecer a linguagem e os valores sociais dos grupos aos quais o adolescente pertence o próprio adolescente ensinou isto com satisfação, explicar o que significa determinadas palavras que normalmente utiliza e como avalia determinados comportamentos próprios e de outras pessoas e aqui obtém-se a informação a respeito dos valores sociais que ele assume.

Foi um ensinar a olhar para os problemas de uma forma diferente daquela que ele estava habituado a olhar, o adolescente a medida que ia fazendo análises funcionais ia adquirindo um repertório mais adequado às suas necessidades e então comecei a planejar a alta.

Para a escola foi elaborado um relatório psicológico do aluno com o parecer e sugerindo algumas estratégias para amenizar as dificuldades de atenção e a concentração. Foi recomendado o treino específico em tarefas de discriminação visual de estímulos gráficos, complemento de frases, ordenação de séries, puzzles, sopa de letras, palavras cruzadas e exercícios de raciocínio lógico.

3.4 CASO N.º 3

3.4.1 DESCRIÇÃO DO TRABALHO

Foram 6 sessões, sendo um atendimento por semana.

Segue-se o desenvolvimento do trabalho, fazendo-se os resumos das sessões, por entender que, desta forma, a identidade do paciente fica efectivamente preservada.

3.4.2 IDENTIFICAÇÃO-DADOS

Nome: **J.M.**

Sexo: **Masculino**

Idade: **8 anos**

Início do Atendimento: **21/05/1999**

Término do Atendimento: **07/10/1999**

Área de Estágio: **Criança**

Referencial teórico: **Psicanálise**

Supervisor Responsável: **Prof.ª Lucimara**

3.4.3 QUEIXA

Comportamento inadequado (infantil) e gagueira – alterações da fala.

3.4.4 DINÂMICA DO PACIENTE

O J. M., tem 8 anos, é do sexo masculino, nasceu na cidade de São Paulo, reside na Vila Nova da Cachoeirinha, juntamente com seus pais. Não tem irmãos. Estuda numa escola particular e está no 2ºano do 1º ciclo.

Vida Familiar - O J.M. e filho adoptivo, mora com os pais não biológicos desde um mês e três dias.

Parece gostar e se relacionar bem com os parentes, avós, tios primos, etc.
Foi um bebé adoptado através do Fórum de Santana.
O processo de adopção foi rápido, um mês aproximadamente.
O casal não teve preferência pelo sexo.
Havia uma exigência, queriam uma criança saudável.
O bebé nasceu de parto normal, com 3.065Kg. e com 50 cm de comprimento.
A mãe natural tinha de 33 anos a 35 anos e já era o 3º filho que a progenitora deixava para adopção.
Foi um bebé que sempre mamou bem. Chupou chupeta.
Só dorme com a luz acesa.
Vida afectiva - Deduziu-se pelas entrevistas aos pais e ao J.M. serem pessoas felizes saudáveis e carinhosos, porém o J.M. sente uma certa rigidez, um excesso relativo de ordens.
Vida escolar - O J. M. até ao momento acompanha a turma segundo a professora.
Porém tem por vezes um comportamento infantil.
Vida social - A criança frequenta a casa de amigos e os amigos frequentam a casa dele.
Durante o ano vai a várias festinhas de aniversário dos amigos e parentes.
Quando J. M. faz aniversário além da família, convida todos os amigos para uma festa em casa.

3.4.5 LOCAL DA APLICAÇÃO

As entrevistas aos pais adoptivos e a aplicação foram realizadas na Clínica da UNIP - Cantareira, no dia 21 de Maio de 1999.
O teste foi feito na sala de atendimento n.º6, sobre uma mesinha apropriada para crianças. A aplicação do H.T.P. foi relativamente rápida, teve início às 20:00horas e terminou às 20:35 horas

3.4.6 DESENHO DA CASA

O J. M. começou pelo telhado, partindo do lado esquerdo para o direito.
A seguir pegou o lápis castanho e fez as paredes e o solo, seguidamente trocou pelo lápis verde e fez a porta, enfeitou-a com dois riscos horizontais e uma bolinha no meio.
Pegou o lápis vermelho e começou a fazer o telhado, perguntou se não tinha régua e quando disse que não, exclamou “ que pena”!
Fez as paredes da casa de castanho e pintou a frente da mesma cor.
Colocou uma janela e apagou, tornou a desenhá-la com vidraças e fez alguns rostos, e enquanto desenhava o quarto rosto, deitou sobre o braço esquerdo. Desenhou a seguir

uma antena parabólica com lápis abóbora em seguida o sol sorrindo e fez também nuvens com o lápis azul.

Com o lápis verde dividiu a parte lateral da casa em dois e começou a pintar da direita para a esquerda de verde, contornando a janela, pois a divisão deu-se bem ao meio da janela. Parou um pouco, colocou o dedo na testa e então fez do outro lado um quarto que se referiu ser dele, uma sala com televisão ligada e um sofá.

Fez um risco simbolizando solo do lado esquerdo e depois outro do lado direito.

Desenhou um cão do lado direito de castanho. Já no decorrer do inquérito, desenhou mais uma árvore, que disse ter esquecido.

3.4.7 1ºASPECTOS ADAPTATIVOS

Desenho compatível com a idade, sexo e nível cultural

3.4.8 2º ASPECTOS EXPRESSIVOS

Tamanho normal. Campo de projecção - desenho relativamente pouco abaixo, leve predomínio do 2º e 3º quadrante. Sequência normal e não indica movimento.

3.4.9 3ºASPECTOS DE CONTEÚDO OU PROJECTIVOS

Contém antena parabólico demonstra ser comunicativo.

A Porta é relativamente pequena – timidez, introversão, mais voltado para si.

As portas fechadas – existe uma certa cautela nos contactos.

As janelas com vidraças - é cauteloso nos relacionamentos.

Colocou pessoas na janela e móveis indicam que a casa está habitada.

Colocou sol (animismo) o que significa a presença de uma figura de autoridade.

A árvore e animal indicam vida.

O teto relativamente pequeno indica tendência maior ao prático, à objectividade.

A casa alegre, completa, harmoniosa, cheia de vida e bem colorida.

3.4.10 SÍNTESE

É aberto a contactos, porem com certa cautela. Encontra relativamente pouca satisfação na fantasia, parecendo possuir uma certa praticidade.

A criança tem recursos internos completos, consegue fechar *gestalt*.

Tem vida emocionalmente boa, consegue transitar bem. Mais ligado ao concreto. Refere-se ao mundo bem organizado, não tem dificuldade de se impor, possui labilidade.

Aparentemente sua gaguez não se prende ao fato de estar fechado, parece relacionar-se bem com o mundo.

3.4.11 DESENHO DA ÀRVORE

J. M., inverteu a folha, começou a fazer uma base levemente verde, confirmou se era árvore que ele ia desenhar. A seguir fez o tronco castanho, trocou pelo lápis verde e fez a copa, com o lápis vermelho fez frutos, a seguir 2 pássaros castanhos, o sol (animismo) e por ultimo nuvens azuis.

3.4.12 1º ASPECTOS ADAPTATIVOS

Desenho de acordo com o sexo, idade e nível cultural.

3.4.13 2º ASPECTOS EXPRESSIVOS

Traços normais, contínuos indicando comportamento controlado, esforço dirigido.

Tamanho – pequeno indicando sentimento de inadequação e inferioridade frente á demanda do meio, retraimento e pressão ambiental, inibição.

Localização – Predominantemente abaixo da linha mediana e mais localizada no 3º quadrante, significando certa dependência materna e predomínio do passado.

3.4.14 ASPECTOS DE CONTEÚDO OU PROJECTIVOS

Solo -Existência significa estabilidade, base na realidade.

Tronco - um pouco maior que a copa indicando certa infantilidade. Levemente curvado para a esquerda significando leve introversão, mais voltado para si.

Copa – razoavelmente pequena em relação ao tronco - muita energia do ego que não se canaliza adequadamente em direcção à produtividade.

Frutos – Presença na copa, indicando produtividade e fertilidade.

3.4.15 SÍNTESE

Árvore pequena, indicando sentimento de inadequação e inferioridade, retraimento e pressão ambiental.

Necessidade de protecção materna e uma relativa ligação ao passado, Apresentou o sol, indicando uma figura de maior autoridade (não lhe foi questionado quem seria o sol).

3.4.16 FIGURA HUMANA

Inverteu a folha começou a desenhar a cabeça, colocou os olhos, com o lápis vermelho colocou a seguir a boca, depois os cabelos com o lápis castanho, a seguir o nariz com o lápis abóbora e depois o corpo seguindo os pés que os fez de vermelho.

Perguntou para pintar a bermuda da figura, que cor daria o castanho com o vermelho. Disse – lhe que não sabia. Ele respondeu “vou ver”,e após misturar exclamou, castanho! Por fim fez o sol (animismo), nuvens azuis e pássaros castanhos.

Riu quando disse que essa pessoa era ele.

Franziu o nariz quando perguntei o que essa pessoa o faz pensar.

3.4.17 1ºASPECTOS ADAPTATIVOS

Desenho de acordo com idade, sexo e nível cultural.

3.4.18 2º ASPECTOS EXPRESSIVOS

Tamanho – pequeno, indicando sentimento de inadequação e de inferioridade, frente as demandas do meio. Retraimento e pressão ambiental. Inibição.

Localização – Predominantemente abaixo da linha mediana e mais localizada nos 3º quadrante, significando certa dependência materna e predomínio do passado.

3.4.19 3º ASPECTOS DE CONTEÚDOS OU PROJECTIVOS

Cabeça - normal

Olhos – em ponto - imaturidade no contacto com o meio, infantilidade

Boca estereótipo, máscara social, necessidade de agradar, vontade de ser aceito socialmente.

Cabelos – encaracolados, sexualidade, fantasia.

Cintura – com traço indicando policiamento dos impulsos

Pescoço – delgado e fino indica controlo rígido, moralismo.

Braços normais

Pernas – disparidade no tamanho das pernas – ambivalência no que se refere ao impulso para autonomia

Pés voltados um para cada lado indicando ambivalência – grande necessidade de estabilidade, ambição.

3.4.20 SÍNTESE

Imaturidade relativa, no contacto com o meio, infantilidade, necessidade de agradar, de ser aceite socialmente. Controle rígido, moralismo, boa energia.

Ambivalência e dependência materna. Apresenta uma figura de maior autoridade (sol).

3.4.21 ANÁLISE DO PROTOCOLO

A análise do protocolo, demonstrou uma pessoa dentro da normalidade para a idade (8 anos). Apresenta uma certa gagueira, mas parece não ser relacionada com problemas de pressão ambientais.

Demonstra energia normal, recursos internos condizentes com a idade.

É dotado de inteligência, educação e transita bem no mundo.

A sexualidade mostra-se presente, mas de um certo modo reprimida. Apresenta necessidade de dependência do meio. É aberta à contactos porém com certa cautela

É infantil com necessidade de protecção materna. Mostra certa ambivalência quando sente necessidade de expansão e valorização própria.

Apresenta uma identificação e valoriza muito.

Parece estar muito ligado à família, apesar de não se sentir muito á vontade, pois apresenta sentimento de constrição.

3.4.22 CONCLUSÃO

Personalidade ainda em formação. Demonstra possuir características, atitudes e pensamentos próprios da infância. Sente relativamente predomínio do passado e necessidade de protecção materna.

CAPITULO IV

ACTIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO

4.1 INTRODUÇÃO

A adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o período da vida a partir do qual surgem as características sexuais secundárias e se desenvolvem os processos psicológicos e os padrões de identificação, que evoluem da fase infantil para a adulta. Entre elas, está a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia. Considera-se adolescência o período de 10 a 19 anos e distingue-se adolescência inicial (entre 10 e 14 anos de idade) e adolescência final (na idade de 15 a 19 anos) (WHO, 2000).

A adolescência é o período de vida onde acontecem as maiores transformações, tanto físicas, quanto psicológicas, e a velocidade dessas transformações aterroriza e até mesmo incomoda a todos os que estão envolvidos com o adolescente e a ele próprio.

A inconstância, indolência, agressividade e insegurança são alguns traços da adolescência. Por estes motivos, o indivíduo se torna vulnerável a todos os estímulos externos, sendo completamente influenciado por eles.

Várias teorias psicológicas tentaram explicar o porquê dessas dificuldades. Baseadas numa tradição cultural e científica de procurar dentro das pessoas as causas dos comportamentos, essas teorias descrevem o adolescente como um sujeito “em conflito” causado pelas mudanças hormonais e fisiológicas. Porém quem partilha de uma postura comportamentalista, no entanto, não fica satisfeito com estas explicações. Pois acredita que um conflito deve estar no ambiente. As inseguranças são fruto de um meio extremamente punitivo segundo esta visão o problema está na relação do adolescente com o seu mundo.

Devido a isso, os factores da personalidade, como por exemplo, a agressividade, a sociabilidade, a forma de lidar com a afectividade e outros podem sofrer alterações, de acordo com as influências exteriores (pais, familiares amigos e professores).

Vários tipos de agentes expõem a criança e o adolescente a uma enorme quantidade de riscos podendo estes serem, definidos como condições que estão associados a uma probabilidade de ocorrerem comportamentos que comprometem a saúde, o bem-estar integral e a competência social do adolescente.

Na teoria psicanalítica, a personalidade é resultante do desenvolvimento das estruturas (ego e superego), dos processos de pensamento e da sexualidade. O ego, na busca pelo prazer, responde com ansiedade a toda a situação esperada ou prevista de desprazer. A criança pequena é praticamente dominada pelo princípio do prazer, buscando a satisfação imediata de suas tensões. Quando esta satisfação cessa, a criança reage emocionalmente, chorando ou dirigindo sua cólera para o obstáculo que a impede de obter o que deseja. Às vezes, há o uso de processos primários para diminuir a tensão (imagens mentais, devaneios, sonhos, etc).

A transformação da relação paternal em superego se faz por um processo de identificação, que vem a ser uma forma de vínculo com outra pessoa; é a equiparação do ego de uma com o ego da outra. Inicialmente, a criança começa a se comportar como seus pais por um processo de imitação, depois acolhe seus valores, fazendo sua incorporação à sua personalidade. Nesta linha de pensamento os pais tem uma vertente importantíssima no bom desenvolvimento psíquico da criança.

O comportamento de um menino de 3 a 5 anos de idade é marcado pelo Complexo de Édipo. Esta famosa atribuição de Freud trata da ligação amorosa da criança com a mãe. Embora essa ligação se modifique e sofra repressão após os 5 anos de idade, as catexes originárias do complexo permanecem como uma força vital da personalidade.

O medo da perda do amor não desaparece totalmente com o desenvolvimento do superego. Alguns adultos que não resolveram adequadamente a identificação analítica do momento da formação do superego se tornam extremamente dependentes dos outros, manifestando uma conduta infantil.

No adulto, um superego sadio reflete-se em um conjunto integrado de valores, na capacidade de aceitar abalos à auto-estima e aceitar limitações sem recorrer à fantasia ou ficar desequilibrado psicologicamente.

A Adolescência é um período de intensas modificações no desenvolvimento humano, marcado por alterações biológicas da puberdade e relacionado à maturidade biopsicossocial do indivíduo. Desse modo, é identificada como um período de crise, pela experiência de importantes transformações mentais e orgânicas capazes de proporcionar manifestações peculiares em relação ao comportamento normal para a faixa etária. Estas podem, contudo, ser confundidas com doenças mentais ou manifestações comportamentais inadequadas (Peres e Rosenburg, 1998). Aberastury *et al.* (1983), ao caracterizarem as modificações psicossociais da adolescência, alertaram que, nessa fase, vários processos de luto são vivenciados. Knobel (2007) denomina o conjunto desses processos de síndrome normal da adolescência (SNA), na qual as principais perdas são: a) do corpo infantil; b) dos pais da infância; c) da identidade e do papel sócio familiar infantil, que devem ser elaborados para alcançar a

posição adulta definitiva. A estas perdas, somam-se os processos de escolha afectiva, a autonomia em relação aos pais, a descoberta progressiva do tornar-se adulto sem a plenitude das aptidões correspondentes e uma verdadeira explosão biológica-humoral peculiar, inerente a esse desenvolvimento (ABEn, 2001). Se os conflitos próprios dessa fase forem mal conduzidos, podem contribuir para o surgimento de transtornos do humor e, em particular, da depressão (Ranña, 2001). A concepção tendenciosa à patogenicidade da adolescência, aqui incluída a SNA, é merecedora de crítica, pois estudos epidemiológicos têm revelado que a maioria dos jovens passa pela adolescência sem distúrbios importantes (Offer e Schonert-Reichl, 1992) e que as alterações do humor, o ato de experimentar coisas novas, contestar e testar limites parecem ser características próprias à vida dos adolescentes. Desequilíbrios persistentes não são a regra, e o desenvolvimento normal deve ser distinguido do psicopatológico (Haarasilta, 2003).

A depressão na adolescência vem se constituindo em um crescente e preocupante problema de saúde pública, ainda que poucos estudos epidemiológicos sobre o tema, neste período da vida, tenham sido realizados (Bahls, 2002). Crianças e adolescentes depressivos costumam apresentar altas taxas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, em frequência maior do que em adultos deprimidos (Bahls, 2002). Goodyer e Cooper (1993) destacam que os transtornos depressivos em crianças e adolescentes, em 40% dos casos, se associam a comorbidades como transtornos de ansiedade e, em 15% dos casos, com transtornos de conduta. Segundo Steinberg e Morris (2001), “nenhuma tentativa de desenvolver uma teoria geral do desenvolvimento adolescente normal encontrou ainda ampla aceitação”, mas Haarasilta (2003) considera que as pesquisas sobre o desenvolvimento natural do adolescente são ainda escassas, o que torna plausível admitir a necessidade de mais bem conhecer as modificações psíquicas dessa fase da vida.

Abordar os conceitos de Ansiedade e Depressão e Agressividade envolve necessariamente a referência a um conjunto de sentimentos e emoções e comportamentos que envolvem o ser humano no seu todo. Tendo em linha de pensamento que todo o ser humano é um ser biopsicossocial, qualquer alteração a nível psicológico afecta o indivíduo no seu todo. Tendo em conta que, os indivíduos alvo deste estudo são adolescentes, as alterações nos seus modelos físicos ou psicológicos, acarretam, nos referidos indivíduos, um conjunto de transformações provocando na sua vida um conjunto de mudanças quer a nível cognitivo, quer a nível social. Os adolescentes estão, no seu dia-a-dia, sujeitos a um conjunto de pressões e exigências que mudam obrigatoriamente a sua forma de viver. A adolescência é o

período das mudanças. Por isso, Schowalter, citado por Calais (2003: 258), define *“adolescência como o período de transição do apoio integral dos pais à auto-suficiência e alerta que o seu princípio e o seu fim variam grandemente. É mais exacto conceber a adolescência levando em consideração o desenvolvimento físico, psicológico e social”*. Nesta fase da sua vida, é exigido ao adolescente ou jovem adulto o desempenho de um papel difícil. Tem de aprender a lidar com um conjunto de responsabilidades que vão fazer parte da sua vida futura, como cidadão. Através da interacção com o seu grupo de amigos, o adolescente começa, nesta etapa, a alicerçar a sua componente psicológica de uma forma mais marcada que anteriormente. Segundo Martins (2004) *“as características mais próprias deste período são a crescente consciência e conhecimento do “eu”, o nascimento da independência, a adaptação progressiva aos núcleos sociais da família, escola e comunidade em geral”*. De acordo com O'Brien (2002: 381) referenciando Andreasen e Black, podemos entender perturbação de adaptação como algo *“que se refere às situações em que o indivíduo desenvolve sintomas psicológicos particulares, como resposta a stressores”*, ou como sendo uma *“inadaptação superficial a situações difíceis ou a novos factores ambientais experimentados, na ausência de defeitos graves de personalidade subjacentes”*.

Considerando o indivíduo como um ser psicossocial e único, torna-se essencial considerar todo o envolvimento cultural, étnico e social da pessoa para avaliar os mecanismos de adaptação, de forma a concluir se o comportamento demonstrado é inadequado, aceitável ou apropriado. Os sintomas manifestados pela pessoa, não são mais do que uma forma inconsciente de dar respostas determinados stressores. O indivíduo, quando exposto a determinado stressor, pode sentir limitações ou incapacidades relativamente ao seu funcionamento social, emocional, ocupacional ou académico. O *stress* pode ser entendido como uma reacção intensa do organismo na vanguarda de qualquer evento bom ou mau que altere a vida do indivíduo. Essa reacção encontra-se, geralmente, relacionada com a necessidade de adaptação exigida ao indivíduo em momentos de mudança (Everly referido por O'Brien, 2002). O stress intenso interfere de tal forma com os processos cognitivos que o indivíduo se sente impossibilitado de reunir a informação de que precisa para poder compreender as relações de causa-efeito e de ser capaz de seleccionar a alternativa mais adequada para uma tomada de decisão, ficando assim, incapacitado de resolver problemas graves com que se tenha de confrontar. As situações de *stress* reproduzem-se sobre a actividade intelectual do indivíduo de uma forma marcada, tanto maior quanto mais intenso o stress for, trazendo-lhe prejuízos de funcionamento que se repercutem nas actividades desenvolvidas no quotidiano (no rendimento escolar, nos relacionamentos).

Um indivíduo, quando não consegue ajustar mecanismos de adaptação eficazes, manifesta comportamentos depressivos e é incapaz de responder de forma adequada à situação geradora de stress. Por estes e outros motivos, alguns autores referem a nossa sociedade como sendo a época da ansiedade. Com tanta competitividade, dificuldades relacionais, consumismo, diferenças sociais, injustiças, globalização e tantos outros agentes poderosos, seria praticamente impossível não se ser atingido por este “acontecimento psíquico”. Todo o ser humano sofre de ansiedade, basta para isso que seja um ser social. Mas este estado de ansiedade é como uma reacção do organismo, funcionando muitas vezes como um “instinto”, uma vez que pode tornar previsíveis situações de perigo, ou de ameaça que se aproximem, preparando desta forma o organismo para tomar as medidas necessárias, de modo a impedir a concretização desses possíveis prejuízos, ou pelo menos diminuir as suas consequências.

A ansiedade pode ser considerada como uma reacção natural e fundamental para a auto-preservação. A ansiedade, também pode ter repercussões negativas para o indivíduo, se for excessiva e de prolongada duração, pois em vez de contribuir para o confronto da situação que causa ansiedade, limita, dificulta ou impossibilita a sua capacidade de adaptação. *“A ansiedade é um sentimento de apreensão difuso, altamente desagradável, frequentemente vago, acompanhado por uma ou mais sensações físicas (...)”* (Kaplan e Sadock, 1990: 328). De facto, a exigência que se verifica no ensino superior é bastante considerável e segundo Melo (2004) *“os melhores alunos são os que desenvolvem com mais facilidade crises de ansiedade” (...) “porque são eles que possuem maiores expectativas e põem mais exigências relativamente ao seu desempenho escolar.”*

A ansiedade pode aparecer em variadas situações como a proximidade de frequências ou exames, a realização e apresentação de trabalhos, assim como a sua discussão dos mesmos, frente a colegas e professores. Em situações normais sem que exista qualquer outro tipo de transtorno emocional ou patologia associada, a ansiedade que se gera nestas situações desaparece quando os problemas/causas que a provocaram são ultrapassados. Em tempos remotos pensava-se que a depressão como a ansiedade não faziam parte das patologias que afectavam os jovens, mas com o avançar das várias ciências humanas o contrário foi fácil de provar, de facto estas patologias fazem parte dos problemas vivenciais deste referido grupo de indivíduos. Actualmente, sabemos que os jovens adolescentes/adultos são tão passíveis à ansiedade e depressão quanto os adultos e estes distúrbios devem ser encarados com

seriedade e compreensão pois nesta idade todos os sentimentos e emoções tomam grandes proporções.

A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora no desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objecto específico ao qual se direcione. Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral, com prevalências de 12,5% ao longo da vida, 7,6% no ano e 6% no mês anterior à entrevista (Andrade *et al.*, 1998). Além dos transtornos serem muito frequentes, os sintomas ansiosos estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua existência. Aubrey Lewis (1979), após uma longa revisão sobre a origem e o significado da palavra ansiedade, lista as seguintes características:

- É um estado emocional, com a experiência subjectiva de medo ou outra emoção relacionada, como terror, horror, alarme, pânico;
- A emoção é desagradável, podendo ser uma sensação de morte ou colapso iminente;
- É direccionada em relação ao futuro. Está implícita a sensação de um perigo iminente. Não há um risco real, ou se houver, a emoção é desproporcionalmente mais intensa;
- . Há desconforto corporal subjectivo durante o estado de ansiedade. Sensação de aperto no peito, na garganta, dificuldade para respirar, fraqueza nas pernas e outras sensações subjectivas.

Além disso, Lewis (1979) salienta que existem manifestações corporais involuntárias, como secura da boca, suores, arrepios, tremor, vômitos, palpitação, dores abdominais e outras alterações biológicas e bioquímicas detectáveis por métodos apropriados de investigação. Esse mesmo autor lista alguns outros atributos que podem ser incluídos na descrição da ansiedade. A ansiedade pode:

- . Ser normal (um estudante frente a uma situação de exame) ou patológica (nos transtornos de ansiedade);
- . Ser leve ou grave;
- . Ser prejudicial ou benéfica;
- . Ser episódica ou persistente;
- . Ter uma causa física ou psicológica;
- . Ocorrer sozinha ou junto com outro transtorno (depressão);
- . Afectar ou não a percepção e a memória.

A ansiedade pode ser generalizada ou focada em situações específicas, como nos transtornos fóbicos. O termo ansiedade abrange sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, conteúdo de pensamento dominado por catástrofe ou incompetência pessoal, aumento de vigília ou alerta, um sentimento de constrição respiratória levando à hiperventilação e suas consequências, tensão muscular causando dor, tremor e inquietação e uma variedade de desconfortos somáticos consequentes da hiperactividade do sistema nervoso autónomo. Algumas escalas tentam cobrir todos esses aspectos da ansiedade, mas a maioria enfatiza um ou outro.

A depressão pode interferir de maneira significativa na vida diária, nas relações sociais e no bem-estar geral do adolescente ou jovem adulto. É importante realçar que estas situações não acontecem só aos outros, quase todas as pessoas, sejam jovens ou não, já experimentaram sentimentos temporários de tristeza em algum momento das suas vidas. Pesquisas revelam que *mais de 5% da população sofrerá de uma depressão maior em algum momento das suas vidas e aproximadamente 3% experimentará uma depressão menos severa*” (Boyd e Weissman, citados por Ballone, 2003). De facto observou-se que, nas últimas décadas, houve um aumento muito grande do número de casos de depressão na fase da adolescência. Este acontecimento poderá dever-se ao facto de cada vez mais o mundo que nos rodeia se tornar mais exigente e competitivo, exigindo de cada um de nós eficácia, qualidade e perfeição, desta forma muitos adolescentes têm dificuldade para lidar com as necessidades de adaptação com que se deparam diariamente. Normalmente os adolescentes deparam-se com várias situações novas e pressões sociais, favorecendo condições próprias para apresentarem flutuações de humor e mudanças expressivas no comportamento. O pensamento adolescente baseia-se no pensamento crítico em que este utiliza os seus conhecimentos para expor as suas ideias, tentando sempre ser o melhor. Desta forma tenta responder às exigências que lhe são impostas, mas, por vezes, a exaustão impede o seu sucesso e estes fenómenos de fracasso podem de uma forma ou de outra levar a sentimentos depressivos. Se estudarmos o adolescente no seu todo podemos encontrar algumas explicações para alguns dos sentimentos depressivos que acontecem nesta faixa etária, nomeadamente: falta de apoio social, gratificações insuficientes pelo seu trabalho, (o jovem sente que merecia melhor nota e que não valeu a pena tanto esforço), fraco desempenho cognitivo (o adolescente sente que tudo lhe corre mal e que as suas capacidades estão diminuídas). Quando a depressão começa a dominar o corpo o organismo *ressente-se* e o adolescente começa a ter sintomas associados a este transtorno. Por vezes estes sintomas, apesar

de serem sentidos pelo adolescente, este não os considerada como fazendo parte de si. O jovem pensa que o que está a sentir no momento nada tem a ver com sintomas depressivos. Esses sintomas alteram a sua forma de vida e como exemplo podemos referir: tristeza profunda, perda de interesse por tudo o que o rodeia, perda de prazer pelas actividades que anteriormente lhe davam satisfação, insónia, pessimismo e sentimentos de inutilidade, pensamentos recorrentes sobre morte e perda de apetite. Nos tempos que hoje decorrem, qualquer alteração emocional que perturbe o rendimento e decurso normal da vida de um adolescente deve ser tomado em conta, ao adolescente deve ser dado apoio para que este vença o mais rápido possível a situação e impeça assim que se torne patológica. É difícil dar resposta às exigências que a sociedade nos impinge sem provocar qualquer alteração nas nossas emoções e na nossa personalidade.

A Depressão é identificada como um período de crise, pela experiência de importantes transformações mentais e orgânicas capazes de causar manifestações próprias em relação ao comportamento regular para a faixa etária. Estas podem, contudo, ser confundidas com doenças mentais ou manifestações comportamentais inadequadas (Peres e Rosenberg, 1998). Aberastury *et al.* (1983), ao caracterizarem as modificações psicossociais da adolescência, alertaram que, nessa fase, vários processos de luto são vivenciados.

Apesar da tamanha importância da depressão na infância e na adolescência em relação à qualidade de vida, ao suicídio, às dificuldades na escola, no trabalho e no ajuste pessoal, esse quadro não tem sido devidamente valorizado por familiares e pediatras e nem adequadamente diagnosticado. Embora na maioria das crianças a sintomatologia da depressão seja atípica, alguns podem apresentar sintomas clássicos de depressão, tais como tristeza, ansiedade, expectativa pessimista, mudanças no hábito alimentar e no sono ou, por outro lado, problemas físicos, como dores inespecíficas, fraqueza, tonturas, mal-estar geral que não respondem ao tratamento médico habitual. Na criança e adolescente a depressão, em sua forma atípica, esconde verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, de agressividade, hiperactividade e rebeldia. As crianças mais novas, devido a falta de habilidade para uma comunicação que demonstre seu verdadeiro estado emocional, também manifestam a depressão atípica, notadamente com hiperactividade. A depressão na criança e/ou adolescente pode ter início com perda de interesse pelas actividades que habitualmente eram interessantes, manifestando-se como uma espécie de aborrecimento constante diante dos jogos, brincadeiras, desportos, sair com os amigos, etc., além de apatia e redução significativa da actividade. Às vezes pode haver

tristeza. De forma complementar aparece diminuição da atenção e da concentração, perda de confiança em si mesmo, sentimentos de inferioridade e baixa auto estima, ideias de culpa e inutilidade, tendência ao pessimismo, transtornos do sono e da alimentação e, dependendo da gravidade, ideação suicida. O reconhecimento de um quadro depressivo infantil e da adolescência como um transtorno que pode afectar pessoas desse grupo etário, reivindicada há mais de 30 anos pelo IV Congresso de a União de Pedopsiquiatras Europeus, de 1971 em Estocolmo (Anell, 1972), resultou na elaboração de critérios de diagnóstico para esse quadro, denominando-o de Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência (DSM-IV, 1994). Os dados de prevalência do Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência não são unânimes entre os pesquisadores. Devido à diversidade dos locais onde os estudos são realizados e das populações observadas, vários índices de prevalência têm sido estabelecidos para a depressão na infância. Talvez as dificuldades devam-se às discrepâncias de diagnóstico, já que alguns consideram como depressão alguns casos atípicos, como por exemplo, a Fobia Escolar, a Hiperactividade, etc. Estudos norte-americanos revelam uma incidência de depressão em aproximadamente 0,9% entre os pré-escolares; 1,9% nos escolares e 4,7% nos adolescentes (Kashani, 1988 apud Weller, 1991). Mas esses números são demasiadamente otimistas. Há mais de 30 anos, os estudos de Rutter, Tizard e Whitmore (1970) começaram a aportar uma prevalência da Depressão Infantil em aproximadamente 1% das crianças de 10 anos. Dezasseis anos depois, Rutter (1986) volta a pesquisar e considera que os quadros depressivos são muito mais frequentes na adolescência do que na infância. Essas suspeitas foram confirmadas mais tarde por Cicchetti, em 1995. Nesse ano Goodyar situa a prevalência do Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência entre o 1,8% e 8,9%. Embora seja difícil reunir dados sobre a incidência de Depressão Infantil, em recente artigo José Luís Pedreira Massa assinala que, na Espanha, a média de transtornos depressivos também pode situar-se em torno de 9% na população geral infantil menor de 12 anos, sendo algo superior na adolescência.

A Depressão Infantil tem sido cada vez mais observada devido, em parte, à actualização conceitual e atenção médica crescente sobre esta doença. O sofrimento moral, por exemplo, responsável pela baixa auto estima, no adulto pode se apresentar como um sentimento de culpa e, na criança, como ciúme patológico do irmão mais novo. Nas crianças e adolescentes é comum a depressão ser acompanhada também de sintomas físicos, tais como fadiga, perda de apetite, diminuição da actividade, queixas inespecíficas, tais como cefaleias, lombalgia, dor nas pernas, náuseas, vômitos, cólicas intestinais, vista escura, tonturas, etc. Na esfera do comportamento, a

depressão na infância e adolescência pode causar estrago nas relações com os demais, familiares e colegas, perda de interesse por pessoas e isolamento. As alterações cognitivas da depressão infantil, principalmente relacionadas à atenção, raciocínio e memória interferem no rendimento escolar. Os sintomas mais frequentes da depressão na infância e adolescência costumam ser os seguintes: insônia, choro, baixa concentração, fadiga, irritabilidade, rebeldia, tiques, medos lentidão psicomotora, anorexia, problemas de memória, desesperança, ideias e tentativas de suicídio. A tristeza pode ou não estar presente.

Baseando-se nas tabelas para diagnóstico, revistas por José Carlos Martins, podemos compor a seguinte listagem de critérios: O Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência se caracteriza por uma sintomatologia afetiva de longa duração e está associado a vários outros sinais e sintomas vistos acima, tais como, insônia, irritabilidade, rebeldia, medo, tiques, mudanças nos hábitos alimentares, problemas na escola, na vida social e familiar. Alguns outros sintomas podem acompanhar o Transtorno Depressivo na infância e adolescência em idade escolar, tais como, apatia, tristeza, agressividade, choro, hiperatividade, queixas físicas, medo à morte nele próprio ou nos familiares, frustração, desespero, distração, baixa auto estima, rejeição em ir à escola, problemas de aprendizagem e perda de interesse por actividades que antes gostava.

É tão comum o Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência, a ponto de alguns autores recomendarem que, sempre que a criança expressar tais variações por um tempo prolongado, deve-se considerar a possibilidade desse diagnóstico. Entretanto, é muito importante determinar se esses sintomas estão, de fato, relacionados com um quadro depressivo ou se são parte das ebulições emocionais normais do desenvolvimento. Tendo em mente o fato de ser possível que muitos sintomas incluídos na relação apareçam naturalmente como parte das etapas normais de desenvolvimento da infância e adolescência, para se estabelecer um diagnóstico correcto de depressão na criança é necessário avaliar também sua situação familiar, existencial, seu nível de maturidade emocional e, principalmente, a auto estima. Além das entrevistas com a criança, é muito importante observar a conduta segundo informações dos pais, professores e outros colegas médicos ou psicólogos, atribuindo pesos adequados a cada uma dessas informações. O diagnóstico da depressão na infância tem sido feito em bases predominantemente clínicas, muitas vezes usando-se os mesmos critérios usados para a depressão do adulto, apesar do quadro ser algo diferente nas crianças.

Os conceitos de agressão e agressividade, assim como o de violência, envolvem múltiplos enfoques. Podem estar inseridos dentro de marcos referenciais biologistas, comportamentalistas, dentro de modelos exclusivamente psiquiátricos ou de abordagens mais amplas, como a da violência estrutural, proporcionada pelo próprio sistema social com suas injustiças.

Autores adeptos das doutrinas biologistas e comportamentalistas da agressão percebem-na como instintiva à natureza humana, tão natural e inevitável como a fome e o instinto sexual. Assim, a agressividade humana seria mediada geneticamente, resultante da natureza instintiva do homem que teria uma tendência irreprimível à violência e ao domínio dos outros, numa analogia à teoria da selecção natural. Autores da linha psicanalítica (Chess & Hassibi, 1982; Osório, 1982) tentaram identificar aspectos determinantes da agressividade na adolescência. Alguns consideram que o problema acontece devido a uma carência emocional experimentada pela criança que se sente ferida; outros acreditam que a criança não teve fixado os seus limites. Perceberam que crianças e adolescentes expostos ao abandono, morte ou doença dos pais, ou submetidos à intensa ansiedade gerada pelo ambiente das ruas, podem apresentar conduta agressiva (Fagan & Wexler, 1987). Quando os pais ferem-se mutuamente, abandonam as famílias ou ameaçam suicidar-se, a ansiedade dos filhos é esmagadora. Eles podem desenvolver um padrão crescentemente agressivo em suas relações familiares, escolares e sociais (Wolff, 1985). Foi encontrada associação entre privação emocional na infância agressão física entre os pais, depressão materna, quebra precoce do vínculo mãe - filho, negligência ou rejeição materna, número elevado de substitutos maternos, abuso físico e sexual e conduta violenta em adolescentes (Forchand, 1991; Assis, 1991). Histórias de abuso físico e sexual têm sido relatadas por adultos e adolescentes que apresentam auto-imagem negativa, dificuldades de relacionamento e vazão inapropriada de impulsos agressivos (Dodge et al., 1991; Gil, 1990; Oates, 1984; Blomhoff et al., 1990). Os compêndios de psiquiatria têm-se mostrado contraditórios, ambíguos e mesmo preconceituosos na abordagem do tema agressividade na infância e adolescência. Colocam uma ênfase maior nos aspectos legais da violência, principalmente quando envolvem danos à propriedade privada, em detrimento das condutas socialmente destrutivas aos jovens. Outro grupo de estudiosos percebe as condutas violentas como estratégia de sobrevivência das classes populares, vítimas das contradições do capitalismo no país. Jovens violentos podem pertencer a culturas marginais e apresentar comportamentos agressivos como forma de defesa, adaptação ao grupo ou ascensão social. Nesta pesquisa optou-se pelo conceito que caracteriza a violência como um fenómeno em 'rede'. Entender a

violência nesta dimensão significa percebê-la em suas múltiplas facetas, onde cada manifestação particular se articula com as outras: a violência dos indivíduos e dos pequenos grupos deve ser relacionada com a violência dos pais; a violência dos conflitos, com a ordem estabelecida (Minayo, 1990). A família, escola, sistema judiciário, perpetuam os comportamentos violentos, na medida em que são responsáveis pela manutenção de papéis que condicionam os indivíduos a aceitar ou infligir sofrimento.

Comportamentos juvenis considerados agressivos incluem desde actos que os adultos classificam como criminosos, tais como roubo e assalto, até transgressões que têm relação estrita com a idade, como corridas de automóveis, brigas de rua e bebedeiras. Além disso, a valorização destes episódios irá variar de acordo com a cultura e as classes sociais.

4.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA DEPRESSÃO

4.2.1 BREVE HISTÓRICO DA TERAPIA COGNITIVA

Resumindo BECK e Cols (1982), a terapia cognitiva é uma terapia activa, directiva, estruturada e limitada no tempo, em média com quinze a vinte sessões, cujos objectivos principais são: ensinar o paciente a reconhecer as cognições negativas e as conexões entre cognição, afecto e comportamento; examinar as evidências contra e a favor de pensamentos que são automaticamente distorcidos, imaturos e a substituir estas cognições por interpretações mais orientadas para a realidade.

A Terapia Cognitiva tem suas origens em correntes filosóficas e religiões antigas como o budismo que postulavam a influência das ideias sobre as emoções. Afirmavam que os homens não eram perturbados pelas coisas, mas sim pela visão que tinham das mesmas, e que as ideias não só podiam controlar os sentimentos mais intensos de uma pessoa, como também eram capazes de modificá-los (Beck e cols, 1982).

Actualmente, segundo BECK e RUSH (1999) e KARASU (1990), a ênfase da experiência consciente subjectiva proveniente do movimento fenomenológico e as teorias comportamentais contribuíram para o enfoque cognitivo. Trabalhos de Alfred Adler, George Kelly e Albert Ellis forneceram alguns dos conceitos básicos para a terapia cognitiva (BECK, 1982; KARASU, 1990). Adler ressaltou a necessidade do entendimento da experiência consciente.

Experiências reprimidas, como traumas sexuais infantis, não são tão decisivas em psicopatologia como a percepção e o significado atribuído pelos indivíduos a estes mesmos eventos.

George Kelly e Albert Ellis enfatizaram o papel das cognições no comportamento e propuseram formas de tratamento. Segundo Kelly (1955), a terapia visa alterar, através de confrontações, as construções pessoais erróneas que prejudicam a vida do indivíduo. Ellis (1962) sugere o ataque directo às crenças irracionais do paciente, para torná-lo consciente de sua presença e consequências. LIMA (1990) indicou que, em fins da década de 50, Aaron Beck, insatisfeito com a formulação psicanalítica das neuroses, principalmente do conceito de depressão e com a longa duração do tratamento, iniciou com os pacientes deprimidos uma série de pesquisas e observações clínicas sistemáticas. Este seu trabalho, junto à Universidade da Pensilvânia, EUA, deu origem ao livro *Depressão: Causas e Tratamento* (1972). Nele Beck traça seu modelo cognitivo e a Terapia Cognitiva da Depressão. Sua formulação da depressão foi evidenciada no conteúdo do pensamento negativo do deprimido: auto punição, exacerbação dos problemas externos e desamparo, como sintomas mais proeminentes. Mostrou que os aspectos cognitivos eram mais centrais nas depressões e mais verificáveis que os processos dinâmicos (motivacionais) então postulados. Nove anos mais tarde, ele detalhou melhor os princípios da TC(Terapia Cognitiva). Em colaboração com outros terapeutas, Beck elaborou um manual para o tratamento da depressão, *Terapia Cognitiva da Depressão* (1979). Este contém o resumo das técnicas cognitivas desenvolvidas ao longo de vinte anos de trabalho clínico e de pesquisa empírica.

4.2.2 MODELO COGNITIVO DE BECK PARA A DEPRESSÃO

As bases dos sintomas da depressão são os pensamentos distorcidos, ideias e imagens. O enfoque cognitivo não se preocupa com as causas e motivações de uma determinada patologia. Enfatiza as inaptações na estrutura cognitiva do indivíduo e os mecanismos defeituosos de processamento de informação em uma determinada doença (BECK e cols, 1982). A terapia cognitiva busca tratar a depressão a partir do entendimento de que os sintomas são o resultado de distorções cognitivas de um modelo cognitivo disfuncional.

Beck, com seus estudos sobre a depressão, nos conduziu a voltarmos nossa atenção para a maneira disfuncional com que nossos pacientes depressivos pensam. Por funcionarem de uma forma pessimista, muito sedimentada em mecanismos de culpa inconsciente, notamos que estas pessoas, nos mais diversos graus, demonstram

ter graves distorções nas suas formas de pensar. Poder ajudá-las a perceber essa maneira errada de encarar e interpretar as coisas, a detectar seus esquemas mentais e pensamentos automáticos disfuncionais, que tanto prejudica as suas vidas.

O enfoque cognitivo visa propiciar a vantagem de alívio imediato dos sintomas, buscando resultados rápidos, o que é muito importante. Sua natureza estruturada, directiva, objectiva e planejada, aliada à relação terapêutica estabelecida, poderiam ser os aspectos que auxiliam os pacientes a se organizarem em torno de uma meta. Todavia a estrutura, e a forma como se desenvolve, pode ser considerada como muito abreviada, porque a história passada do indivíduo e os seus conflitos não são abordados extensivamente. A redução sintomática pode ser insuficiente ou até mesmo temporária. Os aspectos específicos da TCC que contribuem para o tratamento, o modo como opera na melhora dos sintomas, sua eficácia frente aos antidepressivos ou sua associação com eles ainda requerem estudos. Mas, a literatura relata evidências favoráveis ao seu emprego, parecendo ser uma modalidade terapêutica promissora. Estima-se que alguns elementos da TCC já são utilizados na prática psicoterápica mesmo de outros referenciais teóricos uma forma que passa despercebida a intenção de usá-la, até para o próprio terapeuta. Mesmo não aplicada na íntegra, estudo da TCC implica contribuições ao trabalho clínico. O enfoque cognitivo-comportamental é bastante adequado para ser usado até como mais um instrumento psicoterapêutico. Como já foi dito, o esclarecimento mais aprofundado do modo como o paciente pensa, de como distorce suas ideias, sem dúvida é fundamental para ele ver com adaptação a realidade. Uma visão mais abrangente da inter-relação dos processos cognitivos, emocionais e comportamentais deveria ser incluída dentro da abordagem mais abrangente da psiquiatria moderna, em que tanto se valoriza os aspectos que complementam os diversos componentes biológicos, psicológicos e sociais do processo de doença.

No início do século XXI, os estudos sobre de temas depressão têm-se caracterizado como um dos principais temas de interesse dos pesquisadores relacionados à área da saúde em consequência do aumento significativo da manifestação dos quadros depressivos apresentado pelos estudos epidemiológicos (Cicchetti, & Toth, 1998; Lima, 1999). Entre os adolescentes, por exemplo, a pesquisa tem apontado que a depressão tem sido o distúrbio psicológico mais incidente, embora seja difícil aproximar os dados oriundos dos estudos avaliativos em função das diferenças entre critérios diagnósticos empregados (Sadler, 1991; Steinberg, 1999). Todavia, é preciso considerar que a ocorrência de sintomas depressivos não encaminha necessariamente a um diagnóstico psiquiátrico, uma vez que o humor deprimido pode ser compreendido como um contínuo que varia desde uma resposta

adaptativa até a incapacitação física e cognitiva e a prática de comportamentos suicidas. Para classificação dos transtornos de humor, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2002) aponta como critérios diagnósticos a necessidade dos sintomas) originarem um sofrimento clinicamente significativo ao indivíduo, ou, nos casos egossintônicos, um prejuízo em seu funcionamento social ou ocupacional e 2) não serem proveniente dos efeitos fisiológicos de uma substância psicoativa, nem de uma condição médica geral. Assim, conforme observa-se, sentimentos depressivos podem ser caracterizados como respostas normais a situações stressantes, sendo psicopatológicos apenas quando se estendem demasiadamente ou quando são desproporcionais ao evento causador. Neste sentido, a depressão difere das reacções de luto, as quais podem durar até dois anos e, em geral, não manifestam inibição psicomotora e sentimentos de culpa inapropriada (Del Porto, 1999; Heim & Nemeroff, 2001).

Os principais sintomas depressivos agrupam-se em quatro conjuntos de indicadores clínicos: marcadores emocionais (tristeza, isolamento, apatia, crises de choro, perda da capacidade de experimentar prazer em actividades antes consideradas agradáveis, sentimentos de desvalia e culpa inadequados e variação de humor diurno), cognitivos (distracção, diminuição da capacidade de tomada de decisão, super estimação das perdas sofridas, pessimismo e desesperança), motivacionais (indiferença diante de novas situações, desinteresse por quaisquer actividades, perda de afeição por outras pessoas e baixo rendimento académico) e vegetativos ou motores (fadiga, retardo psicomotor, alterações do apetite ou do peso, insónia e perda da libido). Na adolescência, é comum que a depressão seja disfarçada por sintomas como a agitação psicomotora, ataques de raiva, comportamentos delinquentes, hostilidade, auto-agressão, constante exposição a situações de risco, uso de drogas, queixas proeminentes de dor crónica, obesidade e letargia. (Dutra, 2002; Kessler, Avenevoli, & Merikangas, 2001; Lewis & Wolkmar, 1990/1993). Desta forma, devido à diversidade dos métodos diagnósticos e à imprecisão da validade de construto de muitos desses, os estudos referentes à incidência de depressão apresentam resultados desencontrados e um baixo índice de confiabilidade entre os juízes (Lima, 1999; Lafer & Vallada Filho, 1999). No que se refere à investigação dos indicativos de alterações afectivas, os vários métodos disponíveis variam, inclusive, quanto à fonte de informação: enquanto as escalas de auto-relato requerem um julgamento do próprio indivíduo, outras necessitam a avaliação de um observador profissional. O principal instrumento de auto-avaliação referido na literatura para mensuração dos sintomas de depressão é o Beck Depression Inventory (BDI), criado em 1961, e validado no Brasil

por Cunha (2001) (Calil & Pires, 2000). A partir do BDI, Kovacs (1980/1981) elaborou o CDI (Children Depression Inventory), descrito como a escala mais utilizada entre crianças e adolescentes para indicação de sintomas depressivos em âmbito internacional (Davis, Hunter, Nathan & Bairnsfather, 1987). Dentre as escalas de avaliação do observador, destacam-se a Hamilton Rating Scales for Depression, a qual tornou-se o “padrão-ouro” mais frequente para avaliação da gravidade dos sintomas depressivos (Calil & Pires, 2000), e a Montgomery-Åsberg Depression Rating Scales, validada no país por Dratcu, Costa Ribeiro e Calil (1987). Apesar da falta de unicidade sobre a definição operacional do conceito de depressão, a maioria dos estudos epidemiológicos acerca dos distúrbios psiquiátricos revela a alta prevalência das alterações afectivas entre os adolescentes, em especial dos sintomas indicativos de depressão (Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho & Gouveia, 2000; De Lima, 1999; Teixeira & Luis, 1997).

Um estudo meta-analítico realizado por Petersen e colaboradores (1993) a partir de 30 trabalhos sobre depressão na adolescência revela que o nível de humor deprimido descrito na literatura internacional varia na ordem de 20% a 35% entre os meninos e de 25% a 40% entre as meninas de amostras não-clínicas. Quanto ao percentual dos adolescentes que evidenciam escores indicadores de depressão por meio da aplicação do Inventário de Depressão Infantil, Chartier e Lassen (1994) obtiveram um índice de 8,3% em uma amostra americana. Baptista e Bardagi encontraram indícios depressivos clinicamente significantes em 5,3% e 5,1% das amostras adolescentes, respectivamente (Baptista, Baptista & Dias, 2001; Bardagi, 2002). Já o percentual de humor deprimido entre jovens brasileiros chega a 42,7% (Salle, Segal, & Sukiennik, 1996). Dentre os factores que podem moderar estes resultados, através do efeito projectivo que produzem sobre o risco da depressão, Merikangas e Angst (1995) destacam a auto percepção positiva, a competência social, o bom rendimento escolar e o apoio social e instrumental percebido.

Outras variáveis estudadas são os níveis de exigência (supervisão e disciplina) e responsabilidade (apoio, aquiescência e reconhecimento à autonomia) dos pais em relação a seus filhos. A combinação dessas duas dimensões constitui a caracterização de quatro estilos parentais (autoritativo, autoritário, indulgente e negligente), definidos por Baumrind (1967) e, posteriormente, por Maccoby e Martin (1983) como um conjunto de ex-pressões (atitudes e manifestações não verbais) dos pais em direcção a seus filhos, que caracterizam a natureza da interacção entre estes. A diversidade dos estilos parentais implica também diferentes efeitos sobre o desenvolvimento social de crianças e adolescentes. Enquanto os filhos criados sob um padrão autoritarismo (alta

responsabilidade e alta exigência) apresentam os melhores escores de competência social e acadêmica, auto-estima, depressão e bem-estar subjectivo, os piores índices são observados entre os filhos de pais negligentes (pouco responsáveis e pouco exigentes) (Glasgow, Dornbusch, Troyler, Steinberg, & Ritter, 1997; Reppold, Pacheco, Bardagi, & Hutz, 2002; Steinberg, Mounts, Lamborn & Dornbusch., 1991; Strage & Brandt, 1999). Já os filhos que percebem seus pais como autoritários (muito exigentes e pouco responsivos), em geral, apresentam um bom desempenho escolar e baixa frequência de problemas de externalização (delinquência, drogadição, etc), mas também demonstram um baixo índice de habilidades sociais e bem-estar subjectivo e, em particular, um alto nível de depressão (Hart, Nelson, Robinson, Olsen, & McNeilly-Choque, 1998; Pacheco, Teixeira e Gomes, 1999; Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts & Dornbusch, 1994; Weiss & Schwarz, 1996). Ao contrário, os filhos provindos de famílias indulgentes mostram baixos índices de depressão e ansiedade e altos escores nas escalas de auto-estima e comportamentos pró-sociais. Entretanto, apresentam baixo desempenho acadêmico e tendência aos problemas de comportamento. (Reppold e Cols., 2002; Slicker, 1998; Steinberg e Cols., 1994). Contudo, apesar destas constatações sobre os factores de risco serem antigas no senso comum, a progresso de certas atitudes parentais e políticas sociais que fomentem um desenvolvimento benéfico diante de situações hostis parece ser menos frequente do que o necessário. Uma revisão realizada por Diekstra (1995), relativa a estudos epidemiológicos, mostra um aumento significativo dos casos de depressão entre os jovens nas últimas décadas, o que, provavelmente, esteja associado ao aumento da negligência parental, do stress quotidiano, a competitividade e à diminuição dos padrões de tolerância à frustração e até mesmo os profissionais de saúde estarem mais atentos a estas patologias. Nesse sentido, ao considerar que o diagnóstico da depressão, enquanto classificação nosográfica, fundamenta-se em sintomas que, em geral, iniciam na adolescência e configuram um transtorno clínico por volta da terceira década de vida (Lima, 1999), a possibilidade de observar precocemente a ocorrência de seus indicadores viabiliza um atendimento profilático. A elaboração de programas de atenção à saúde emocional permite, assim, o acompanhamento da evolução dos sintomas e a prevenção à recorrência desses.

A depressão é um problema pouco declarado entre os jovens. As pessoas tendem a pensar na adolescência como um período difícil, turbulento, com variações do humor e crises emocionais. Os adolescentes realmente se deparam com várias situações novas e pressões sociais quando se aproximam da idade adulta e, para alguns, este período de transição é muito difícil. Muitas pessoas, consideram estas

flutuações do humor e as mudanças no comportamento como uma fase normal da adolescência. No entanto, há evidências de que estes problemas não fazem parte necessariamente, do processo normal de amadurecimento. Na verdade, para muitos adolescentes, sintomas como descontentamento, confusão, solidão, incompreensão e atitudes de rebeldia podem indicar depressão. Durante muitos anos, acreditou-se que os adolescentes não eram afectados por esta doença, mas actualmente os especialistas sabem que os adolescentes são tão susceptíveis à depressão quanto os adultos. A depressão pode intervir de maneira significativa na vida diária, nas relações sociais e no bem-estar geral. Nos casos mais graves, a depressão pode levar ao suicídio. Infelizmente, nos últimos trinta anos, o índice de suicídio entre adolescentes triplicou. Felizmente, a depressão no adolescente responde bem a vários programas de tratamento. No entanto, na maioria das vezes, os jovens não reconhecem que estão deprimidos.

A depressão é uma doença, causada por alterações químicas no cérebro, que impõe um padrão de pensamento negativo sobre si mesmo, os outros e, sobre o mundo. A depressão é uma doença, com sintomas. Uma vez que esses sintomas são reconhecidos, pode-se tomar prevenções para o tratamento. As alterações no cérebro que afectam as emoções podem também afectar a capacidade mental. Isso quer dizer que é fácil ter pensamentos negativos, e pode ser difícil concentrar-se ou tomar decisões quando se está deprimido. Problemas físicos também podem ocorrer em pessoas deprimidas. Conhecer as causas da depressão ajuda os deprimidos, seus amigos e sua família a entender quanto ela é dolorosa. Em nosso cérebro há mensageiros químicos chamados neurotransmissores, esses mensageiros ajudam a controlar as emoções. Os dois mensageiros principais são a serotonina e a norepinefrina. Os níveis deles aumentam ou diminuem, mudando nossas emoções. Quando os neurotransmissores encontram-se “em equilíbrio”, sentimos a emoção certa para cada ocasião. Quando alguém está deprimido, os mensageiros químicos não estão em equilíbrio. Isso significa que alguém pode se sentir triste quando deveria estar alegre. Ainda não está claro por que isso ocorre em algumas pessoas e não em outras, mas parece que a depressão ocorre em certas famílias. Outros desencadeantes da depressão são eventos stressantes ou perdas. É comum sentir-se triste após uma perda, como a morte de um ente querido ou a quebra de uma relação. Às vezes essa tristeza pode se transformar em depressão, em pessoas que têm essa tendência. Problemas de dinheiro, trabalho ou outros problemas pessoais podem também desencadear a depressão como algumas doenças físicas. Algumas doenças podem levar à depressão porque são dolorosas e mudam a vida das pessoas são os níveis

hormonais. As hormonas são substâncias que se encontram no organismo e se os níveis de hormonas entrarem em desequilíbrio, a depressão pode surgir. Por exemplo, pessoas com problemas da tiróide podem ficar deprimidas. O uso de certos medicamentos, drogas ou álcool também podem desencadear a depressão. Alguns medicamentos, como os remédios para pressão alta, podem causar depressão. Existem muitas formas de cuidar da depressão pode ser efectuada através do atendimento psicológico, médico com medicação antidepressiva, apoio da família e amigos são meios eficazes no tratamento da depressão. Embora apenas uma maioria razoável de adolescentes que tenta o suicídio parece sofrer de depressão no momento da tentativa (Shaffer et al.,1988), a depressão está presente entre os adolescentes(Lewinsohn, Clarke, Seeley e Rhode,1994). Dado o risco de futura recorrência de episódios depressivos em momentos posteriores da vida, a depressão em adolescentes é uma preocupação de saúde mental. Lewinsohn, Clark,Rohde, Hops e Seeley(1996) relataram que as variáveis cognitivas de pessimismo, auto –atribuições negativas e ausência de habilidades de enfrentamento nos adolescentes parecem ser muito preditivas de futuros episódios de depressão. A resposta à depressão deve se incluir a avaliação do potencial suicida e o planeamento da resposta a potenciais sentimentos e pensamentos de suicídio. O principal objectivo na intervenção em situações de crise com crianças e adolescentes deprimidos é estabelecer uma estabilidade, enquanto avaliamos e controlamos a variedade de problemas co-mórbidos associados à depressão. A avaliação precisa e acurada de eventos, cognição e sintomas de depressão é fundamental. Infelizmente, essa exactidão nem sempre é percebida quando avaliamos psicopatologia em crianças e adolescentes (Angold, Erkanli, Costello e Rutter, 1996).

Alguns dos sintomas mais frequentes da depressão são a nível Comportamentais os níveis estão rebaixados no que diz respeito à actividade, há também retraimento. Nos motivacionais à perda de interesse e da inércia. Nos emocionais temos a ansiedade e a culpa. Nos Cognitivos a concentração está debilitada há indecisão e nos físicos está a perda de sono e do apetite.

A teoria Cognitiva da Depressão sugere que a experiência nos leva a formar suposições gerais sobre nós mesmos e o mundo que nos cerca. Isto quer dizer que a visão que uma pessoa possui de si e do mundo influencia a forma como pensa, sente e age. As suposições são utilizadas para organizar a nossa percepção, como também para orientar e avaliar o nosso comportamento. A capacidade de prever e compreender nossas experiências é útil e, na verdade, necessária para o nosso funcionamento normal. Algumas suposições, entretanto, são rígidas, extremas, resistentes à mudança

e portanto disfuncionais. Daí a importância das terapias (comportamentais, cognitivas e dinâmicas) para minimizar o sofrimento.

A psicanálise surgiu na década de 1890, com Sigmund Freud, um médico interessado em achar um tratamento permanente para pacientes com sintomas neuróticos ou histéricos. Conversando com os pacientes, Freud acreditava que seus problemas se originaram da não aceitação cultural, sendo assim reprimidos seus desejos inconscientes e suas fantasias de natureza sexual. O método básico da Psicanálise é a interpretação da transferência e da resistência com a análise da livre associação. O paciente, numa postura relaxada, é pedido a dizer tudo o que lhe vem à mente. Esperanças, sonhos, desejos e fantasias são de todo o interesse, como também as experiências vividas nos primeiros anos de vida em família. Vulgarmente, o analista escuta, fazendo comentários quando no seu julgamento profissional imagina uma crescente oportunidade para que o analisando torne consciente os conteúdos reprimidos que são supostos, a partir de suas associações. Escutando o analisado, o analista tenta manter uma atitude empática de neutralidade. Uma postura de não-julgamento, no sentido de criar um ambiente seguro e de confiança.

Em 1948, Melanie Klein apresentou e argumentou a favor de uma base psicodinâmica diversa para explicar o desenvolvimento da depressão. Segundo Klein, é durante o primeiro ano de vida das pessoas que se forma a base do que mais tarde pode ser o sofrimento depressivo. No entender de Klein todas as crianças atravessam um estado evolutivo a que chama posição depressiva e que, em sua opinião, está caracterizada por um período de tristeza, temores e culpa. Ao sentir-se frustrada pela carência ou pela perda do amor, a criança rebela-se contra a mãe e desenvolve fantasias de tipo sádico e destrutivo contra ela dirigida. Esta situação provoca na criança estados de ansiedade e de culpa. Além disso, devido à incapacidade da criança para distinguir o mundo exterior (a sua mãe) do interior (ela própria) e das imagens que interioriza da mãe, tudo se transforma num intenso temor em autodestruir-se. Esta é a explicação de Klein da fase denominada posição depressiva. A base patológica para a descoberta da depressão na idade adulta dá-se quando a criança não comprovou que a mãe que odeia e ama, simultaneamente, é a mesma pessoa. Isto, em termos psicanalíticos, é uma falha na interiorização do bom objecto interno.

Em 1953, Eduard Bibring destacou e deu uma importância primordial à perda da auto-estima como elemento chave da depressão. As suas ideias aproximavam-se mais da resposta consciente aos acontecimentos que aos conflitos inconscientes entre o eu e o super-eu. Mesmo quando estava de acordo em dar importância às experiências

iniciais da infância como base para o desenvolvimento da depressão na idade adulta, susteve que a depressão se desenvolve e se instaura como resultado da frustração das expectativas conscientes. Também divergia dos psicanalistas anteriores, crendo que as dificuldades no manejo dos sentimentos agressivos desempenham uma função primordial na origem da depressão.

Considerando-se a categorização do DSM-IV-TR (2002), que inclui nas perturbações depressivas:

- A Depressão Major;
- A Distímia;
- Perturbação Depressiva sem outra especificação.

4.2.2.1 PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR

A Perturbação Depressiva Major é caracterizada pelo menos duas semanas de humor depressivo, ou perda de interesse, acompanhado pelo menos por quatro sintomas adicionais da depressão.

Pode definir-se como uma perturbação com episódios de humor, que dá lugar a uma perda de capacidade para sentir prazer e interesse pelas actividades quotidianas. Pode ser acompanhada por sintomas psicóticos (DSM-IV-TR, 2002).

4.2.2.2 PERTURBAÇÃO DISTÍMICA

A perturbação Distímica é caracterizada por, pelo menos no período de 2 anos, tenha existido um humor depressivo, durante mais de metade dos dias, acompanhado por sintomas depressivos, que não preenchem os critérios do Episódio Depressivo Mayor.

Corresponde a uma depressão leve, com um período de episódios discretos.

Na distímia, existe um acontecimento precipitante claro e identificável.

A Perturbação Distímica não decorre de forma episódica, é crónica mas com menos gravidade, nunca está acompanhada de sintomas a psicóticos (DSM-IV-TR,2002).

4.2.2.3 PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

A perturbação Depressiva sem outra especificação é para as perturbações com características depressivas, que não preenchem os critérios para Perturbação Depressiva Major, Perturbação Distímica, entre outras (DSM-IV-TR, 2002).

4.2.3 CONCEITO DE DEPRESSÃO NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE

A depressão na criança e no adolescente não se manifesta da mesma forma que na idade adulta.

A depressão manifesta – se de forma disfarçada por outras características ou problemas de comportamento. Difere da depressão adulta, manifestando-se através de sintomas como fobias, delinquência queixas somáticas, fugas, isolamento social medo da morte e agressão.

Existem diferentes factores que podem estar na origem do desenvolvimento da problemática depressiva. Existem diferentes tipologias de funcionamento, como sejam acontecimentos exteriores sentidos como traumáticos (vulgarmente associados à perda), ou outros ainda mais graves, correspondentes a falhas narcísicas (associadas à auto estima e auto imagem) em etapas precoces do desenvolvimento, podendo mesmo incluir os primeiros meses da vida. Muitas vezes a depressão pode estar a acontecimentos sentidos como traumáticos pela criança. Daí ser importante determinar a forma como a situação traumática foi vivenciada.

A depressão nas crianças e nos jovens como não se expressa de forma idêntica a dos Adultos é importante reconhecer alguns sinais precoces:

- Alteração alimentar e alteração no sono (perda de apetite e insónia);
- Perturbações no controlo dos esfíncteres (enurese e encoprese);
- Queixas somáticas de repetição de dores de cabeça, dores abdominais sem nenhuma causa específica;
- Dificuldades de aprendizagem escolar;
- Alterações de comportamento como instabilidade, hiperactividade e agressividade bem como comportamentos de furtos e mentiras repetidas.

A palavra “depressão deverá ser entendida como um conjunto de alterações afectivas, cognitivas, motivacionais e vegetativas que ocorrem regularmente de forma combinada (Simões, 1999).

4.3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA ANSIEDADE

A ansiedade apresenta-se como uma condição intrínseca ao ser humano, sendo normal no processo do desenvolvimento e da adaptação do homem ao meio em que vive. Entretanto, em diversas situações torna-se patológica, produzindo sofrimento físico, psíquico e social. KLEIN (1993) e GENTIL (1997), acautelam que o medo e a ansiedade, por serem emoções frequentes na vida das pessoas, não devem ser confundidos.

A Ansiedade Exógena surge em relação com conflitos externos, pessoais ou psicossociais e responde à psicoterapia.

Ansiedade generalizada Endógena é autónoma e relativamente independente a estímulos ambientais; surge por alterações metabólicas em indivíduos com uma vulnerabilidade genética, antecedentes familiares de crises de angústia e responde bem aos psicofármacos. Dentro da ansiedade temos os ataques de pânico e os quadros fóbicos. A agorafobia associa-se a crises de angústia. A ansiedade parece ser uma fragilidade somática, em especial do Sistema Nervoso, Vegetativo e provavelmente uma estruturação especial do SNC (Sistema Nervoso Central). Tendo uma constituição ansiosa, como base em uma personalidade afectada no seu desenvolvimento psicológico e da sua estrutura neurovegetativa.

Segundo Freud a ansiedade, é o medo à resposta emocional a um perigo real. Há três espécies de ansiedade: a real, a neurótica e o complexo da culpa. A ansiedade real ocorre quando o ego se sente impotente frente a um objeto ou a uma situação do mundo exterior, que pode colocar em risco sua sobrevivência ou integridade psicológica. Na ansiedade neurótica, o ego passa por uma experiência dolorosa que é compatível com um bloqueio total de uma necessidade do ID. O complexo de culpa é a ansiedade produzida pela consciência moral. A pessoa que tem um superego muito rígido tende a ter sentimentos de culpa quando é forçada ou não a fazer algo que seja incompatível com seu código moral de educação.

A ansiedade é um estado doloroso que o indivíduo não consegue controlar por muito tempo. Assim sendo, o ego desenvolve mecanismos de defesa para que se possa escapar deste estado. Ansiedade é uma reacção de temor ou apreensão diante de situações inócuas ou pode ser uma resposta exagerada ao grau real de 'stress' externo. Os sintomas psicossomáticos podem ser: palpitações, boca seca, dilatação das pupilas, falta de ar, transpiração, sintomas abdominais, tremores e tontura. As reacções emocionais também incluem irritabilidade, dificuldade de concentração,

inquietação e evitação da situação ou objecto temido. Ansiedade é a expressão sintomática de um conflito emocional interno que ocorre quando certas experiências, sentimentos e impulsos muito perturbadores são suprimidos da consciência. Mesmo fora da consciência, os conteúdos mantidos no inconsciente retêm grande parte da catexia psíquica original. A liberação de lembranças ou impulsos proibidos, que buscam gratificação, provocam ansiedade por ser ameaçadora para o ego. O mesmo ocorre quando experiências traumáticas, profundamente escondidas, destroem o ego, exigindo uma elaboração mais aprofundada.

Freud utilizava os termos em Alemão “*angst*” e “*furcht*” para referir-se a medo, ansiedade e angústia. “*angst*” significa tanto o medo, que gera sentimento de desassossego perante ameaça real (“*angst vor*”), ou imaginária (“*angst*”). O termo “*furcht*” significa medo no sentido de receio, temor a objectos inespecíficos. Ansiedade (“*angst*”) mesmo sendo utilizado no sentido de medo, trata de um estado particular de desprazer com actos de descarga (LAPLANCHE e PONTALIS, 1991; HANNS, 1996). A sensação de medo nos transtornos de ansiedade é diferente dos medos normais, embora os sintomas possam ser semelhantes. Em termos gerais, os medos normais representam as reacções emocionais às ameaças externas reais e a resposta emocional está adequadamente relacionada ao perigo real. Contrastando com isso, os sintomas dos transtornos de ansiedade acontecem sem uma ameaça externa óbvia, ou quando a resposta à ameaça é demasiada (SHELTON, 2002). Frequentemente a resposta, apresentada pela sensação de medo, é vivida de forma elevada, mostrando-se inadequada em sua intensidade, trazendo também intenso desconforto físico. Mostra-se de várias maneiras: generalizada, em forma de fobias - como consequência de uma experiência traumática – e de ataques de pânico - reacções súbitas, sem causa aparente, com sintomas somáticas em ondas, com dispneia e sensação de sufocação, além de outros sintomas não encontrados no medo.

Para Sigmund Freud a personalidade é determinada fundamentalmente por processos e forças inconscientes moldadas nos primeiros anos de vida (até aos 6-8 anos). Daí resultam comportamentos incompreensíveis (fobias, auto-agressão) o que permite pensar em soluções para a cura.

Sigmund Freud (1856-1939) tratou do tema da angústia no decorrer de sua obra. Entre cartas dirigidas a seu amigo Fliess, destaca-se o Rascunho E (1894), intitulado como se origina a angústia”, descrevendo neurose de angústia como uma neurose de represamento, declarando que a “ansiedade surge por uma formação de uma tensão acumulada”. Mais tarde, em outro artigo, “Sobre os Fundamentos para

destacar da Neurastenia uma Síndrome Específica Denominada Neurose de Angústia” (1894-1895), procurou separar a neurose de angústia da neurastemia. A primeira teoria é reconhecida como teoria tóxica (libido represada), ocasionada por um factor de realidade. A segunda teoria perde a referência da angústia com o corpo e ganha espaço na relação com a libido recalçada. A angústia aparece como consequência do recalçamento esta relacionada à operação pela qual o indivíduo procura afastar ou manter no inconsciente representações (pensamentos, imagens, recordações) ligadas a uma pulsão (LAPLANCHE e PONTALIS, 1991) -. Neste caso, Freud reconhece que a angústia seria central no conceito da neurose, considerando-a como um mecanismo de resposta natural, necessário para a sobrevivência e, além disso, admite a angústia como resultado de uma ameaça (SHELTON, 2002). Em “Inibições, sintomas e Ansiedade” de 1926, Freud desenvolveu sua terceira e última teoria sobre a angústia. A ansiedade era vista como resultado do conflito psíquico entre impulsos sexuais ou agressivos inconscientes, com origem no Id, e as correspondentes ameaças de punição do Superego.

A ansiedade passa a ser entendida como sinal da presença de perigo no inconsciente (GABBARD, 1998). Com o advento do Manual Diagnóstico e Estatístico, em sua 3ª edição (DSM-III), ocorre a descrição de subgrupos distintos de quadros ansiosos, o TP e TAG (GOMES DE MATOS, 1992). Após estas descobertas ocorre um admirável interesse científico sobre o estudo dos ataques de pânico - elemento central de diversos quadros ansiosos - conceituado como: início súbito de uma grande preocupação, medo ou terror, frequentemente associado com sentimentos de catástrofe iminente, acompanhados de sintomas físicos e afectivos (BARLOW e CERNY, 1999).

Presentemente conta-se com duas classificações internacionais para os transtornos mentais: Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10) e DSM-IV. O conceito e a classificação da ansiedade como um transtorno psiquiátrico sofreu alterações e originou pontos divergentes, à medida que estes sistemas classificatórios eram revistos e novos estudos realizados. Beidel, Turner e Morris (1999) sugerem que a prevalência da fobia social e do transtorno evitativo é de quase 4%, o que indica que um grande número de crianças e adolescentes é vulnerável a alguma forma significativa de transtorno de ansiedade social. Crianças com fobia social experimentam uma perturbação substancial em diversas situações sociais e avaliativas, e muitas parecem apresentar co-morbidamente sintomatologia de outros transtornos de ansiedade, incluindo fobias específicas e transtorno de ansiedade generalizado (Beidel, Turner e Morris, 1999). Exposta uma incidência relativamente baixa de transtornos afectivos comórbidos em crianças com fobia social. Já os adolescentes com fobia social

apresentam indicadores mais elevados de transtorno afectivo (Struss e Last, 1993; Last e Strauss, 1990). A fobia Social e os problemas de ansiedade relacionados parecem contribuir para uma variedade de problemas. Beidel, Turner e Morris expõem que, como acontece com os adultos estudados, as crianças com fobia social tendem a manifestar piores habilidades sociais do que seus pares não diagnosticados. A ansiedade pode criar uma situação de crise nas escolas, particularmente para o aluno que apresenta muitas dificuldades na frequência e participação. Os efeitos prejudiciais da ansiedade podem aumentar significativamente a dificuldade da criança ou do adolescente detentor de fobia social de manter uma frequência escolar regular.

A Ansiedade Generalizada apesar de provocar vários sintomas físicos bastante perturbadores - espasmos e tremores, tensão muscular, fadiga, falta de ar, taquicardia, sudorese, secura da boca, tontura, náusea, diarreia, ondas de calor e arrepios de frio, micção frequente, dificuldade de concentração, nervosismo, insónia, irritabilidade, dificuldades para engolir, o que tem relevo é a preocupação excessiva sobre questões diversas, como a incapacidade de enfrentar determinado problema, receio de desempenho ineficiente, preocupações somáticas difusas, não estando relacionada à expectativa de ter ataques de pânico.

Existe ansiedade e preocupação persistente (por pelo menos 6 meses e na maioria dos dias) e exagerada com diversos acontecimentos ou actividades (desempenho escolar ou profissional, p. ex.) É comum encontrar-se três dos seguintes seis sintomas: Nervos à flor da pele ou inquietação, cansaço, dificuldade de concentração ou “brancos” na mente, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono.

O tratamento da ansiedade generalizada pode passar pela psicoterapia, psicanálise, psicoterapia de apoio (Atitude directiva, inculir confiança), psicofarmacos através dos ansiolíticos e anti-depressivos, mudanças do estilo de vida com regras higiénico dietéticas (Proibir álcool, café, tabaco, chá), prática de desporto e técnicas de relaxamento.

A atitude psicoterapêutica em crise aguda deve ser de apoio, atitude de calma e de compreensão, desdramatização do risco de morte, psicofarmacologia e ansiolíticos.

As contribuições importantes na mensuração da ansiedade e raiva foram feitas pelo psicólogo Charles D. Spielberger. A adaptação, validação e padronização da versão em português de seu primeiro instrumento, o State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al., 1970), conhecido por IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado; Spielberger, Biaggio e Natalício, 1980). Posteriormente à elaboração do IDATE,

Spielberger interessou-se pelo estudo da raiva, como emoção associada a várias patologias, tais como as circulatórias e o câncer. Criou assim o STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory), por cuja adaptação também fui responsável (Inventário de Expressão de Raiva Traço-Estado; Biaggio, 1996; Spielberger e Biaggio, 1992). Saccomori (1989), investigou a ansiedade dos pais e a adaptação de seus filhos à pré-escola, encontrando relações positivas entre essas variáveis. Aplicou o IDATE ao pai e à mãe e observou o comportamento das crianças, fazendo uma avaliação clínica cega, com três avaliadores, com relação à adaptação das crianças. Nascimento (1998) investigou as relações entre a ansiedade de pais e mães e a ansiedade de seus filhos, aplicando o IDATE em crianças de 5ª e 8ª série, e em seus pais e mães. Descobriu relações interessantes, mostrando a influência das mães e não a dos pais. As correlações significativas mais altas encontradas foram geralmente de meninas de 5ª série com suas mães, sugerindo que a ansiedade do pai não afecta tanto a criança quanto a da mãe. As correlações encontradas foram também maiores em grupos de 5ª que nos de 8ª série, apontando que na adolescência, outros modelos parecem tomar prioridade.

Os diagnósticos de ansiedade são feitos de acordo com as demonstrações somáticas e psíquicas específicas de cada transtorno. WEILLER et al. (1998), WITTCHEN (1998) e WITTCHEN e BOYER (1998) apontam que pessoas portadoras dos transtornos ansiosos solicitam com maior frequência os serviços de cuidados primários de saúde, ocupando uma posição de destaque entre os transtornos mentais mais diagnosticados nestes locais. REGIER et al. (1988) realizaram um dos principais estudos para estimar a prevalência dos transtornos ansiosos. A amostra partiu de grandes comunidades americanas, quando cerca de 18.500 pessoas adultas foram entrevistadas pelo “National Institute of Mental Health” (NIMH), por meio do “Epidemiologic Catchment Area Study” (ECA) – esta investigação trata de uma série de cinco estudos de pesquisas epidemiológicas, elaboradas por grupos de pesquisadores independentes em colaboração com o corpo de profissionais da Divisão de Epidemiologia e Biometria do Instituto Nacional de Saúde Mental. Baseou-se em amostra de mais de 18000 adultos, escolhidos ao acaso, a partir de 18 anos, derivadas de comunidades americanas, por meio de programa de entrevista diagnóstica. Os resultados estimaram que a prevalência geral de transtornos ansiosos, para um período de 6 meses, foi de 8,9% e para ao longo da vida foi de 14,6%. Segundo Relatório de Saúde Mental no Mundo, desenvolvido pela OMS, em estudo realizado no contexto de atenção primária de saúde, os diagnósticos mais comuns foram depressão, ansiedade e abuso de substâncias, não havendo diferença na prevalência entre países

desenvolvidos e em desenvolvimento, revelando também que o impacto sobre a qualidade de vida não fica limitado aos transtornos mentais graves, destacando que os transtornos de ansiedade, em especial o TP, têm efeito substancial, especialmente no que se refere ao funcionamento psicológico (OMS, 2001).

4.4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA AGRESSIVIDADE

O adolescente agressivo e maltratado, “Se são violentos é porque estão desesperados.” Marcuse

Perceberam que crianças e adolescentes, expostos ao abandono, morte, doença dos pais, ou submetidos à intensa ansiedade gerada pelo ambiente, podem apresentar conduta agressiva (Fagan & Wexler, 1987). Quando os pais ferem-se mutuamente, abandonam as famílias ou ameaçam suicidar-se, a ansiedade dos filhos é enorme. Eles podem desenvolver um modelo crescentemente agressivo em suas relações familiares, escolares e sociais (Wolff, 1985). Foi encontrada agrupamento entre privação emocional na infância agressão física entre os pais, depressão materna, quebra precoce do vínculo mãe - filho, negligência ou rejeição materna, número elevado de substitutos maternos, abuso físico e conduta violenta em adolescentes (Forchand, 1991; Assis, 1991). Histórias de abuso físico e sexual têm sido relatadas por adultos e adolescentes que apresentam auto-imagem negativa, dificuldades de relacionamento e vazão inapropriada de impulsos agressivos.

O termo agressividade é reconhecido como inato ao ser humano. A agressividade representa uma forma de protecção contra ameaças externas. Para Freud (1998), a agressividade é uma condição da fisiologia humana, que necessita de um estímulo ambiental para ocorrer. Freud (1998) afirma, em Além do Princípio do Prazer, que todo organismo vivo é constituído por um conjunto pulsional, composto pela pulsão de vida (eros) e pela pulsão de morte. A pulsão de vida diz respeito ao amor, ao afecto, à libido e às atitudes construtivas ou altruísticas, e tende não somente a preservar a vida como também a reproduzir outras. Já a pulsão de morte, ou destrutiva, actuante em todo ser vivo, luta para destruí-lo. Nenhuma dessas duas pulsões é mais essencial do que a outra, uma vez que elas estão entrelaçadas, mas seria possível dissociá-las e suas manifestações serem contrárias entre si bem como haver uma fusão para alcançar um objectivo. A ideia de agressão manifesta, como relação de violência exercida sobre o outro, é modificada, e é então descrita como uma expressão externa da pulsão de

morte que conta com o auxílio específico da musculatura. Referindo-se ao funcionamento externo da pulsão de morte, Freud (1997) postula que a agressão é o maior impedimento à civilização. Ele entende por civilização as experiências de grupo, raça, família, entre outros, que a humanidade experimenta. Esse processo de socialização é equivalente à pulsão de vida. No ser humano, a pulsão agressiva coloca-se em oposição aos objectivos mais elevados da civilização e ocasiona conflito entre as pessoas. A prevalência da pulsão agressiva sobre o processo de civilização resultará numa inclinação para a agressão, que poderá ser evidenciada no comportamento de pessoas com tal disposição. Para que isso ocorra, a pessoa não precisa estar acometida de alguma patologia psicológica específica. A agressão aparece como um factor que perturba os relacionamentos, o que faz com que a sociedade passe a despende maior energia na contenção dos comportamentos agressivos e a permanecer sob constante ameaça de desintegração. Freud (1998), Storr (1970) e Winnicott (1999) descrevem que o agente inibitório primário da agressão é o superego, sendo este desenvolvido no processo de interacção ambiental da criança com a família. Algumas crianças se desenvolvem de maneira a tornarem-se incapazes de controlar sua agressão quando adultas e a agir de acordo com seu próprio impulso hostil. Nesses adultos, a agressão ou é reprimida e voltada para o próprio ego ou é deserdada e atribuída aos outros, sendo expressa sob formas explosivas e infantis, o que os impede de integrarem suas agressões de modo positivo.

Em 1939, Dollard, Doob, Miller, Mowrer e Sears (em Moser, G., 1991, p. 63) publicaram uma obra intitulada frustração e agressão e enunciaram a seguinte hipótese: toda agressão é uma consequência da frustração e toda frustração origina uma forma de agressão. Definiram agressão como “uma conduta cujo fim é ferir a outrem ou seu substituto” e frustração como “toda acção que entrava o indivíduo de alcançar um fim por ele fixado”. A intensidade da resposta agressiva é directamente proporcional à intensidade da frustração. A extensão da frustração resulta da importância, para o indivíduo, da actividade bloqueada e da força desse bloqueio (Moser, 1991). Na forma em que foi originalmente apresentada, a hipótese da frustração - agressão considerava a agressão como uma consequência natural e obrigatório da frustração. Em modificações posteriores da hipóteses, a agressão era considerada como uma consequência natural, embora não obrigatório, da frustração, uma vez que poderiam ser aprendidas respostas não agressivas à frustração. Esta ficou sendo considerada como um antecedente inevitável da agressão; em outras palavras, sempre que tivesse ocorrido um ato agressivo, julgava-se que tivesse sido instigado por frustração (Moser, 1991). A agressão na psicanálise é tratada como uma regulamentação interna ao

indivíduo. Este sistema psicológico considera a agressão como uma reacção às frustrações que barram a satisfação de desejos libidinosos. Em 1920, Freud diz que há um instinto de morte (Thanatos), complementar de Eros, cujo fim último é a destruição do indivíduo. Entretanto, a teoria impulsiva de Freud é um princípio explicativo e não é empiricamente analisável. Sua própria existência é contestada por alguns discípulos de Freud, que consideram a agressão como um fenómeno reactivo e social como Horney e Erick Fromm (Moser, 1991).

A corrente cognitivista declara que um comportamento agressivo torna-se uma agressão somente pelo julgamento do observador, que identifica o comportamento como sendo a violação de uma norma. Os cognitivistas, assim, reintroduzem o contexto social da acção, parte integrante e moduladora da percepção do comportamento. Um comportamento é considerado agressivo a partir de um processo de julgamento em que intervêm três critérios independentes: 1) a constatação de prejuízo possível ou real para a vítima, 2) a intenção da parte do autor de produzir consequências negativas e 3) o fato de que o comportamento pode ser considerado, pela vítima e/ou pelo observador, como não sendo apropriado na situação em questão (Moser, 1991).

Maccoby e Jacklin (1978), Spielberger (1992) e Staub (1975) se referem à agressão como a acção de agredir, atacar instantemente o outro com finalidade destrutiva ou punitiva, ou seja, é uma forma de comportamento interpessoal. Além disso, no aspecto de crime a manifestação do comportamento agressivo visa a infringir os direitos do outro. A hostilidade, embora envolva sentimentos de raiva, geralmente tem a conotação de um conjunto complexo de sentimentos agressivos e frequentemente vingativos, enquanto a raiva é vista como um conceito mais simples que a agressão e a hostilidade. Spielberger (1992) define a raiva como um estado emocional que abarca sentimentos que se diversificam desde o aborrecimento leve, ou a irritação, até a fúria, seguidos por uma estimulação do sistema nervoso autónomo. Diante dessa definição, entende-se que a raiva é uma condição necessária, mas não suficiente, para promover a manifestação de comportamentos agressivos. Pesquisas recentes utilizaram o STAXI (inventário de expressão de raiva traço-estado). A emoção de raiva, medida pelo STAXI, distingue-se da hostilidade e da agressão, segundo Spielberger, sendo a raiva uma emoção mais primitiva. A hostilidade já possui um componente atitudinal, cognitivo, e a agressão refere-se a uma manifestação comportamental. O Staxi compõe-se de oito subescalas que medem estado, traço, temperamento, reacção, raiva para dentro, raiva para fora, controle da raiva e expressão de raiva. A conceituação de

cada uma, bem como as características das pessoas que obtêm escores altos em cada uma dessas escalas, consta do Manual (Spielberger e Biaggio, 1992).

Rosenzweig (1944, 1948) se refere à agressão como apenas uma das respostas alternativas a uma situação de frustração. Por frustração, entendem-se todas as vezes que o organismo se depara com um obstáculo ou dificuldade, mais ou menos intransponível, no caminho que o conduz à satisfação de qualquer necessidade vital. Existem dois tipos de frustração: a frustração primária ou privação, que é caracterizada pela quantidade de tensão e insatisfação subjectiva, decorrente da ausência de uma situação final essencial à satisfação da necessidade activa; a secundária é constituída pela presença de obstáculos ou dificuldades no caminho que conduz à satisfação de uma necessidade. Uma formulação importante na teoria geral da frustração de Rosenzweig (1944) é o conceito de tolerância à frustração, que se define pela atitude de a pessoa suportar frustração sem perder sua adaptação psicológica, em outras palavras, sem recorrer a tipos de respostas inadequadas. Essa formulação abrange o fenómeno da adaptação em seu conjunto e implica também a existência de diferenças individuais nas situações de tolerância à frustração. Essas diferenças estão relacionadas com a gravidade da pressão e também com as características da personalidade da pessoa. A tendência para avaliar negativamente, para desconfiar ou suspeitar de outros pode influenciar na baixa tolerância à frustração. Bion (1991) diz que a capacidade de tolerar frustrações é inata, sendo da mãe não só o importante papel de continente das angústias como também o de provedora das necessidades básicas ao bebé. Segundo essa teoria, a formação do pensamento tem como ponto de partida a frustração de algumas necessidades básicas que são impostas ao bebé. Nesse processo, o essencial é a menor ou maior capacidade de o bebé tolerar o ódio resultante dessas frustrações. Quando a capacidade para tolerar frustrações é suficiente, a experiência torna-se um elemento do pensamento e se desenvolve um aparelho para pensá-lo, e, ao contrário, se a capacidade para tolerar frustração for insuficiente, a experiência será internalizada como algo mau que deve ser evadido e expulso - o que é feito por meio de agitação motora na criança e no adulto, ou seja, de actuações. Tratando-se de instrumentos psicológicos projectivos que avaliam a tolerância à frustração, o Teste de Frustração de Rosenzweig (PF, 1948) é um instrumento projectivo em que o sujeito é colocado diante de uma situação supostamente frustrante. A resposta é analisada e pode ser classificada na direcção da agressão como extra punitiva, intra-punitiva e impunitiva e no tipo de reacção do sujeito, a saber: predominância do obstáculo, defesa do ego e persistência da necessidade.

Rosenzweig

eig (1948) comparou delinquentes e não delinquentes com o objectivo de verificar a predominância de respostas nos dois grupos. A amostra foi composta de duzentos e cinquenta delinquentes e duzentos e cinquenta não delinquentes. Ele observou uma predominância de respostas na categoria intra-punitiva para o grupo “não delinquentes”, enquanto a categoria extra punitiva predominou nas respostas do grupo “delinquentes”. Ele concluiu que uma resposta de agressão depende de um conjunto de factores que se prendem à interpretação cognitiva da situação frustrante, com a sua intensidade, a força dos controles internos e externos, e, acima de tudo, com a tolerância à frustração. Rocha (1976) aplicou o teste (PF) em sessenta delinquentes e sessenta não delinquentes do sexo masculino na cidade de Porto Alegre, de acordo com a delinquência. O resultado desse estudo mostrou que os não delinquentes manifestam maior agressividade do que os delinquentes. A delinquência não estaria relacionada com o grau de agressividade do indivíduo, mas sim, com a impulsividade, a falta de controlo sobre os impulsos, inclusive os agressivos. Assim, a agressividade é uma característica do comportamento delincente e também do não - delincente. Cabe descrever que o delincente e a delinquência são termos encontrados na legislação para denominar crime juvenil. Delincente e delinquência também são considerados como sinónimos de infractor e criminalidade (Williams, 1955, citado por Feldman, 1979; Dias & Andrade, 1997). Megargee e Hokanson (1976) sugerem uma dinâmica de personalidade diferente para delinquentes agressivos, que podem ser divididos em dois tipos distintos - o super controlado e o sub controlado. O tipo de personalidade super controlado ocorre em pessoas extremamente inibidas. À medida que as respostas alternativas são bloqueadas, também é inibida a expressão de uma resposta agressiva, ocorrendo maior frustração e instigação. A instigação residual, isto é, a parte restante dos estímulos agressivos provocados pela frustração, pode permanecer activa por longos períodos de tempo e aumentar com outras frustrações; esse mecanismo é o responsável por explosões paradoxais de violência observadas em indivíduos usualmente quietos e inofensivos. O tipo sub controlado se refere às características de personalidade cujas inibições em relação ao comportamento agressivos são muito baixas. Devido ao baixo nível de inibições, a pessoa tende a ser diagnosticada como possuidora de uma personalidade sociopática, anti-social ou dissocial. Por isso, a dinâmica de personalidade assemelha-se à de muitas outras pessoas que têm dificuldades com a Justiça. Quanto às pessoas que cometeram homicídios ou agressão com arma mortal, algumas são do tipo cronicamente super controlado, e outras, do tipo agressivo sub controlado. Relacionados ainda ao tipo de personalidade de delinquentes agressivos, existem factores externos e internos que

contribuem para sua formação. No que diz respeito aos factores internos, Dewald (1972) se refere a criminosos que não manifestam sentimento de culpa, explicando que estes não internalizaram um conjunto de valores morais que pudessem utilizar. Tal fato ocorre principalmente quando as funções do superego permanecem exteriorizadas e não implicam conflito intra-psíquico.

Os criminosos podem demonstrar seus conflitos de distintas formas, ligadas a condutas anti-sociais (roubo, vício, etc.), em vez de experimentá-los como estados subjectivos de conflito, acompanhados de mal-estar interno. Quanto aos factores externos, são vários os que colaboram para variações na formação de identidade de tais pessoas. São eles sócio familiar, socioeconómico ou sócio ambientais. Além disso, outras variáveis, como as migrações, as inaptações sociais e as exigências culturais, influenciam na formação de identidade. Nesse contexto, a pessoa pode assumir tanto uma identidade dentro dos padrões esperados quanto outra - reprovável ou negativa para a sociedade, como a do delinquente (Mussen et al., 1995).

Adolescentes influenciados pela situação socioeconómica como um todo estão mais inclinados, devido a dificuldades financeiras, a ficar deprimidos, a usar drogas ou a tornarem se delinquentes. Os veículos de comunicação (televisão, rádio) incentivam os crimes ou instigam a sua reincidência (Bee, 1997). Singer (1975) destaca a violência apresentada na televisão, representações ficcionais de assalto e de morte. A apresentação de cenas de actividade criminosa e de violência pode não só instruir as pessoas a respeito de meios inteligentes ou eficientes para a execução de vários crimes como levar os observadores de actividades agressivas numa tela à imitação directa do comportamento observado, seja por imaturidade, seja por sugestão.

Hutz, Koller e Bandeira (1996) in Kristensen e tal., 2001) identificam os seguintes factores de risco: baixa escolaridade, famílias numerosas, ausência de um dos pais, stress familiar, ocorrência de eventos negativos na vida, doenças na família

Quando o adolescente dá uma resposta mal apropriada, a uma situação de risco e resulta em consequência negativas ao seu desenvolvimento psicológico, o menor fica vulnerável, isto é, existe uma predisposição para o desenvolvimento de psicopatologias ou comportamentos disfuncionais em situação problema (Hutz, Koller & Bandeira, 1996 in Kristensen e tal., 2001). Os problemas mais usuais nesta etapa da vida são divididos em três categorias (Achenbach&edelbrock, 1987 in Kristensen e tal., 2001) a) abuso de substâncias (drogas licitas, ilícitas e medicamentos), b) transtornos externalizantes manifestos no sofrimento emocional e cognitivo (depressão ansiedade e fobia) e c)

transtornos externalizantes: manifestos em problemas comportamentais (delinquência, agressão anti – social, evasão escolar).

As crianças e adolescentes com transtornos de conduta défices de atenção \ hiperactividade têm dificuldade na resolução de problemas sociais comparadas às crianças sem estes transtornos (Matthys, Cuperus e Van Engeland, 1999). Essas crianças e jovens também correm um risco maior de comportamentos verbais e fisicamente agressivos (Kazdin, 1997). Embora diagnósticos de transtorno de conduta e défices de atenção \ hiperactividade não sejam, em si mesmos, preditivos de agressividade, os delinquentes juvenis institucionalizados que parecem ter um limiar mais baixo para a angustia e contenção pessoal apresentam uma probabilidade muito maior de que os outros (Steiner, Cauffman e Duxbury, 1999), sendo que esse afecto pode ser avaliado com eficácia com o termómetro Emocional. O tratamento de crianças e adolescentes com transtornos de conduta é, uma tarefa delicada. Brestan e Eyberg (1998) revisaram mais de 80 estudos de tratamento de crianças com transtornos de conduta. Seus estudos relatam que os modelos de tratamento cognitivo – comportamentais empiricamente testados se mostram extremamente eficazes no tratamento de transtorno. As técnicas cognitivo – comportamentais planejadas para aumentar a percepção da criança das opções disponíveis para ela, o maior auto monitoramento e comportamentos de enfrentamento constituem um tratamento efectivo. Quando associado a intervenção comportamentos destinados a aumentar o auto controle, desenvolver habilidades sociais e restringir os desejos agressivos, esse modelo de tratamento cognitivo – comportamental parece ser mais eficaz.

A violência pode ser considerada toda acção danosa à vida e à saúde do indivíduo, caracterizada por maus-tratos, cerceamento da liberdade ou imposição da força. A criança e o adolescente, por sua maior vulnerabilidade e dependência, são vítimas frequentes de actos abusivos (Eisenstein & Souza, 1993). Agressão é qualquer forma de conduta direccionada visando prejudicar ou ferir outra pessoa (Kaplan & Sadock, 1993). A agressividade faz parte do processo de conhecer, pode mediatizar-se, está dentro do nível simbólico, ao passo que a agressão não está mediatizada e, muitas vezes, encontra-se a serviço da destruição do pensamento (Fernandez, 1992). O DSM-IV (APA, 1994) não incluiu a categoria agressividade dentro dos distúrbios de conduta, que compreendem predominantemente violação a regras sociais. A agressividade, nesta última edição do DSM, faz parte da categoria transtorno no controle dos impulsos, definido como fracasso em resistir a um impulso ou tentação de executar um ato perigoso para si ou para os outros, resultando em agressões sérias ou destruição de propriedades, podendo estar associado à suspensão escolar ou detenções legais. Nas

escolas, o discurso é construtivista, embora a violência simbólica esteja explícita ou mascarada, e o aluno agressivo, que não se reenquadra nas normas vigentes, acaba expulso ou convidado a se retirar. “Os mesmos professores que, em teoria, consideram que ser um bom aluno não tem nada a ver com submissão, valorizam positivamente situações que incluem a obediência e repetição, e desvalorizam alunos em situações de agressividade, porque não se encaixam no modelo inconsciente do que é ser um bom aluno” (Fernandez, 1992). Caracterizar o comportamento de um jovem como agressivo na escola pode ser uma forma velada de violência, um estigma de desprestígio, que os discrimina no mesmo rótulo de marginalizados, delinquentes, infractores ou perigosos. Na família, a disciplina necessária na educação dos filhos fundamenta-se na ideia, culturalmente aceita, da dominação dos pais sobre os filhos, perdendo-se o limite entre punição física como norma educativa ou agressão (Eisenstein & Souza, 1993). Consideram-se abuso as agressões infringidas pelos pais no processo disciplinar dos filhos. Na definição de abuso físico estão presentes a intencionalidade e as consequências do acto agressivo, assim como os critérios de valor da sociedade. “A sociedade em que vivemos, com seu quadro de violência e destruição, não oferece garantias suficientes de sobrevivência e cria uma nova dificuldade para o desprendimento. O adolescente, cujo destino é a busca de ideais para identificar-se, depara-se com a violência e o poder e também os usa” (Aberastury, 1981 apud Levisky, 1997). Neste tema tão complexo e sujeito a vieses, fica difícil explicitar até aonde o adolescente está exteriorizando uma conduta agressiva como uma reacção de defesa à violência estrutural da sociedade, ou quando há uma intenção deliberada de infligir dano ou sofrimento a outrem. Em suma, em que momento eles são transformados de vítimas em réus. “A percepção da sociedade em relação aos menores infractores é a de pivetes que roubam e matam, logo incomodam o bem estar social. A sociedade os vê como agentes da violência. Pouco se fala destes indivíduos enquanto vítimas ou potenciais cidadãos” (Minayo & Assis, 1993). O comportamento agressivo dos adolescentes certamente está articulado com as múltiplas formas de violência, explícitas ou não, que eles vivem no âmbito da família, da escola e de outras instituições da sociedade, muitas das quais com a função precípua de protegê-los.

Segundo alguns autores não se pode atribuir o comportamento agressivo somente a etiologias neurológicas, mas estudos vem reconhecendo como muito importante em indivíduos com um historial de comportamentos agressivos (Bach-y-Rita, Lion, Climent & Ervin, 1971; Mark & Ervin, 1970; Monroe, 1978 in Golden, Jackson, Rohne & Gontkovsky, 1996).

As interconexões neuronais que controlam a agressividade, têm sido identificadas como tendo a sua origem no córtex pré-frontal bilateral, com a sua centralização nos órgãos do sistema límbico, incluindo o septo, o hipocampo, o núcleo caudado, o tálamo e a amígdala. As regiões posteriores, responsáveis pela agressão localizam-se no lobo anterior do cérebro. Conforme a região neural estimulada ou abalada, pode-se manifestar raiva, ou ficar passivo, ou até mesmo incapaz de se defender de ameaças.

A agressão correspondente à fragilidade do lobo frontal, parece auxiliar para o surgimento do comportamento agressivo, devido a perda de capacidade do cérebro de manter o equilíbrio emocional ou de controlar a manifestação comportamental das mudanças de humor (Wood,1987 in Golden e tal.,1996).

A maneira mais comum deste comportamento, são períodos intermitentes de irritabilidade que avançam para respostas emocionais desiguais para os eventos que as elicitam (Wood,1987 in golden et al., 1996).Os indivíduos com lesões nestas áreas , tem dificuldade em controlar as suas emoções e não conseguem considerar correctamente o impacto dos seus comportamentos. Normalmente são egocêntricos e impossibilitados de avaliar o sofrimento que causam aos outros. Podem até mostrar algum arrependimento após ter cometido algum acto inapropriado, mas não são capazes de compreender a longo prazo, as consequências dos seus actos e em consequência repetem constantemente os mesmos actos.

A disfunção do lobo temporal é normalmente associado a episódios de fúria excessiva e não provocada. O descontrolo é associado a lesões na porção média dos lobos temporais, os que cerram as estruturas límbicas responsáveis pela regulação do comportamento e das emoções (Miller, 1990 in Golden e tal.,1996).

Karl Meninger & Mayman, 1956 in Golden et al., 1996) apontou que os sujeitos com uma história de doença ou de lesão no sistema nervoso central, eram mais frequentemente susceptíveis a comportamentos de raiva à menor provocação.

Regularmente a agressão devida a lesões no lobo temporal, abrange a perda do controlo comportamental, ocorrendo sem premeditação e com a mínima provocação., (Barret, 1993;milller, 1990 in Golden e tal., 1996).

Numa série de estudos posteriores, Lewis e colegas (Lewis, Pincus, Bard, Richardson, Prichel, Feldman&Yeager, 1988,Lewis, Pincus &Feldman, 1986;Lewis&Shanok,1979 in Golden et al.,1996) descobriram que a ocorrência de traumas no Sistema Nervoso Central (SNC) eram mais frequentes entre jovens violentos. O trauma a nível do (SNC) abrangia más formações pré natais, violência inter-pessoal, e graves acidentes que abrangiam lesões cerebrais. As manifestações neurológicas do trauma no (SNC) nestes jovens incluía a presença de falhas e anormalidades nos electroencefalogramas

(Krynicky, 1978; Lewis, Pincus, Shanok & Glaser, 1982; Mark & Ervin, 1970; Pincus, 1985 in Golden e tal. 1996).

Crianças diagnosticadas com Desordens do Comportamento, foram descobertas através da Técnica Ressonância magnética lesões cerebrais que os estudiosos julgam se dever a um aumento da densidade de água nessas áreas devido às mudanças da permeabilidade vascular, ou a outros processos, (Swayze e tal., 2001 in Lyoo, Lee; Jung, Noam & Renshaw, 2002).

A Desordens da Personalidade – personalidade psicopática ou anti-social, pode ser descrita como sendo impulsiva, egocêntrica e agressiva. Estes sujeitos parecem desenvolver necessidades excessivas; enfastiam-se facilmente e não conseguem se envolver em projectos que não envolvam uma recompensa imediata.

Manifestam uma baixa tolerância à frustração. (Miller, 1987 in e tal., 1996). Comparados com outros criminosos estes cometem maior número de crimes, são mais violentos e agressivos (Elliott, 1992 in Golden et al., 1996) estudos feitos por Elliott para a relação entre o comportamento anti social e as disfunções cerebrais (lobos frontais).

Os lobos frontais são considerados responsáveis pelo julgamento, planeamento, capacidade de abstracção e auto regulação. As lesões cerebrais que ocorrem durante traumas cranianos enfraquecem os mecanismos que regulam as respostas emocionais. Em consequência, os pacientes ficam sem controlo do estado de humor o que vai baixar também o controlo do comportamento agressivo (Miller, 1990 in Golden e tal., 1996).

O que se refere ao estudo da Personalidade anti-social e à relação com a criminalidade, os estudos vêm provando que existe uma causa genética mas também é necessário um ambiente social desestruturado.

Adolescentes que manifestam actos delinquentes têm maior probabilidade do que os seus pares de faltarem às aulas, iniciarem mais cedo a sua actividade sexual, serem mais agressivos.

A literatura a cerca da delinquência juvenil mostra que os delinquentes tiveram maior insucesso escolar (e.g. Farrington, 1987 in smart e tal., 1996), apesar de terem também uma história de problemas de comportamento. Inúmeros estudos demonstram que o quociente intelectual verbal do delinquente tende a ser mais baixo do que o seu quociente de inteligência não verbal (Moffitt, 1993 in Wasserman, Keenan, Tremblay, Coie, Herrenkohl, Loeber & Petechuk, 2004). Os delinquentes têm também um quociente de inteligência global médio inferior e índices de desempenho escolar inferiores comparando com os não delinquentes (Ferguson e Horwood, 1995; Maguin e Loeber, 1996 in Wasserman e tal., 2004).

A hiperactividade tem sido identificada como um dos factores de risco da delinquência infantil. Estudos feitos demonstram que as crianças agitadas e nervosas tem mais probabilidades de envolverem-se em comportamentos delinquentes (Farrington, Loeber e Van Kammen, 1990, Lynam, 1997 in Wasserman et., 2004). Estudos apontam para que a hiperactividade só conduz á delinquência quando ocorre uma parceria com a agressão física ou comportamentos de oposição (Lahey, McBurnett e Loeber, 2000 in Wasserman e tal., 2004).

Os sintomas associados a desordens do comportamento com o seu inicio na infância – como por Défice de atenção /hiperactividade (DAH) implicam um alto risco de persistirem na idade adulta como comportamentos anti sociais e agressivos (Lahey e Loeber, 1997; Moffitt e Caspi, 2002 in Soderstram, Sjodin, Carlstedt e Forsman, 2003).

4.5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DOS MAUS-TRATOS

A questão de maus-tratos na infância tem sido uma preocupação no meio científico devido a estudos efectuados da gravidade destes no desenvolvimento da criança e do jovem a curto e longo prazo. (Glaser, 2000; Bringiotti, 2000; Hildyard & Wolf, 2002). Para Glaser, o abuso e a negligência de crianças são problemas realizados pelo homem e que atingem negativamente o desenvolvimento de crianças e jovens e ameaçam a sua sobrevivência por isso todos devem mobilizar esforços para evitar estes danos quer físicos quer psicológicos. Em Portugal a preocupação com crianças e jovens em risco e a formalização da garantia de seus direitos são factos relativamente recentes com a lei nº147/99 de 1º de Setembro.

Nesta pesquisa, adoptaremos um sistema de classificação abrangente com sub categorias representativas proposto por Bringiotti (2000) a partir de definições elaboradas, em 1981 pela National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN), serviço ligado Children's Bureau da Administration for Children and Families, que é parte do Department of Health and Human Services, dos Estados Unidos da América pelo que se destaca: o maltrato físico: entende-se que é toda e qualquer acção não accidental por parte dos pais ou cuidadores que provoque estrago físico ou enfermidade ou ainda coloque a criança em risco de vida quer seja através de queimaduras, hematomas, mordidas, asfixia e afogamento, o abandono físico que é qualquer situação em que as necessidades da criança não são satisfeitas quer temporal ou permanentemente, por nenhum membro da família dessa criança como alimentação, higiene, cuidados médicos, cuidados de segurança, o maltrato emocional: as situações que ocorram hostilidade verbal continuam, depreciação, crítica e ameaças de abandono, intimidação,

isolamento, desvalorização da criança, exclusão das actividades familiares e negação de autonomia. Abandono Emocional: situações em que ocorram falta de respostas às expressões emocionais, a falta de expressões emocionais e de condutas de proximidade, falta de inteiração e contacto por parte das figuras parentais e não se assumirem as responsabilidades parentais. O abuso sexual: será todo o acto, ou jogo sexual envolvendo uma ou mais crianças ou \ e adolescentes com um ou mais adultos com o objectivo de estimular e obter prazer sexual no adulto. A exploração de trabalho infantil: obrigação imposta pelos adultos responsáveis das crianças de fazer trabalhos contínuos e que interferem nas actividades e necessidades sociais e escolares das crianças, com o objectivo de obter dinheiro para os progenitores, A mendicidade: utilização da criança para mendigar para contribuir financeiramente no grupo onde está inserido. A corrupção: sendo o apoio pelos progenitores de condutas anti-sociais ou desviantes. Apoiando positivamente quando a criança rouba ou tem condutas anti-sociais que estejam a prejudicar uma integração social saudável. A participação da criança em acções delituosas: Utilização da criança ou jovem para a elaboração de acções delituosas como por exemplo o transporte de drogas. A incapacidade de controlar as condutas das crianças: Mostrar a incapacidade dos progenitores ou dos responsáveis para controlar o comportamento da criança ou do adolescente. Não conseguirem estabelecer normas \ regras e limites às crianças e \ ou jovens. Existem alguns factores de risco para uma ocorrência maior de maus tratos infantis segundo o modelo Ecológico sistémico e transaccional a partir das referencias de Garcia (1995), Palácios et al. (1998) e Bringiotti(2000). Na mãe \ pai a história de maus tratos nos progenitores a histórias de conflito e rotura na família no que diz respeito aos transtornos emocionais, a doença crónica na questão física e \ ou mental) temos as drogas \ álcool o isolamento social a falta de habilidades sociais para resolução de conflitos o desemprego a violência no local da moradia as condições de moradia o stress económico a insegurança ou instabilidade as relações instáveis e desarmoniosas as práticas educativas e disciplinares inadequadas e insuficientes. Na Criança \ Adolescente, adoecimentos frequentes, problemas de conduta hiperactividade e passividade.

Para alguns autores, quanto mais factores de risco a família tem maior é a probabilidade da criança sofrer de abuso ou negligência e por sua vez a criança tornar-se mais ansiosa agressiva e depressiva. Alguns factores de risco, segundo Bringiotti (2000) são os factores individuais dos pais que estão relacionados com a história de maus-tratos na infância, baixa tolerância a frustração, imaturidade emocional, baixa auto estima, baixas habilidades interpessoais, desordens psicológicas, baixa tolerância

ao stress e baixo coeficiente intelectual. Os factores individuais relativamente aos filhos são o nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, problemas físicos ou psíquicos, hiperactividade, temperamento difícil, passividade problemas de sono e alimentação. Ainda é necessário levar em conta a interacção familiar que envolve a relação entre pais e filhos no que diz respeito agressividade física e verbal, técnicas de disciplinas ciclo ascendente de conflito e agressão, evitação de interacção, problemas de comunicação. A Interacção família é um outro factor a considerar relativamente ao casal: discórdias conjugais, stress nas relações violência e agressão, tamanho da família e gravidez não desejada, os factores sociais têm um peso significativo como o desemprego, problemas económicos, insatisfação com trabalho, tensão no trabalho, isolamento social, falta de apoio social, baixas condições de moradia falta de oportunidades educativas e vizinhos envolvidos com violência, assim como os factores culturais: aceitar os castigos corporais dos filhos, valores e atitudes negativas frente a infância e maternidade, paternidade, aprovação do uso da violência. A Etiologia dos maus - tratos numa tentativa de explicar este fenómeno surgiu na década de 60, o que se denominou modelos uni causais. Foram denominados como modelos uni causais porque analisavam uma série de factores, independentes entre si, em diferentes áreas sem que se fizesse a articulação entre as diversas áreas como por exemplo a psicológica e a social. Surgiu primeiro os modelos psicopatológicos e mais tarde o sociológico sendo que estes não tiveram êxito por que não relacionaram o problema dentro das duas áreas (psicologia e sociologia). Belsky veio propor um modelo ecossistêmico para a compreensão dos maus tratos, valorizando variáveis de diversos níveis ecológicos que interagem para produzir as ocorrências dos maus – tratos. O modelo também deu relevância para a história de vida dos progenitores e para a da criança \ jovem, ou seja o desenvolvimento ontogenético de cada membro da família, e a eventual história de maus-tratos dos pais, suas relações com os pais e os cuidados recebidos na infância. Levando sempre em consideração a história da família a existência ou não de conflitos. Ferenzi relata-nos que “um violentado será um violentador”.

Outro modelo é o transnacional, elaborado por Cicchetti e Rizley (1981, apud Ochotorena, 1996 e Bringiotti, 2000). Este modelo inclui na explicação dos maus tratos os conceitos de risco e protecção para a ocorrência do fenómeno. Os factores de risco seriam aqueles que aumentariam a probabilidade do acontecimento dos maus tratos, enquanto factores de compensação ou protecção seriam os que diminuiriam essa possibilidade, quando presentes. Os indicadores emocionais /comportamentais relacionados á vivência dos maus-tratos. Uma grande parte dos estudos realizados

sobre maus-tratos indicam o impacto que os maus-tratos têm sobre as crianças e jovens (Osofsky, 2003), devido a certeza de que as consequências produzidas por esta vivência podem ser arrasadoras e precisam ser enfrentadas por programas de intervenção. A extensão das sequelas deixadas no desenvolvimento da criança mantém estreita relação com o tipo de maltrato sofrido e algumas características como a idade da criança gênero história recursos e apoio de que dispõe (Palacios Jiménez ,Oliva &Saldaña,1998;Palacios e Rodrigo,1998).Uma gama significativa de consequências para a criança associada aos maus tratos, no plano físico –fisiológico, afectivo, comportamental e interpessoal e académico têm sido identificadas e analisadas (Horton&Cruise,2001). Alguns dos sintomas desempenham importância fundamental no processo de detecção dos maus-tratos pela comunidade e deveriam ser transmitidos para que se possa promover uma maior sensibilização da comunidade aos problemas das nossas crianças (Departamento OF Health and human services, US, 1999). É a observação de indicadores comportamentais \ emocionais que orienta a detecção de casos.

As características comportamentais que na visão dos professores se associaram aos casos de violência doméstica foram: agressividade tristeza medo, apatia \retraimento \timidez. Horton e Cruise (2001), sintetizam as consequências dos maus-tratos passíveis de observação directa, principalmente no contexto escolar. A maioria das crianças passa um quarto da sua vida na escola por isso pesquisadores darem uma enorme relevância à escola como instituição importante para o desenvolvimento harmonioso de crianças e jovens. Sendo assim a escola é muito importante pois é lá que ocorre o desenvolvimento e crescimento cognitivo, emocional, interpessoal, social e de personalidade. Muitas dos problemas surgem na escola ou são detectados primeiramente na escola. Dai a importância das pessoas que trabalham na escola terem formação adequada para definir crises e respostas adequadas, de modo a poder identificar, traçar e responder à enorme variedade de questões que afectam constantemente as nossas crianças e jovens e assim como suas famílias.

As escolas são o principal local para identificar e ao mesmo tempo oferecer tratamento para os diversos problemas de risco (Bostic e Rauch, 1999). Já que as famílias sócio cultura mente desfavorecidas não estão preparadas nem financeiramente nem culturalmente e nem psicologicamente para atender a uma demanda tão complicada.

Os comportamentos desviantes, transtornos de ansiedade, depressão e fobias são os responsáveis pelo maior encaminhamento para os serviços de saúde mental infantil (Bird, 1996), embora as crianças e os adolescentes dessa categoria corram risco

frequente de abandono e fracasso no tratamento (Trautman, Stewart e Morishima, 1993).

Os índices de co-morgidade entre transtornos de abuso de substâncias e transtornos de humor e de comportamento entre os adolescentes parecem ser idênticos aos mostrados pelos adultos (Kandel et al.,1999). Um problema importante encontrado por muitas crianças é a exposição à violência. Miller, Wasserman, Neugebauer, Gorman-Smith e KamlouKos(1999) afirmam que a exposição à violência é comum para os meninos de zonas urbanas. Sua pesquisa leva-nos a crer que, famílias com conflito baixo a violência tem um impacto significativo sobre comportamentos anti-sociais que surgem posteriormente.

Schwab-Stone e colaboradores (1999) demonstram que, em uma amostra longitudinal de adolescentes urbanos expostos à violência, tanto os transtornos experienciados internamente quanto os que se manifestam externamente aumentam após dois anos de exposição à violência. A exposição à violência é uma situação problemática principalmente para crianças e adolescentes. Os Centers for Disease Control and Prevention (1993) relatam que quase um terço dos alunos no fim do ensino fundamental e do ensino médio reconheceu ter sido ameaçados de agressão física. Números significativamente maiores de adolescentes de zonas urbanas centrais testemunharam directamente agressões físicas a outrem (Gladstein, Rusonis e Heald,1992). As consequências dessa exposição ainda não foram totalmente estudadas ou compreendidas, mas a crescente exposição à violência pode influenciar, directamente ou por associação, imitação, os pensamentos, sentimentos e os comportamentos das crianças e dos jovens. Outras questões preocupam pais, professores, pedagogos e psicólogos e outros profissionais da saúde mental. Frequentemente nas escolas percebemos que crianças e jovens manifestam comportamentos considerados “difíceis” ou “problemáticos “ podem, de facto, estar apresentar sintomas de psicopatologia que nunca foram diagnosticados (Jensen e Watanable, 1999; Kandel et al., 1999;).

As crianças e os adolescentes que manifestam psicopatologia correm um risco maior de sofrer futuramente de transtornos psiquiátricos (Jensen e Watanable, 1999;Kandel et al.,1999;Cornell, Peterson e Richards,1999). Há necessidade de conhecer o impacto dos maus tractos, da falta de meios culturais e sociais no plano emocional e comportamental da criança com o fim de compreender e mobilizar recursos para um melhor bem-estar físico e psicológico de nossas crianças e jovens.

Muitas são as consequências para as crianças, associadas aos maus tratos, no plano físico – fisiológico, afectivo, comportamental interpessoal e académico, têm sido identificadas e analisadas (Horton&Cruise, 2001). Algumas das características comportamentais já observadas na visão dos professores, se associam à violência doméstica foram: agressividade, apatia, retraimento, timidez, marcas corporais, tristeza, medo e baixa auto estima. Horton e Cruise (2001), após uma ampla revisão, organizaram uma relação de consequências dos maus tratos passíveis de observação directa no contexto escolar. Indicadores dos maus tratos observáveis no contexto escolar físicos são repetidas marcas e problemas de saúde, queixas somáticas como dores de cabeça, de barriga, de estômago, comportamentos regredidos chupar o dedo, birras, enuresse, encoprese, distúrbios alimentares – falta de apetite perda ou ganho significativo de peso furtar e ou esconder comida, mostrar - se constantemente cansado com baixo nível de energia apresentação de falta de higiene ou com roupa inadequada ao clima e no plano comportamental a Impulsividade, agressividade física e verbal, muito submisso ou demasiado dependente, uso de substâncias e fugas; no plano social e emocional exista a falta de interesse em actividades prazerosas, o humor depressivo, socialmente isolado, a baixa auto estima, afectos exuberantes ou embotados, o olhar distante parecendo que está em outro local o nervosismo ou ansiedade a falta de confiança, o défice de habilidades sociais, a incapacidade de fazer amigos e a trocar de papéis em relação a si e aos outros. Nas dificuldades de aprendizagem a alteração rápida de comportamentos na escola, a defasagem escolar a idade não corresponde ao ano lectivo, as notas baixas, o risco alto de retenção, frequentes mudanças de escola, prejuízo de criatividade e curiosidade, dificuldades de atenção e concentração nas aulas e faltas ou fugas da escola, para o sentimento de ser estigmatizado ou para sentir-se a salvo. É este público alvo que me parece estar em maioria neste concelho e que pretendo estudar pois acredito que eles estejam mais propícios a depressão a ansiedade e a agressividade.

4.6 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Os objectivos propostos na pesquisa

Este estudo visa dar continuidade a pesquisa sobre a agressividade, ansiedade e depressão em crianças e jovens em risco de famílias sócio culturalmente desfavorecidas, enfatizando aspectos referentes ao tratamento da depressão, ansiedade e agressividade na infância e na adolescência utilizando uma abordagem que pode ser realizada dentro da própria escola.

A escassa estatística que se aproximem do número real de casos na infância e na adolescência e, portanto, a necessidade de melhorar esta problemática.

Em termos específicos, **os objectivos são:**

- Determinar a prevalência de casos de ansiedade, depressão e agressividade em jovens provenientes de famílias sócio culturalmente desfavorecidas em jovens do Concelho de Figueira de Castelo Rodrigo.
- Averiguar a correlação entre a ansiedade / depressão e a agressividade nos jovens de géneros diferentes.

4.6.1 AS HIPÓTESES

Hipótese 1: A Prevalência de Ansiedade e de Depressão em crianças e jovens socioculturalmente desfavorecidos é alta;

Hipótese 2: A Prevalência de Agressividade em crianças e jovens socioculturalmente desfavorecidas é alta;

Hipótese 3: As crianças e jovens com maiores índices de Ansiedade e Depressão têm maior índice de agressividade;

Hipótese 4: A Prevalência de Ansiedade e Depressão é maior no género feminino;

Hipótese 5: A Prevalência de agressividade é maior no género masculino é maior.

4.6.2 MÉTODO

Amostra - Caracterização dos participantes (alunos)

Nesta secção, são apresentadas informações de carácter menos analítico e mais descritivo, a população deste estudo refere-se a crianças e jovens do concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, distrito da Guarda, no ano 2008. A escolha dessa população com idade varia entre 11 e 18 anos.

Escolheram-se 112 crianças de ambos os sexos, sendo uma parte sócio culturalmente desfavorecidas e outra parte de jovens favorecida sócio culturalmente, localizadas neste concelho. Estas crianças e jovens estão a frequentar o Agrupamento de Escolas do 2ºciclo e o curso PIEF na Escola Secundária com 3ºCiclo.

Esta pesquisa serviu para que se pudesse ter a ideia da prevalência da ocorrência de ansiedade, depressão e agressividade nesta população alvo.

Metodologia: Considerando estes objectivos da investigação, adoptou-se uma metodologia de carácter quantitativa visando dimensionar a taxa de ansiedade, depressão e agressividade em crianças e jovens num contexto de famílias sócio - culturalmente desfavorecidas.

Instrumento: Aplicou-se o questionário sócio demográfico - (sexo, idade, escolaridade, profissão) Questionário de auto avaliação para crianças e adolescentes YSR-11-18 (1991) (T.M. Achenbach, Traduzido por J. Paulo Almeida) 11 a 18 anos. Este modelo é o mais usado na avaliação clínica de crianças e jovens. O autor pautou-se por uma visão dimensional, elaborada mediante o modelo empírico. Neste modelo as competências da criança e do adolescente, são avaliadas através de três subescalas de actividades, escolar e social.

O primeiro modelo do CBCL (Child Behavior Checklist), foi trazido ao prelo em 1983 por Achenbach com a adjuvância de Edelbrock, professor na Universidade de Massachussets. Posteriormente em 1986, o autor trouxe o manual do TRE (para professores) e um ano depois, a escala de auto – Avaliação para crianças que foi acabada (Achenbach, 2005). Em 1991, todas as escolas foram revistas após a adaptação e aferição das provas, as escalas ficaram completas (Achenbach, 2005).

O ASEBA (Achenhach System of Empirically Based Assessment) contém três provas diferentes, sendo destinadas respectivamente aos pais – CBCL (Child Behavior Checklist), aos professores TRF (Teacher Report Form) e a crianças e adolescents – YSR (Youth Self Report).

O modelo ASEBA é composto por escala de Internalização e Externalinalização. As escalas de Internalização incluem a escala de Ansiedade /Depressa, Isolamento, Queixas Somáticas, as de Externalização incluem comportamento Delinquentes e Agressivos (Toren, Ratner, Laor, 2005). A subescala de problemas Sociais e de Problemas do Pensamento não satura em nenhum das tipologias.

O (YSR) é um inventário de comportamento auto aplicável para jovens com idades compreendidas entre 11 e os 18 anos. Foi estruturado para obter respostas de crianças e adolescentes em relação às suas próprias competências e problemas (Achenbach, 1991). Para responder ao YSR o manual sugere que a criança tenha uma idade mental equivalente a 10 anos ou leitura equivalente ao 5ºano (Achenbach, 1991). As respostas devem referir-se aos últimos seis meses. O YSR está estruturado para

que a criança e o adolescente gaste entre 15 no mínimo e 45 no máximo, para responder ao questionário. As informações dadas pelo inventário YSR (Youth Self Report) são muito importantes na detecção de problemas de comportamento. O questionário dá-nos informações importantes na detecção de problemas do comportamento como distúrbios do comportamento, delinquência juvenil. A aplicação deste questionário é rápida, flexível e económica e pouco incómoda para o público-alvo. O Inventário YSR (Youth Self Report), é um questionário que se divide em duas partes. A primeira parte é constituída por 17 itens relacionados com competências, actividades e interesses sociais do indivíduo. Os itens desta primeira parte estão dispostos de maneira a fornecer um índice de actividade, um índice total de competências e um índice Social. As pontuações altas nesses índices indicam um bom nível de adaptação geral do indivíduo.

A segunda parte do questionário, é constituído por 119 itens dos quais 103 estão relacionados com problemas específicos do comportamento e 16 dizem respeito a comportamentos socialmente desejáveis. Este questionário tem uma descrição simples de comportamentos problemáticos e que os informadores devem cotar como 0 (a afirmação não é verdadeira), 1 quando a afirmação é algumas vezes verdadeira e 2 se a afirmação for muito verdadeira, para os últimos seis meses. Estes comportamentos problemáticos permitem a construção de um perfil em que existe um pouco de corte (percentil 98, ver anexo2 estando os itens agrupados em síndromes. Do conjunto de itens problemáticos 89 são comuns. Existe um terceiro nível, para além dos itens e das subescalas, que corresponde às escalas de Internalização e de Externalização. As escalas de Internalização e de Externalização são obtidas a partir do somatório de escalas de primeira ordem. Não se deve tornar estes factores de segunda ordem como mutuamente exclusivos, tendo Achenbachn (1991) encontrado uma correlação de 52 entre os dois pois existem crianças com uma tendência internalizadora ou externalizadora. Esta distinção pode ser importante do ponto de vista da intervenção, dada a dificuldade em mobilizar para terapias de natureza verbal crianças unicamente externalizadoras. Os 8 síndromas (factores ou subescalas) identificadas empiricamente são:

Isolamento: contém itens como “gosta de estar só”, “tímido ou envergonhado” etc. está associado a isolamento ou mau estar interpessoal e a energia reduzida. Surge frequentemente em quadros depressivos. É uma síndrome que satura na Internalização.

Queixas somáticas: inclui itens como “cansado”, “tonturas” ou queixas físicas sem causa médica conhecida. A elevação deste factor está associado a uma tendência para

a somatização, surgindo frequentemente em perturbações deste tipo. É também uma síndrome de Internalização. Ansiedade /Depressão: contém itens como “chora”, tem medo de cometer erros” “é triste”. Embora seja difícil distinguir os itens que associamos à depressão dos que atribuímos à ansiedade, a análise factorial não separou estas duas dimensões. Este factor satura na Internalização e está associado aos diagnósticos categoriais de ansiedade e depressão.

Problemas sociais: Tem itens como “é muito dependente” “as outras crianças não gostam dele” etc. Este factor surge elevado numa diversidade considerável de crianças desde situações de ansiedade e depressão associadas a dificuldades sociais, até aos quadros de hiperactividade e défice de atenção. Este factor não satura nem na Internalização nem na Externalização.

Problemas de Atenção: contém itens como “não se consegue concentrar”, “tem dificuldades em seguir instruções”, “não consegue estar sentado “ e está associado ao diagnóstico da Hiperactividade e défice de atenção. Apesar de clinicamente ter todo o sentido que este factor se localize na Externalização, os valores da saturação naquele factor de segunda ordem não permitem a sua inclusão.

Problemas de pensamento: Inclui itens como “ouve coisas que estão presentes,” “vê coisas que não estão presentes” etc. Pode surgir elevado em perturbações psicóticas ou em quadros obsessivos – compulsivos e como tal os dois síndromes anteriores, não se situa nem na Internalização nem na Externalização.

Comportamento agressivo: contém itens como “discute muito”, ameaça ferir as pessoas “etc. É claramente uma síndrome de Externalização e surge associado, entre outras, às perturbações de desafio ou oposição e de conduta.

Comportamento delinvente: contém itens como “rouba coisas em casa”, “consome álcool ou drogas”, “já provocou fogos”. Trata-se de um comportamento de desafio mais interiorizado, associado a características típicas das perturbações de conduta. Como o anterior locupleta na Externalização.

O Agrupamento dos Três primeiros síndromas formam a Escala de Internalização e o agrupamento dos síndromas VII e VIII formam a Escala de Externalização. Estas são detectadas e nomeadas a partir da análise multivariada dos problemas emocionais.

Segundo o manual de orientação do YSR, os sujeitos podem ser considerados não clínicos, clínicos e limítrofes, sendo que para fins de discriminação entre grupos desviantes ou não, esta ultima categoria, pode ser incluída na clínica. Nas escalas individuais, o score para a categoria não clínica, deve ser inferior a 67; para a categoria limítrofe deve situar-se entre 67 a 70, inclusive e para a categoria clínica, deve ser

maior que 70. O resultado do YRS é ajustado ao sexo e a idade do sujeito. Para além da pontuação específica para cada um dos factores, ou escalas o YRS fornece também um score de psicopatologias, que consiste na soma dos pontos obtidos em cada um dos itens relativos a problemas de comportamento. A versão do YRS escolhida foi a portuguesa, adaptada de Fonseca (1991). Esta apresenta óptimas capacidades psicométricas e designadamente a equivalência da sua estrutura factorial em diversos países é boa (Fonseca & Monteiro, 1999). O valor de fidelidade teste – reteste é de 0,83. Os valores relativos à validade convergente e discriminante ao nível da versão portuguesa, são muito semelhantes aos habitualmente obtidos com a população americana (Fonseca & Monteiro, 2001).

Actualmente, um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação de sintomas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes (4 -18 anos) é o Child Behavior Checklist (CBCL). O CBCL já foi traduzido em 55 línguas. É constituído de 138 itens, divididos em dois blocos. O primeiro bloco tem 20 perguntas relacionadas à competência social (desportos, passatempos, grupos de amigos, participação em grupos, desempenho escolar, relacionamentos com pessoas e independência no brincar ou trabalhar). Estas perguntas exigem que os pais/cuidadores comparem os comportamentos de seus filhos com os de outras crianças da mesma idade, definindo-os como abaixo, acima ou dentro da média. O segundo bloco do CBCL é composto de oito escalas diferentes, totalizando 118 perguntas objectivas sobre sintomatologia emocional e comportamental, respondidas pelos pais/cuidadores com três alternativas de respostas: item falso ou comportamento ausente (score = 0); item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente (score = 1); e item bastante verdadeiro ou comportamento frequentemente presente (score = 2). Estas oito escalas específicas – que são: I. Retraimento; II. Queixas somáticas; III. Ansiedade/depressão; IV. Problemas com o contacto social; V. problemas com o pensamento; VI. Problemas com a atenção; VII. Comportamento delinquente; e VIII. Comportamento agressivo – possibilitam a obtenção de um score total (somatório total dos scores de todas as escalas) e scores individuais de cada escala. Outra possibilidade é a obtenção de três scores parciais, que correspondem às escalas consideradas em conjunto e subdivididas em: escalas de introversão (I, II e III), comportamental (IV, V e VI) e escalas de extroversão (VII e VIII)

4.7 PROCEDIMENTOS

Fiz uma pesquisa bibliográfica de estudos realizados neste campo e a partir dos quais se determinou os principais factores que deveriam ser tidos em conta neste trabalho. Assim fiz um estudo, uma leitura de livros, artigos websites, que me facultassem informação científica para elaborar este estudo.

A autorização para os alunos puderem preencherem o questionário de Auto-Avaliação para Jovens YSR foi conseguido junto á direcção da Escola Secundária com 3ºCiclo de Figueira de castelo Rodrigo e do Agrupamento de Escolas J/1º e 2ºciclo de Figueira de Castelo Rodrigo.

Posteriormente efectuei o tratamento destes dados para assim poder chegar ao resultado desta pesquisa.

4.8 RESULTADOS

A recolha de dados foi efectuada só por mim, que depois foram tratados pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 11.6 (2000) para o Windows.

O tratamento de dados, foi realizado em duas etapas, numa 1ªfase se descreve sistematiza os resultados e na 2ªfase se apresentam em gráficos e tabelas os resultados. Os dados de caracterização, da amostra em estudo estão dispostos em tabelas de distribuição de frequências, tendo como informação complementar as respectivas médias e desvios padrões. A análise dos dados, possibilita identificar e descrever as áreas comportamentais mais problemáticas e deficitárias desta população

Socioculturalmente		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ansiedade	Favorecido	30	3,4667	1,81437	,33126
	Desfavorecido	30	3,7333	1,59597	,29138
Depressão	Favorecido	30	4,83333	2,983672	,544741
	Desfavorecido	30	5,46667	3,093189	,564736
Agressividade	Favorecido	30	9,4333	5,38634	,98341
	Desfavorecido	30	9,5667	5,50037	1,00422

Tabela 1: Ansiedade, Depressão e Agressividade * Sócio culturalmente

Socioculturalmente		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ansiedade	Favorecido	30	3,4667	1,81437	,33126
	Desfavorecido	30	3,7333	1,59597	,29138
Depressão	Favorecido	30	4,83333	2,983672	,544741
	Desfavorecido	30	5,46667	3,093189	,564736
Agressividade	Favorecido	30	9,4333	5,38634	,98341
	Desfavorecido	30	9,5667	5,50037	1,00422
Profissão pai	Favorecido	30	2,63	,490	,089
	Desfavorecido	30	1,60	1,380	,252
Profissão mãe	Favorecido	30	2,97	,765	,140
	Desfavorecido	30	3,40	1,221	,223
Sucesso Escolar	Favorecido	30	1,0333	,18257	,03333
	Desfavorecido	30	1,5333	,50742	,09264
Ano de escolaridade	Favorecido	30	1,5000	,50855	,09285
	Desfavorecido	30	1,9333	1,20153	,21937
Idade	Favorecido	30	11,5333	,57135	,10431
	Desfavorecido	30	12,5667	1,22287	,22326

Tabela 2 : Group Statistics

O insucesso escolar é maior nos jovens Socioculturalmente desfavorecidos. A idade dos meninos desfavorecidos em relação ao ano de escolaridade é maior nos jovens desfavorecidos.

Gráfico 1: Depressão * Socioculturalmente

A depressão é ligeiramente superior nos jovens desfavorecidos.

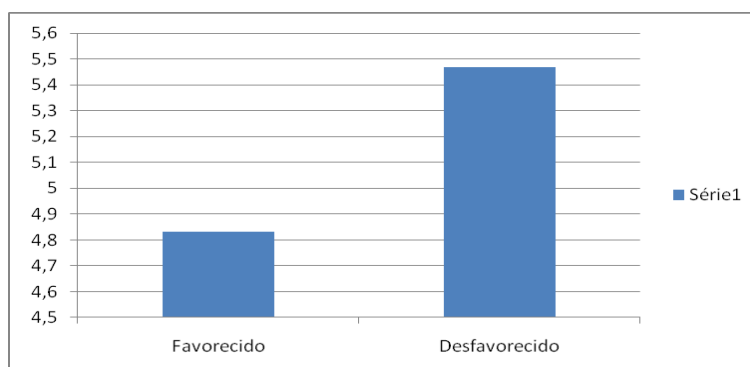
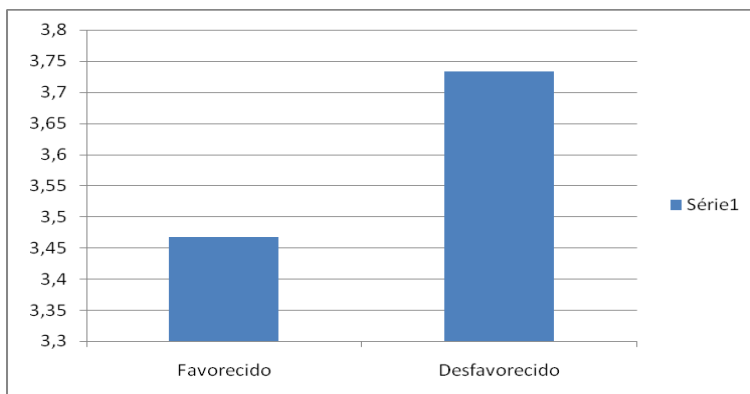


Gráfico 2: Ansiedade * Socioculturalmente



A ansiedade é ligeiramente superior nos jovens desfavorecidos.

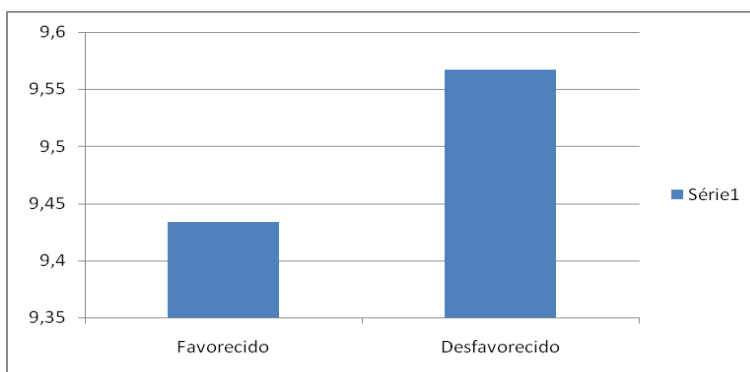
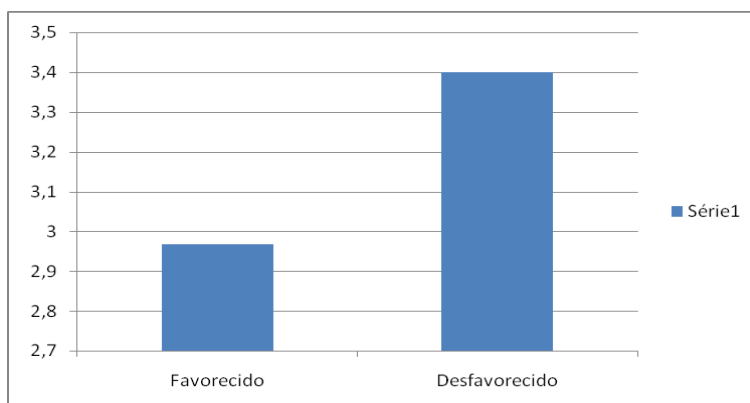


Gráfico 2: Agressividade * Socioculturalmente

A ansiedade, depressão e a agressividade é ligeiramente superior nos jovens desfavorecidos.

A ansiedade e a depressão é maior no sexo feminino, já a Agressividade é ligeiramente maior no sexo masculino.



A agressividade é maior nos jovens Socioculturalmente desfavorecidos

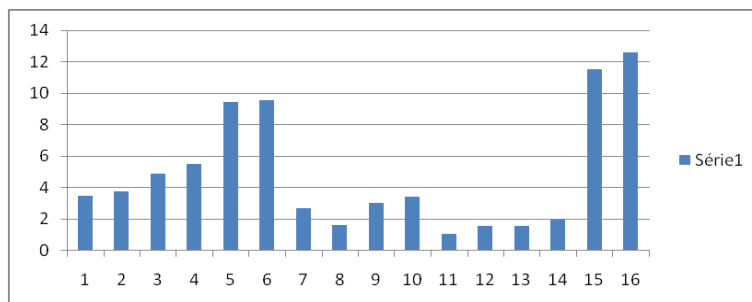


Gráfico 3: Group Statistics

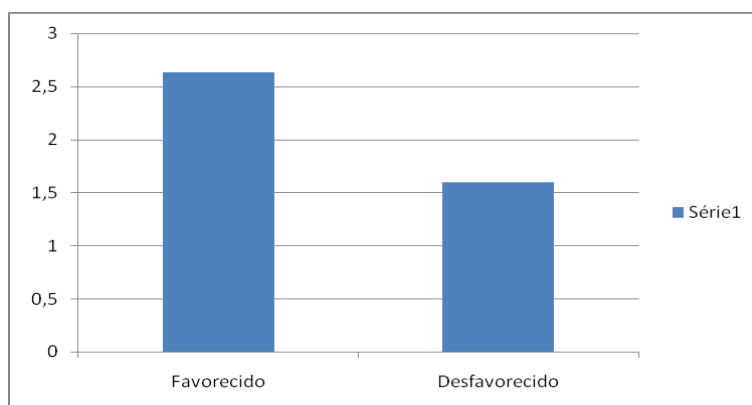


Gráfico 4: Profissão do pai

Tabela 3: Profissão do pai * Sucesso Escolar * Socioculturalmente Crosstabulation

Os pais dos jovens Socioculturalmente favorecidos trabalham predominantemente no sector terciário sendo que os pais dos jovens Socioculturalmente desfavorecidos trabalham na sua

Socioculturalmente			Sucesso Escolar		
			SIM	NAO	Total
Favorecido	Prof. pai	SECTOR SECUNDÁRIO	10	1	11
		SECTOR TERCEÁRIO	19	0	19
		Total	29	1	30
Desfavorecido	Prof. pai	SECTOR PRIMÁRIO	12	12	24
		SECTOR SECUNDÁRIO	1	1	2
		FALECIDO	1	3	4
		Total	14	16	30

esmagadora maioria no sector primário.

Os jovens Socioculturalmente favorecidos tem mais sucesso escolar.

Socioculturalmente			Sucesso Escolar		
			SIM	NAO	Total
Favorecido	Prof. mãe	SECTOR SECUNDÁRIO	7	1	8
		SECTOR TERCEÁRIO	16	0	16
		DOMÉSTICA	5	0	5
		FALECIDO	1	0	1
		Total	29	1	30
Desfavorecido	Prof. mãe	SECTOR PRIMÁRIO	5	1	6
		DOMÉSTICA	9	15	24
		Total	14	16	30

Tabela 4: Profissão da mãe * Sucesso Escolar * Socioculturalmente Crosstabulation

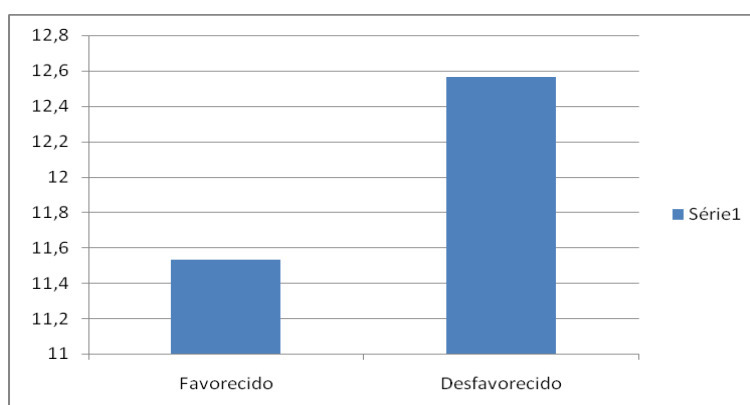


Gráfico 5: Profissão da mãe

A profissão das mães dos jovens socioculturalmente favorecidos, na grande maioria pertencem ao sector secundário e terciário e os seus filhos tendem a ter mais sucesso escolar que os jovens das famílias socioculturalmente desfavorecidas.

As mães dos meninos socioculturalmente desfavorecidos pertencem ao sector primário e na sua maioria são domésticas com poucas habilitações.

As famílias socioculturalmente desfavorecidos em que a mãe fica em casa, os jovens tendem a ter mais sucesso escolar, que os jovens de famílias socioculturalmente desfavorecidas cuja as mães trabalham.

Socioculturalmente			Sucesso Escolar		
			SIM	NAO	Total
Favorecido	Idade 11,00	15	0	15	
	12,00	14	0	14	
	13,00	0	1	1	
	Total	29	1	30	
Desfavorecido	Idade 11,00	6	0	6	
	12,00	7	4	11	
	13,00	1	4	5	
	14,00	0	6	6	
	15,00	0	2	2	
	Total	14	16	30	

Tabela 5: Idade * Sucesso Escolar * Socioculturalmente Crosstabulation

A Idade dos meninos desfavorecidos é maior que a idade dos meninos favorecidos em relação ao ano de escolaridade

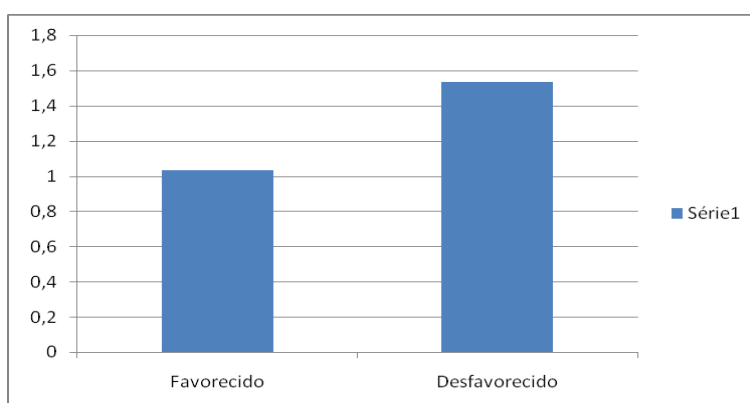


Gráfico 6: Idade sucesso escolar

Socioculturalmente			Sucesso Escolar		
			SIM	NAO	Total
Favorecido	Ano	5º ANO	15	0	15
	escolaridade	6º ANO	14	1	15
		Total	29	1	30
Desfavorecido	Ano escol	5º ANO	6	4	10
		6º ANO	8	10	18
		6,00	0	2	2
		Total	14	16	30

Tabela 6: Sucesso Escolar * Socioculturalmente Crosstabulation

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ansiedade	Masculino	30	3,2000	1,66919	,30475
	Feminino	27	4,0741	1,70803	,32871
Depressão	Masculino	30	4,96667	3,123695	,570306
	Feminino	27	5,07407	2,947305	,567209
Agressividade	Masculino	30	11,0000	5,84277	1,06674
	Feminino	27	8,0741	4,72250	,90885

Tabela 7: Ansiedade, Depressão e Agressividade * sexo Crosstabulation

CAPITULO V

5.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na discussão dos resultados colectados através da investigação expomos como objectivo avaliar os índices de ansiedade, depressão e agressividade em crianças e jovens socioculturalmente desfavorecidos. Dado as escassas investigações que existem nesta área, considereei importante estudar estas patologias e suas implicações numa população mais nova num concelho da Beira Interior Norte.

Testamos um grupo de 112 adolescentes (66 meninos e 46 meninas) sendo alguns socioculturalmente desfavorecidos e outros não. Com o intuito de verificar se neste concelho existiam mais jovens favorecidos ou mais jovens desfavorecidos.

Pudemos assim, concluir através do questionário de auto-avaliação para jovens YSR aplicado colectivamente nas várias salas de aulas, na escola do 2º e 3ºciclo do Concelho de Figueira de Castelo Rodrigo que existem mais crianças socioculturalmente desfavorecidas.

Para analisar a Ansiedade, Depressão e Agressividade concluímos por trabalhar com um grupo de 60 alunos, sendo que 30 são socioculturalmente favorecidos e 30 socioculturalmente desfavorecidos. Para a realização do presente estudo utilizou-se a escala YSR, sub escala ansiedade, depressão e agressividade. Foi ainda objectivo deste estudo avaliar o impacto de variáveis como idade, sexo, escolaridade nas crianças e adolescentes e a profissão dos progenitores.

A primeira das hipóteses levantadas inicialmente era que a prevalência de ansiedade e de depressão em crianças e jovens socioculturalmente desfavorecidas era alta, todavia, este facto não se verificou ao nível da população estudada. Por seu lado, é importante salientar que as crianças e os jovens socioculturalmente desfavorecidos tem *scores* ligeiramente superiores em relação às crianças e jovens socioculturalmente favorecidas. A depressão e a ansiedade apresentam diferenças quando se refere ao sexo, existe uma frequência maior no sexo feminino, o que, segundo a literatura, deve-se a diversos factores físicos, psicológicos e sociais.

A segunda hipótese, a prevalência de agressividade em crianças e jovens socioculturalmente desfavorecidas é alta, esta hipótese é rejeitada. Os filhos

provenientes de famílias socioculturalmente desfavorecidas deste concelho mostram índices ligeiramente mais altos de agressividade.

O estudo veio confirmar a terceira hipótese, as crianças e jovens com maiores índices de ansiedade e depressão têm maior grau de agressividade. Os valores podem ser interpretados como não sendo a ansiedade e a depressão a causa do comportamento agressivo, porém podemos concluir que quanto maiores sejam os índices de ansiedade e depressão, maior é o grau de comportamento agressivo.

Na quarta hipótese, confere a prevalência da ansiedade e depressão como sendo maior no género feminino.

Na quinta hipótese, verifica-se que a agressividade é maior no género masculino.

Em termos de idade, o grupo clínico apresenta idades compreendidas entre os 10 anos e os 15 anos de idade, sendo que esta variável pode ser uma das explicações para os resultados, já que existem diferenças em relação às concepções do *self* (Eu) neste intervalo de idade.

O insucesso escolar é maior nos jovens socioculturalmente desfavorecidos. Estes dados estão em consonância com os resultados dos estudos de Hutz Koller e Bandeira (1996 in Kistensen et al., 2001), relativamente ao facto dos jovens apresentarem comportamentos menos adequados (delinquentes) apresentarem também baixos níveis escolares. Porém segundo Battistich & Hom (1997 in Spratt, 2004 e (Griffith, 1999 in Spratt, 2004) quanto mais os alunos sentem que os professores os apoiam na escola, menor é o risco de apresentarem comportamentos delinquentes. Logo podemos concluir que os baixos resultados escolares não são devido ao facto de serem delinquentes porque quanto mais a escola e a família os apoia, menos estes jovens tem comportamentos agressivos ou desajustados.

O nível socioeconómico dos sujeitos do grupo clínico (socioculturalmente desfavorecidos) é mais baixo, sendo que os progenitores apresentam profissões ligadas ao sector primário (agricultura, construção civil, etc.) estando desempregados ou em casos em que um dos progenitores já faleceu. Este grupo, apresenta menos escolaridade.

As mães dos jovens socioculturalmente desfavorecidos pertencem ao sector primário e na sua maioria são domésticas com poucas habilitações.

Nas famílias socioculturalmente desfavorecidas em que a mãe fica em casa, os jovens tendem a ter mais sucesso escolar do que as mães socioculturalmente desfavorecidas que trabalham. Do qual podemos concluir que neste grupo a presença (apoio) da

progenitora influência de maneira positiva o sucesso escolar, a família mais propriamente a mãe desempenha um papel decisivo no equilíbrio psicológico.

O que vai contrariar de certa maneira Judith Rich Harris que defende em sua tese que os pais têm muita pouca importância na educação e no equilíbrio psicológico de seus filhos, os factores realmente significativos são a genética e o grupo de colegas em que a criança se integra e relaciona.

Em relação idade/ano de escolaridade, as crianças e os adolescentes socioculturalmente desfavorecidos apresentaram maior insucesso escolar e são também os jovens que têm maior idade nas turmas escolares.

Os pais dos jovens socioculturalmente favorecidos trabalham predominantemente no sector secundário (comércio, prestação de serviços.) e terciário (negócios, empresários.) e possuem mais habilitações. Tendo estes jovens (crianças e adolescentes) mais sucesso escolar.

A profissão das mães dos jovens socioculturalmente favorecidos, pertence ao sector secundário e na sua grande maioria ao sector terciário. E, os seus filhos tendem a ter mais sucesso escolar do que os jovens cuja a famílias são socioculturalmente desfavorecidas.

Em relação idade/sucesso escolar, os meninos socioculturalmente favorecidos têm menos idade e portanto mais sucesso escola.

Como já foi referido anteriormente este grupo também possui índices inferiores de ansiedade e depressão. O que contraria Melo (2004) *“os melhores alunos são os que desenvolvem com mais facilidade crises de ansiedade” (...)* *“porque são eles que possuem maiores expectativas e põem mais exigências relativamente ao seu desempenho escolar.”*

O insucesso escolar e a agressividade é maior no grupo de crianças e jovens socioculturalmente desfavorecidos o que vai de encontro aos estudos elaborados por Reppold e Cols. (2002), Slicker (1998) e Steinberg e Cols. (1994) onde se observou que as crianças e jovens socioculturalmente desfavorecidos apresentam baixo desempenho académico e tendência aos problemas de comportamento.

As crianças e adolescentes socioculturalmente favorecidas apresentam um índice inferior de depressão, ansiedade e agressividade. Pudemos perceber que o meio social cultural, psicológico que envolve a criança e o adolescente, assim como a formação e apoio dos pais tem influência positiva para estimular o bem estar físico e psicológico e o sucesso escolar.

Na minha perspectiva, os resultados finais obtidos neste estudo, foram que as crianças e adolescentes que compõem a amostra, ao invés do que seria inicialmente previsto, não apresentam níveis de ansiedade, depressão e agressividade muito diferentes das crianças e adolescentes independentemente de serem desfavorecidas ou favorecidas socioculturalmente.

Os baixos índices de ansiedade, depressão e agressividade existentes nestes grupos faz-nos pensar que o trabalho psicopedagógico que se tem feito ao longo de anos neste concelho tem sido fundamental ao nível de prevenção e bem estar integral desta população mais jovem. Segundo Freud o professor (Modelo) adquirem poder, que tanto pode ser usado para ensinar e preparar o aluno quanto para influenciar o aluno a fim de doutriná-lo segundo suas próprias crenças. O professor, como ser humano, também possui seu próprio inconsciente, portanto também pode transferir significado para o aluno.

Para além do trabalho psicopedagógico desenvolvido com estas crianças e jovens e do poder dos educadores e professores acredito que outros factores influenciem de maneira decisiva por se tratar de um concelho do interior onde há poucas perspectivas e pouco stress. Esta população encontra-se distante dos grandes meios e por sua vez das vantagens e desvantagens (competitividade, consumismo, globalização, injustiças sociais), o que poderia gerar maiores estores de ansiedade, depressão e agressividade.

O concelho tem uma particularidade a população é constituída por muitas pessoas de etnia cigana, porém parecem ser compreendidos e envolvidos na comunidade. Os pais destes jovens têm adquirido muitas ajudas sociais (RSI - Rendimento Social de Inserção) e outros, o que poderá ser um factor decisivo para o bem estar emocional e comportamental apesar de estarmos diante de crianças e jovens socioculturalmente desfavorecidos que provém de famílias em que há lacunas a nível emocional e comportamental, com histórias de alcoolismo, abandono familiar, rejeição e pobreza.

Para alguns autores, quanto mais factores de risco a família tem maior é a probabilidade da criança sofrer de abuso ou negligência e por sua vez a criança tornar-se mais ansiosa agressiva e depressiva.

Alguns factores de risco, segundo Bringiotti (2000) são os factores individuais dos pais que estão relacionados com a história de maus-tratos na infância, baixa tolerância a frustração, imaturidade emocional, baixa auto estima, baixas habilidades interpessoais, desordens psicológicas, baixa tolerância ao stress e baixo coeficiente intelectual.

Para o desenvolvimento e bem estar da população mais jovem, a Casa da Cultura tem promovido ao longo de vários anos: passeios, acampamentos, teatros, palestras, filmes, danças, passeios de bicicleta, concurso de motonáutica e outras actividades lúdicas. O que tem envolvido o trabalho de vários profissionais (psicólogos, sociólogos e educadores) que sensibilizam e formam: pais, familiares, crianças e jovens socioculturalmente desfavorecidos que anteriormente tinham apresentado uma história de problemas emocionais e comportamentais. Alguns factores da personalidade são alterados, principalmente, no que diz respeito a socialização, a dependência externa, a auto-confiança e a forma de lidar com a afectividade e com os comportamentos agressivos.

Os dados apresentados em pesquisas realizadas até então, vêm a comprovar que a situação de risco dos jovens diminui na proporção em que eles são expostos às actividades de prevenção, sugerindo que uma das formas mais eficazes de conter o avanço da ansiedade, depressão e agressividade se refere aos esforços amplos, consistentes e permanentes de formação de atitudes e comportamentos seguros entre os adolescentes e jovens. Nesse esforço junto a uma população potencialmente mais vulnerável, num concelho socioculturalmente desfavorecido, todas as instituições devem ser envolvidas, com especial destaque as Escolas, Centros de Saúde, Câmaras Municipais, I.P.S.S. (Instituição Particular de Solidariedade Social).

Porém as escolas continuam a representar um espaço privilegiado onde, por um lado, os jovens se reúnem, estabelecem e compartilham códigos, regras de comportamento e desenvolvem relacionamentos sociais, afectivos e amorosos. Por outro lado, é onde recebem informação, onde podem contar com possibilidade de tratamento esclarecido e expressar suas dúvidas, com menor constrangimento, em espaços colectivos. Por tudo isso, as escolas representam uma via privilegiada para os esforços de prevenção de uso indevido de drogas, álcool e outros comportamentos desviantes.

Entretanto, segundo Schall (2000: 1996), o modelo de prevenção que vigora na maioria das escolas não contempla os aspectos afectivos, emocionais no processo de construção do conhecimento, centrado quase exclusivamente nos aspectos cognitivos, o acúmulo de saber, a memorização, sem a necessária contextualização e envolvimento pessoal e integral do indivíduo. As estratégias informativas - educativas desenvolvidas na escola devem superar as metodologias centradas no estereótipo negativo das drogas, comportamentos agressivos e suas consequências, sobretudo do ponto de vista da criminalização.

A gravidade das características psicopatológicas numa idade tão jovem está a merecer uma intervenção psicossocial para reduzir as suas repercussões para o futuro.

REFLEXÃO SOBRE A MINHA PRÁTICA

Em termos pessoais, o estágio e o estudo efectuado foi de extrema importância tanto a nível pessoal como a nível profissional. É relevante perceber que estou a ser sensível às necessidades dos indivíduos (crianças, jovens e adultos) que estão em sofrimento e oferecer recursos a fim de ajudá-los a enfrentar as dificuldades e levar as pessoas ao encorajamento e à independência. O meu principal objectivo é melhorar a qualidade de vida das pessoas, mudando crenças, auxiliando a conviver de uma forma mais razoável com as suas limitações, favorecer as condições necessárias para o seu desenvolvimento e crescimento interno. Acredito que tenha ajudado as pessoas a restabelecer o equilíbrio, e a lidarem melhor com os seus problemas e situações que por vezes consideram insuperáveis. No início foi um desafio, ouvir com atenção, estar junto naquele momento marcado de emoções fortes, (amor, medo, raiva) mas sabia que era extremamente importante este processo, pois iria facilitar o paciente a expor-se, ouvir-se e sentir – se, e sabia também que as minhas perguntas ajudá-lo iam a olhar a situação e a si mesmo.

Ao longo do estágio favoreci um ambiente físico e psicológico para que fosse propício a catarse de fantasias, temores e desejos. Ajudei pacientes na elaboração de um projecto pessoal com metas que implicaram aquisição de bem estar e auto estima.

Orientei o paciente para melhor manipular as suas ansiedades e para elaborar novos modos de ajustamento interpessoal.

O contacto no estágio com as famílias, crianças, jovens e outros profissionais foi bastante rico pois permitiu um crescimento interno incalculável. Manter uma postura solene, conseguir ter e dar uma sensação de conforto e segurança, ser empática utilizar a linguagem (sim...,compreendo...,e então?...) transmitir “calor humano”, e não ser indiferente, frio ou calculista com o meu paciente foi algo que me deixou mais sensível, feliz, humana e profissional.

Acredito que de alguma maneira consegui analisar os sentimentos, aspectos inconscientes e atitudes do meu paciente. Para isso fundamentei-me em aspectos terapêuticos, como a transferência e emergência da neurose transferência, estimulação da regressão, o processo de elaboração e a mutação de objectos internos através da projecção e introjecção.

No processo psicanalítico, permite verificar uma historia vivida realmente e / ou grande parte fantasiada, os fantasmas têm vida e vigência no inconsciente a temporal e a espacial, configurações desestruturastes e estruturantes da personalidade e modelam

sentimentos afectos e condutas. Com essa prática quis ajudar o paciente nos seus aspectos emocionais, anímicos ou intelectuais em conflito. para auxiliar o paciente a adquirir estabilidade na personalidade. A psicoterapia é uma assistência psicológica . Podemos ajudar o paciente através dos nossos conhecimentos teóricos – técnicos a serviço de uma reestruturação da personalidade, auxiliar a resolver os conflitos e adquirir um funcionamento adequado do aparelho mental, ou anímico para possibilitar o bem estar de nossa condição humana num constante processo de desenvolvimento e crescimento que nos proporcione uma inefável vivência de plenitude, prazer e felicidade

As dificuldades com que me deparei foram positivas pois sinto-me mais apta para vencer os desafios inerentes à própria profissão e garantir uma actuação profissional comprometida com a transformação social.

A supervisão e o estágio supervisionado foram adequadamente planejadas o que me ajudaram, sem dúvida a que eu adquirisse habilidades e competência para o meu exercício profissional. Também o conhecimento adquirido através das várias leituras foram fundamentais para abrir novas perspectivas, novas interpretação e novos horizontes para males que a infância e a adolescência padecem os quais resultam da cultura individualista e competitiva da sociedade moderna. Tenho a consciência e sentido do principio de realidade de qual é a minha tarefa para auxiliar o paciente que por suas vivências com conflitos e é por isso nos procura.

Não sou um reformador social ou um líder político nem muito menos o dono de uma verdade ideológica que dá a melhor forma para viver com qualidade. O individuo é livre e é importante que o seja pois só assim poderá proporcionar uma melhora para a sociedade em que vivemos. O terapeuta também é um cidadão e, na medida que discrimina suas tarefas e responsabilidades , participará de acção conjunta que nos pode levar a uma sociedade mais humana.

BIBLIOGRAFIA

Referências Bibliográficas:

ASSIS, S. G., 1991. *Quando Crescer é um Desafio Social: Um Estudo Sócio-Epidemiológico sobre Violência em Escolares em Duque de Caxias, Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Ajuriaguerra, J., Marcelli, D. (1991). *Manual de psicopatologia Infantil - 2ª edição*.

Porto Alegre: Masson-Artes Médicas.

ABERASTURY, A. - *Adolescência*, P. Alegre, Artes Médicas, 5ª ed., 1990.

ABERASTURY, A e KNOBEL, M. - *Adolescência normal*, P. Alegre, Artes Médicas, 7ª ed., 1988.

American Psychological Association. (1981). *Ethical Principles Of Psychologists*. . .

American Psychologist, 36, 633-638

ANASTASI, A. - *Testes Psicológicos*, SP, Editora Pedagógica e Universitária, 9ª ed., 199 BECK, A T. *Depression: causes and treatment*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press, 1972.

Beloch, A., Sandin, B. Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatologia-volumen 2*. Madrid: Mc GraW-Hill

BECK, A-T-, RUSH A J. et ai. *Cognitive therapy of depression* .Nov Guilford Press, 1 979.

_____ *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

_____ in KAPLAN H. L., SADOCK, B. J. *Tratado de Psiquiatria*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. V. 2.7.

BEZERRA JR, Benilto; AMARANTE, Paulo - *Psiquiatria Sem Hospício*, Rio de Janeiro: Relume -Domará, 1992.

BEE, H. **O Ciclo Vital**. Trad. Regina Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BEMARD, G. & PROULX J. Caracteristiques du Passage a l'Acte de Criminels Violents. États-limites et Narcissiques. **Canadian Journal of Criminology**, 44 (1), p. 51, 2002.

BION, W. R. **O Aprender com a Experiência**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

._____ e URBINA, S. - *Testagem Psicológica*, Porto Alegre, Artmed, 2000.

BURTON, A. – *Teorias Operacionais da Personalidade*, RJ, Imago,

BLOMHOFF, S.; SEIM, S. & FRIIS, S., 1990. Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved? *Hospital Community Psychiatry*, 41:771-775.

CABRAL, M. A. A. & STANGENHAUS, G. Algumas Características de Personalidade de Presidiários com as de um Grupo Controle sem Antecedentes Criminais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 41 (1), pp. 8-31, 1992.

COOPER, Robert ; SAWAF, Ayman - *Inteligência Emocional*, Rio de Janeiro; Campus, 7ª ed., 1997.

CORAPÇIOGLU, A. & ERDOGAN S. A Cross-section on Expression of Anger and Factors Associated with Criminal Recidivism in Prisoners with Prior Offences. **Forensic Sci Int.**, 140 (2-3), pp. 167-74, 2004.

CRONBACH, L. - *Fundamentos da Testagem Psicológica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 5ª ed., 1996.

CHESS, S. & HASSIBI, M., 1982. Distúrbios de conduta. In: *Princípios e Práticas de Psiquiatria Infantil* (S. Chess & M. Hassibi, eds.), pp. 91-166. Porto Alegre: Artes Médicas.

CRUZ NETO, O.; SOUZA, E. R. & ASSIS, S. G., 1993. Entre o determinismo e a superação: algumas considerações. In: *O Limite da Exclusão Social: Meninos e Meninas de Rua no Brasil* (M. C. Mynaio, ed.), pp. 117-124. São Paulo: Hucitec.

DESLANDES, S., 1994. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl.1):177-188. [SciELO]

DODGE, K. A.; BATES, J. E. & PETTIT, G. S., 1991. Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 250:1.678-1.683.

DEWALD, A. **Psicoterapia: um Enfoque Dinâmico**. Barcelona: Toray, 1972.

DIAS, J. F. & ANDRADE, M. C. **Criminologia: o Homem Delinqüente e a Sociedade Criminógena**. 2ª ed. Coimbra: Coimbra, 1997.

Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos 2600, 4^a andar, Porto Alegre, RS 90035-003, Brasil.

Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos 2350, térreo, Porto Alegre, RS 90035-003, Brasil.

EISENSTEIN, E. & SOUZA, R. P., 1993. *Situações de Risco à Saúde de Crianças e Adolescentes*. Rio de Janeiro: Vozes.

Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 1969.

ERIKSON, Eric. - *Identidade, Juventude e Crise*, RJ, Guanabara, 1975.

Escola de Saúde Pública, Secretaria de Saúde e Meio Ambiente. Av. Ipiranga 6311, Porto Alegre, RS 90610-001, Brasil.

ELLIS, A. Reason and emotion in psychotherapy Nova York: Lyle Stuart, 1962.

ITO, L M. Terapia Cognitivo-comportamental para Transtornos Psiquiátricos. São Paulo: Artes Médicas, 1998.

FALCETO, O. G., 1989. Diagnóstico psiquiátrico de família. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 11:131-136. [Lilacs]

FAGAN, J. & WEXLER, S., 1987. Crime at home and the streets: the relationships between family and strange violence. *Violence and Victims*, 2:5-23.

FERNANDEZ, A., 1992. A agressividade: qual o teu papel na aprendizagem? In: *Paixão de Aprender* (E. Grossi, ed.), pp. 168-180. Rio de Janeiro: Vozes.

FORCHAND, R., 1991. The role of the family stressors and parent relationships on adolescent functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30:316.

Fonseca, A.(1997). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Ivolume.2ªEdição.Lisboa:Fundação Calouste Gulbenkian.

Fonseca, A., Simões, M, Rebelo, J., & Cardoso, F.(1994). Um inventário de competências sociais e de problemas de comportamento em crianças e adolescentes – O child behaviour checklist de Achenbach (CBCL).

Psychologica, 12,55-78.

FADMAN, James; FRAGER, Robert. - *Teorias da Personalidade*, SP, Harba, 1986.

FERRARI, A.rmando - *Adolescência. o Segundo Desafio*, Belo Horizonte, Casa do Psicólogo, 1996.

FERREIRA, A. - *Novo Dicionário da Língua Portuguesa* , Rio de Janeiro, Nova Fronteira,3ª ed., 1999.

FREUD, Sigmund - “Além do Princípio do Prazer”. In *Obras Completas*, vol. XVIII, RJ, Imago, 2ª ed., 1982.

_____. - “Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade”. In *Obras Completas*, vol. VII, Rio de Janeiro, Imago, 2ª ed.,1982.

FREUD, S. O Problema Económico do Masoquismo. **Obras Completas**, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1969a (originalmente publicado em 1924).

_____. Três Ensaio sobre a Teoria de Sexualidade. **Obras Completas**, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1969b (originalmente publicado em 1905).

_____. O Mal-estar na Civilização. **Obras Completas**, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago (originalmente publicado em 1930 [1929].Título original: Das Unbehagen in der Kultur), 1997.

_____. Além do Princípio do Prazer. **Obras Completas**, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago (originalmente publicado em 1920. Título original: Jenseits des Lustprinzips), 1998.

FOUCAULT, Michel - *Doença Mental e Psicologia*, RJ, Tempo Brasileiro, 3ª ed., 1988.

GOLSE - O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança, P. Alegre, Artmed, 1998.

GUILLAUME, B. & PROULX, J. **Características do Passagem a l'Acte de Criminosos Violentos. États-limites et Narcissiques.** Canadian Journal of Criminology, 25 (44), p. 51, 2002.

GIL, E., 1990. *Treatment of Adults Survivors of Childhood Abuse.* California: Sage Publications.

HALL, Calvin; LINDZEY, Gardner. - *Teorias da Personalidade*, SP, EPU, vols. 1 e 2, 1984.

LEVISKY, D. L. e cols., 1997. *Adolescência e Violência Conseqüências da Realidade Brasileira.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LEWIS, J., 1981. A família do paciente. In: *Psiquiatria na Prática Médica* (G. Usdin & J. Lewis, eds.), pp. 68-69. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

MUSS, COLLEGE, - *Teorias da Adolescência*, São Paulo, Interlivros, 1971.

Moser, G. (1991). A agressão. Editora Ática: São Paulo.

MACCOBY, E. & JACKLIN, C. N. **The Psychology of Sex Differences.** Califórnia: Stanford, University Press, 1978.

MEGARGEE, E., I. & HOKANSON, J. E. Tipos de Personalidade Subcontrolada e Supercontrolada em Agressão Anti-social Extrema. In: Megargee, E. I. & Hokanson, E. J.(orgs.), **A Dinâmica da Agressão: Análise de Indivíduos, Grupos e Nações.** São Paulo: EPU, 1976, pp.133-148.

MUSSEN, P. H., CONGER, J. J., KAGAN, J. & HUSTON, A. C. **Desenvolvimento e Personalidade da Criança.** 3ª ed. São Paulo: Harbra, 1995.

Matos, A.(2001).A Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido.

Lisboa :Climepsi Editores

MENEGHEL, S. N., 1986. Vigilância das principais causas de óbito prematuro. *Boletim da Saúde*, 13:34-36.

MINAYO, M. C., 1990a. *Bibliografia Comentada na Produção Científica Brasileira sobre Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MINAYO, M. C., 1990b. A violência na adolescência em foco a adolescência descamisada. *Cadernos de Saúde Pública*, 6:278-292.

MINAYO, M. C., 1993. *O Limite da Exclusão Meninos e Meninas de Rua no Brasil*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

MINAYO, M. C. & ASSIS, S., 1993. Violência e saúde na infância e adolescência: uma agenda de investigação estratégica. *Saúde em Debate*, 39:58-63.

MUZA, G. M., 1994. A criança abusada e negligenciada. *Jornal de Pediatria*, 70:56-60.
[Medline] [Lilacs]

NETO, FRANCISCO BATISTA, *Psicoterapia Breve*, SPOB, RJ.2000

.OSÓRIO, Luiz - *Adolescência Hoje*, Porto Alegre, Artmed, 2ª ed.,1992.

_____. - *Evolução Psíquica da Criança e do Adolescente*, P. Alegre, Movimento,1981.

OUTEIRAL, Joseph e cols. - *Infância e Adolescência*, Porto Alegre , Artes Médicas,1982.

OATES, R. J., 1984. Personality development after physical abuse. *Archives of Disease in Childhood*, 59:147-150.

OSÓRIO, L. C., 1982. Síndrome delinqüencial: um estudo sobre a psicopatologia do adolescente. In: *Infância e Adolescência* (J. Outeiral, ed.), pp. 74-86. Porto Alegre: Artes Médicas.

PELTON, L., 1980. Child abuse and neglect: the myth of classlessness. In: *Child Abuse and Neglect Comission and Omission* (J. V. Cook & R. T. Bowles, eds.), pp. 87-96. Toronto: Butterworth and Company Limited.

PIAGET, Jean. *O desenvolvimento da Inteligência na criança*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____. *Evolução Psíquica da Criança e do Adolescente*. Porto Alegre: Movimento, 1981.

RAPPAPORT, Clara R. (org.). - *A Idade Escolar e a Adolescência*, SP, EPU, 3ª ed., 1989.

ROCHA, Z. O. **Frustração e Agressividade em Adolescentes Delinqüentes e Não-delinqüentes**. Tese de concurso para Livre-Docência em Psicologia do Desenvolvimento, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1976.

ROSENZWEIG, S. An Outline of Frustration Theory. In: J. Mc. V. Hunt (org.), **Personality and Behavior Disorders, a Handbook Based on Experimental and Clinical Research**, New York: The Ronald Press Company, 1994.

_____. - *Psicologia do Desenvolvimento*. São Paulo: Vols. 1, 2 3 e 4, SP EPU, 5ªed., 1982.

STRASBURGER, V. - *Os Adolescentes e a Mídia: impacto psicológico*. P. Alegre, Artmed. 1999.

Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L.; & Lushene, R.E. – *Manual for the Strait-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA, *Consulting Psychologists Press.*, 1970

TUNDIS, S. e COSTA, N. - *Cidadania e Loucura*, RJ, Vozes, 3ª ed., 1992..

VYGOTSKY, LURIA, LEONTIEV - *A Formação Social da Mente*, SP, Cortez, 1988.

_____. - *Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem*, SP, Ícone, 1988.

Taylor, J.A. – A Personality Scale of Manifest Anxiety. *Journal of Abnormal Psychology* 48:285-290

FREUD, S. O Problema Económico do Masoquismo. **Obras Completas**, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1969a (originalmente publicado em 1924).

_____. Três Ensaio sobre a Teoria de Sexualidade. **Obras Completas**, vol.VII. Rio de Janeiro: Imago, 1969b (originalmente publicado em 1905).

_____. O Mal-estar na Civilização. **Obras Completas**, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago (originalmente publicado em 1930 [1929]. Título original: Das Unbehagen in der Kultur), 1997.

_____. Além do Princípio do Prazer. **Obras Completas**, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago (originalmente publicado em 1920. Título original: Jenseits des Lustprinzips), 1998.

HAIR, J.F., ANDERSON, R.E., THATAM, R.L. & BLACK, W.C. **Multivariate Data Analysis with Readings**. New Jersey: Prenticehall International, 1995.

HOWELL, D. C. **Statistical Methods for Psychology**. Boston: Duxbury, 1997.

SINGER, J. L. A Influência de Violência Representada na Televisão ou no Cinema sobre Comportamento Agressivo Manifesto. In: J. L. Singer (org.), **O Controle da Agressão e da Violência**. São Paulo: EPU, 1975.

SOUZA, I. **O Comportamento Agressivo em Grupos Culturalmente Diferenciados**. Tese de Doutorado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

SPIELBERGER, C. D. **Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (S.T.A.X.I.): Manual Técnico**. Porto Alegre: Vetor, 1992.

STAUB, E. Aprendizagem e Desaprendizagem da Agressão. O Papel da Angústia, da Empatia, da Eficiência e dos Valores Sociais. In: J. L. Singer (org.), **O Controle da Agressão e da Violência**. Cap. 4. São Paulo: EPU, 1975, pp.120-154.

STORR, A. **A Agressão Humana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1970 (originalmente publicado em 1969)TABACHNIK, B. G. & FIDELL, I. S. **Using Multivariate Statistics**. New York:Harper Collins, 1996.VERONA, E.& CARBONELL, J. L. Female Violence and Personality: Evidence for a Pattern of Overcontrolled Hostility Among One-Time Violent Female Offenders. **Criminal Justice and Behavior**, **27** (2), p. 176, 2000.WINNICOTT, D. W. **Privação e Delinqüência**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. APA (American Psychiatric Association), 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Teste de Frustração: Manual de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro: CEPA, 1948.

KAPLAN, H. & SADOCK, B., 1993. Condições não atribuíveis a um transtorno mental. In: *Compêndio de Psiquiatria* (H. Kaplan & B. Sadock, eds.), 6^a ed., pp. 577-587. Porto Alegre: Artes Médicas.

KAYAYAN, A., 1992. Violência e saúde. *IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Universidade Nacional de Brasília. *Cadernos Descentralizando e Democratizando o Conhecimento*, 9:13-17.

KEMPE, R. & KEMPE, H., 1983. *Child Abuse*. Suffolk: Fontana Paperbooks.

SSMA (Secretaria de Saúde e Meio Ambiente), 1996. *Estatística de Saúde Mortalidade*. Porto Alegre: SSMA.

SALEM, T., 1979. Entrevistando famílias: notas sobre o trabalho de campo. In: *A Aventura Sociológica* (E. Nunes, ed.), pp. 47-64. Rio de Janeiro: Zahar.

STITH, D., 1993. Can physicians help curb adolescent violence? *Hospital Practice*, 27:193-207.

WOLFF, S., 1985. Non-delinquent disturbances of conduct. In: *Child and Adolescent Psychiatry* (M. Rutter & L. Hessor, eds.), 3^a ed. pp. 400-423. Boston: Blackwell Scientific Publications.

ZALUAR, A., 1986. Teoria e prática do trabalho de campo, alguns problemas. In: *A Aventura Antropológica* (R. Cardoso, ed.), 2^a ed., pp. 107-126. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

ÌNDICE DE ANEXOS

N.º 1- QUESTIONÁRIO DE AUTO – AVALIAÇÃO PARA JOVENS

N.º 2- TABELAS

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
						Std. Error		
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Error	Statistic	Statistic
Socioculturalmente	60	1	1	2	1,50	,065	,504	,254
Sucesso Escolar	60	1,00	1,00	2,00	1,2833	,05867	,45442	,206
Prof. mãe	60	4	1	5	3,18	,133	1,033	1,068
Prof. pai	60	4	1	5	2,12	,149	1,151	1,325
Idade	60	4,00	11,00	15,00	12,0500	,13946	1,08025	1,167
Ano escol	60	5,00	1,00	6,00	1,7167	,12141	,94046	,884
Ansiedade	60	7,00	,00	7,00	3,6000	,21940	1,69945	2,888
Depressão	60	14,000	,000	14,000	5,15000	,391163	3,029935	9,181
Agressividade	60	23,00	,00	23,00	9,5000	,69685	5,39774	29,136
Valid N (listwise)	60							

Tabela 7: Estatísticas 1

Statistics

	Idade	Ano escol	Prof. pai	Prof. mãe	Sucesso Escolar	Ansiedade	Depressão	Agressividade	Socioculturalmente	Sexo
N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valid	12,0500	1,7167	2,12	3,18	1,2833	3,6000	5,15000	9,5000	1,50	
Std. Error of Mean	,13946	,12141	,149	,133	,05867	,21940	,391163	,69685	,065	
Median	12,0000	2,0000	2,00	3,50	1,0000	4,0000	5,00000	8,0000	1,50	
Mode	12,00	2,00	1	4	1,00	4,00	3,000 ^a	7,00 ^a	1 ^a	
Std. Deviation	1,08025	,94046	1,151	1,033	,45442	1,69945	3,029935	5,39774	,504	
Variance	1,167	,884	1,325	1,068	,206	2,888	9,181	29,136	,254	
Range	4,00	5,00	4	4	1,00	7,00	14,000	23,00	1	
Minimum	11,00	1,00	1	1	1,00	,00	,000	,00	1	
Maximum	15,00	6,00	5	5	2,00	7,00	14,000	23,00	2	
Sum	723,00	103,00	127	191	77,00	216,00	309,000	570,00	90	

Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	30	50,0	50,0	50,0
10	1	1,7	1,7	51,7
Feminino	27	45,0	45,0	96,7
5	1	1,7	1,7	98,3
7	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Tabela 8: Estatísticas 2

Tabela 9: Sexo

Sexo * idade Crosstabulation

Count		idade					
		11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	Total
Sexo	Masculino	10	11	5	4	0	30
	10	0	1	0	0	0	1
	Feminino	11	11	1	2	2	27
	5	0	1	0	0	0	1
	7	0	1	0	0	0	1
	Total	21	25	6	6	2	60

Tabela 10: Socioculturalmente

Socioculturalmente			Ano escolaridade			
			5º ANO	6º ANO	6,00	Total
Favorecido	Sucesso Escolar	SIM	15	14		29
		NAO	0	1		1
		Total	15	15		30
Desfavorecido	Sucesso Escolar	SIM	6	8	0	14
		NAO	4	10	2	16
		Total	10	18	2	30

Socioculturalmente			Sucesso Escolar		
			SIM	NAO	Total
Favorecido	Ansiedade ,00	3	0	3	
	1,00	1	0	1	
	2,00	4	0	4	
	3,00	5	0	5	
	4,00	10	1	11	
	5,00	1	0	1	
	6,00	4	0	4	
	7,00	1	0	1	
	Total	29	1	30	
Desfavorecido	Ansiedade 1,00	2	1	3	
	2,00	1	3	4	
	3,00	5	0	5	
	4,00	4	6	10	
	5,00	1	2	3	
	6,00	1	3	4	
	7,00	0	1	1	
	Total	14	16	30	

Tabela 11:
Sucesso
Escolar * Ano
escolaridade*
Sociocultural
mente -
Crosstabulation

Tabela 12: Ansiedade * Sucesso Escolar * Socioculturalmente - Crosstabulation

Socioculturalmente			Sucesso Escolar		
			SIM	NAO	Total
Favorecido	Depressão	,000	2	0	2
		1,000	2	0	2
		2,000	2	0	2
		3,000	6	0	6
		4,000	3	0	3
		5,000	3	0	3
		6,000	4	1	5
		8,000	2	0	2
		9,000	3	0	3
		10,000	1	0	1
		11,000	1	0	1
		Total	29	1	30
Desfavorecido	Depressão	1,000	1	1	2
		2,000	3	1	4
		3,000	1	1	2
		4,000	1	4	5
		5,000	2	2	4
		6,000	1	2	3
		7,000	2	1	3
		8,000	1	0	1
		9,000	1	2	3
		10,000	1	1	2
		14,000	0	1	1
		Total	14	16	30

Tabela 13: Depressão * Sucesso Escolar * Socioculturalmente - Crosstabulation

		Sucesso Escolar		
		SIM	NAO	Total
Socioculturalmente				
Favorec Idade ido	11,00	15	0	15
	12,00	14	0	14
	13,00	0	1	1
	Total	29	1	30
Desfavo Idade recido	11,00	6	0	6
	12,00	7	4	11
	13,00	1	4	5
	14,00	0	6	6
	15,00	0	2	2
	Total	14	16	30

Tabela 14 Idade * Sucesso Escolar * Socioculturalmente Crosstabulation

			Socioculturalmente		
			Count	Desfavorecido	Total
Masculino Q12	NÃO	9	6	15	
	ALGUMAS	6	7	13	
	MUITO	0	2	2	
	Total	15	15	30	
Feminino Q12	NÃO	9	8	17	
	ALGUMAS	5	7	12	
	MUITO	1	0	1	
	Total	15	15	30	

Tabela 15: Q12 * Socioculturalmente * Sexo Crosstabulation

Sexo			Socioculturalmente		
			Favorecido	Desfavorecido	Total
Masculino	Q14	NÃO	10	7	17
		ALGUMAS	4	7	11
		MUITO	1	1	2
		Total	15	15	30
Feminino	Q14	NÃO	4	6	10
		ALGUMAS	9	7	16
		MUITO	2	2	4
		Total	15	15	30

Tabela 16: Q14 * Socioculturalmente * Sexo Crosstabulation

Count

Sexo			Socioculturalmente		
			Favorecido	Desfavorecido	Total
3	Q18	NÃO	14	12	26
		ALGUMAS	1		4
		Total	15	15	30
Feminino	Q18	NÃO	15	13	28
		ALGUMAS	0	2	2
		Total	15	15	30

Tabela 17: Q18 * Socioculturalmente * Sexo Crosstabulation

Count

Sexo			Socioculturalmente		
			Favorecido	Desfavorecido	Total
Masculino Q24	NÃO	4	8	12	
	ALGUMAS	10	5	15	
	MUITO	1	2	3	
	Total	15	15	30	
Feminino Q24	NÃO	3	3	6	
	ALGUMAS	8	9	17	
	MUITO	4	3	7	
	Total	15	15	30	

Tabela 18: Q24 * Socioculturalmente * Sexo Crosstabulation

Count

Sexo			Socioculturalmente		
			Favorecido	Desfavorecido	Total
Masculino Q31	NÃO	7	7	14	
	ALGUMAS	8	3	11	
	MUITO	0	5	5	
	Total	15	15	30	
Feminino Q31	NÃO	2	6	8	
	ALGUMAS	8	5	13	
	MUITO	5	4	9	
	Total	15	15	30	

Tabela 19: Q31 * Socioculturalmente * Sexo Crosstabulation

Count

Sexo			Socioculturalmente		
			Favorecido	Desfavorecido	Total
Masculino Q33	NÃO		11	8	19
	ALGUMAS		2	5	7
	MUITO		2	2	4
	Total		15	15	30
Feminino Q33	NÃO		9	8	17
	ALGUMAS		2	7	9
	MUITO		4	0	4
	Total		15	15	30

Tabela 20: Q33 * Socioculturalmente * Sexo Crosstabulation

Count

Sexo			Socioculturalmente		
			Favorecido	Desfavorecido	Total
Masculino Q35	NÃO		10	8	18
	ALGUMAS		5	6	11
	MUITO		0	1	1
	Total		15	15	30
Feminino Q35	NÃO		7	12	19
	ALGUMAS		7	3	10
	MUITO		1	0	1
	Total		15	15	30

Tabela 21: Q35 * Socioculturalmente * Sexo Crosstabulation

Count

			Socioculturalmente		
			Favorecido	Desfavorecido	Total
Masculino Q48	NÃO	10	6	16	
	ALGUMAS	4	5	9	
	MUITO	1	4	5	
	Total	15	15	30	
Feminino Q48	NÃO	7	9	16	
	ALGUMAS	8	6	14	
	MUITO				
	Total	15	15	30	

Tabela 22: Q48 * Socioculturalmente * Sexo Crosstabulation

Count

			Socioculturalmente		
			Favorecido	Desfavorecido	Total
Masculino Q45	NÃO	7	2	9	
	ALGUMAS	7	10	17	
	MUITO	1	3	4	
	Total	15	15	30	
Feminino Q45	NÃO	4	4	8	
	ALGUMAS	11	10	21	
	MUITO	0	1	1	
	Total	15	15	30	

Tabela 23: Q45 * Socioculturalmente * Sexo Crosstabulation

Count

Sexo		Socioculturalmente		
		Favorecido	Desfavorecido	Total
Masculino Q50	NÃO	10	9	19
	ALGUMAS	5	4	9
	MUITO	0	2	2
	Total	15	15	30
Feminino Q50	NÃO	3	8	11
	ALGUMAS	7	6	13
	MUITO	5	1	6
	Total	15	15	30

Tabela 24: Q50 * Socioculturalmente * Sexo Crosstabulation

Count

Sexo		Socioculturalmente		
		Favorecido	Desfavorecido	Total
Masculino Q52	NÃO	5	1	6
	ALGUMAS	10	13	23
	MUITO	0	1	1
	Total	15	15	30
Feminino Q52	NÃO	4	7	11
	ALGUMAS	11	8	19
	MUITO	0	0	0
	Total	15	15	30

Tabela 25: Q52 * Socioculturalmente * Sexo Crosstabulation

Sexo		Socioculturalmente		
		Favorecido	Desfavorecido	Total
Masculino Q91	NÃO	14	10	24
	ALGUMAS	1	4	5
	MUITO	0	1	1
	Total	15	15	30
Feminino Q91	NÃO	11	12	23
	ALGUMAS	4	3	7
	MUITO	0	0	0
	Total	15	15	30

Tabela 26: Q52 * Socioculturalmente * Sexo Crosstabulation

Sexo		Socioculturalmente		
		Favorecido	Desfavorecido	Total
Masculino Q103	NÃO	11	9	20
	ALGUMAS	3	4	7
	MUITO	1	2	3
	Total	15	15	30
Feminino Q103	NÃO	6	5	11
	ALGUMAS	9	9	18
	MUITO	0	1	1
	Total	15	15	30

Tabela 27: Q103 * Socioculturalmente * Sexo Crosstabulation

Sexo	Socioculturalmente			
	Favorecido	Desfavorecido	Total	
Masculino Q112	NÃO	3	3	6
	ALGUMAS	7	4	11
	MUITO	5	8	13
	Total	15	15	30
Feminino Q112	NÃO	2	0	2
	ALGUMAS	7	8	15
	MUITO	6	7	13
	Total	15	15	30

Tabela 28: Q112 * Socioculturalmente * Sexo Crosstabulation

Socioculturalmente

Ano escol	Mean	N	Std. Deviation
5º ANO	1,40	25	,500
6º ANO	1,55	33	,506
6,00	2,00	2	,000
Total	1,50	60	,504

Tabela 29: Socioculturalmente * Ano Escolar

Socioculturalmente

Prof. pai	Mean	N	Std. Deviation
SECTOR PRIMÁRIO	2,00	24	,000
SECTOR SECUNDÁRIO	1,15	13	,376
SECTOR TERCEÁRIO	1,00	19	,000
FALECIDO	2,00	4	,000
Total	1,50	60	,504

Tabela 30: Socioculturalmente * Profissão do pai

Prof. mãe	Mean	N	Std. Deviation
SECTOR PRIMÁRIO	2,00	6	,000
SECTOR SECUNDÁRIO	1,00	8	,000
SECTOR TERCEÁRIO	1,00	16	,000
DOMÉSTICA	1,83	29	,384
FALECIDO	1,00	1	.
Total	1,50	60	,504

Tabela 31: Socioculturalmente * Profissão da mãe

Socioculturalmente * Sucesso Escolar

Socioculturalmente

Sucesso Escolar	Mean	N	Std. Deviation
SIM	1,33	43	,474
NAO	1,94	17	,243
Total	1,50	60	,504

Tabela 32: Socioculturalmente * Sucesso Escolar

Socioculturalmente

Ansiedade	Mean	N	Std. Deviation
,00	1,00	3	,000
1,00	1,75	4	,500
2,00	1,50	8	,535
3,00	1,50	10	,527
4,00	1,48	21	,512
5,00	1,75	4	,500
6,00	1,50	8	,535
7,00	1,50	2	,707
Total	1,50	60	,504

Tabela 33: Socioculturalmente * Ansiedade

Socioculturalmente

Depressão	Mean	N	Std. Deviation
,000	1,00	2	,000
1,000	1,50	4	,577
2,000	1,67	6	,516
3,000	1,25	8	,463
4,000	1,62	8	,518
5,000	1,57	7	,535
6,000	1,38	8	,518
7,000	2,00	3	,000
8,000	1,33	3	,577
9,000	1,50	6	,548
10,000	1,67	3	,577
11,000	1,00	1	.
14,000	2,00	1	.
Total	1,50	60	,504

Tabela 34: Socioculturalmente * Depressão

Agressividade	Mean	N	Std. Deviation
,00	2,00	1	.
1,00	1,00	1	.
2,00	1,00	1	.
3,00	1,67	3	,577
4,00	1,40	5	,548
5,00	1,60	5	,548
6,00	1,00	2	,000
7,00	1,71	7	,488
8,00	1,43	7	,535
9,00	1,33	3	,577
10,00	2,00	2	,000
11,00	1,50	2	,707
12,00	1,33	3	,577
13,00	1,75	4	,500
14,00	1,20	5	,447
15,00	1,50	2	,707
16,00	1,50	2	,707
19,00	2,00	1	.
21,00	2,00	1	.
22,00	1,00	2	,000
23,00	2,00	1	.
Total	1,50	60	,504

Tabela 35: Socioculturalmente * Agressividade

idade	Mean	N	Std. Deviation
11,00	1,29	21	,463
12,00	1,44	25	,507
13,00	1,83	6	,408
14,00	2,00	6	,000
15,00	2,00	2	,000
Total	1,50	60	,504

Tabela 36: Socioculturalmente * idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Favorecido	30	50,0	50,0	50,0
	Desfavorecido	30	50,0	50,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabela 37: Socioculturalmente

Idade		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11,00	21	35,0	35,0	35,0
	12,00	25	41,7	41,7	76,7
	13,00	6	10,0	10,0	86,7
	14,00	6	10,0	10,0	96,7
	15,00	2	3,3	3,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabela 38: Idade

Sucesso Escolar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SIM	43	71,7	71,7	71,7
	NAO	17	28,3	28,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabela 39: Sucesso Escolar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5º ANO	25	41,7	41,7	41,7
	6º ANO	33	55,0	55,0	96,7
	6,00	2	3,3	3,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabela 40: Ano escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SECTOR PRIMÁRIO	24	40,0	40,0	40,0
	SECTOR SECUNDÁRIO	13	21,7	21,7	61,7
	SECTOR TERCEÁRIO	19	31,7	31,7	93,3
	FALECIDO	4	6,7	6,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabela 41: Profissão do pai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SECTOR PRIMÁRIO	6	10,0	10,0	10,0
	SECTOR SECUNDÁRIO	8	13,3	13,3	23,3
	SECTOR TERCEÁRIO	16	26,7	26,7	50,0
	DOMÉSTICA	29	48,3	48,3	98,3
	FALECIDO	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabela 42: Profissão da mãe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	3	5,0	5,0	5,0
	1,00	4	6,7	6,7	11,7
	2,00	8	13,3	13,3	25,0
	3,00	10	16,7	16,7	41,7
	4,00	21	35,0	35,0	76,7
	5,00	4	6,7	6,7	83,3
	6,00	8	13,3	13,3	96,7
	7,00	2	3,3	3,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabela 43: Ansiedade

Depressão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,000	2	3,3	3,3	3,3
1,000	4	6,7	6,7	10,0
2,000	6	10,0	10,0	20,0
3,000	8	13,3	13,3	33,3
4,000	8	13,3	13,3	46,7
5,000	7	11,7	11,7	58,3
6,000	8	13,3	13,3	71,7
7,000	3	5,0	5,0	76,7
8,000	3	5,0	5,0	81,7
9,000	6	10,0	10,0	91,7
10,000	3	5,0	5,0	96,7
11,000	1	1,7	1,7	98,3
14,000	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Tabela 44: Depressão

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ansiedade	60	3,6000	1,69945	,21940
Depressão	60	5,15000	3,029935	,391163
Agressividade	60	9,5000	5,39774	,69685

Tabela 46: Mean da ansiedade, depressão e agressividade

		Socioculturalmente		
		Favorecido	Desfavorecido	Total
Ansiedade	,00	3	0	3
	1,00	1	3	4
	2,00	4	4	8
	3,00	5	5	10
	4,00	11	10	21
	5,00	1	3	4
	6,00	4	4	8
	7,00	1	1	2
	Total	30	30	60

Tabela 47: Ansiedade * Socioculturalmente Crosstabulation

		Socioculturalmente		
		Favorecido	Desfavorecido	Total
Agressividade	,00	0	1	1
	1,00	1	0	1
	2,00	1	0	1
	3,00	1	2	3
	4,00	3	2	5
	5,00	2	3	5
	6,00	2	0	2
	7,00	2	5	7
	8,00	4	3	7
	9,00	2	1	3
	10,00	0	2	2
	11,00	1	1	2
	12,00	2	1	3
	13,00	1	3	4
	14,00	4	1	5
	15,00	1	1	2
	16,00	1	1	2
	19,00	0	1	1
	21,00	0	1	1
	22,00	2	0	2
	23,00	0	1	1
	Total	30	30	60

Tabela 48: Socioculturalmente Crosstabulation

Depressão * Socioculturalmente Crosstabulation

Count				
		Socioculturalmente		
		Favorecido	Desfavorecido	Total
Depressão ,000	2	0	2	
1,000	2	2	4	
2,000	2	4	6	
3,000	6	2	8	
4,000	3	5	8	
5,000	3	4	7	
6,000	5	3	8	
7,000	0	3	3	
8,000	2	1	3	
9,000	3	3	6	
10,000	1	2	3	
11,000	1	0	1	
14,000	0	1	1	
Total	30	30	60	

Tabela 49: Depressão * Socioculturalmente Crosstabulation

Sexo * Ansiedade Crosstabulation

Count										
		Ansiedade								
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	Total
Sexo	Masculino	2	3	6	3	11	2	3	0	30
	10	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Feminino	1	1	1	7	8	2	5	2	27
	5	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	7	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Total	3	4	8	10	21	4	8	2	60

Socioculturalmente * Ansiedade Crosstabulation

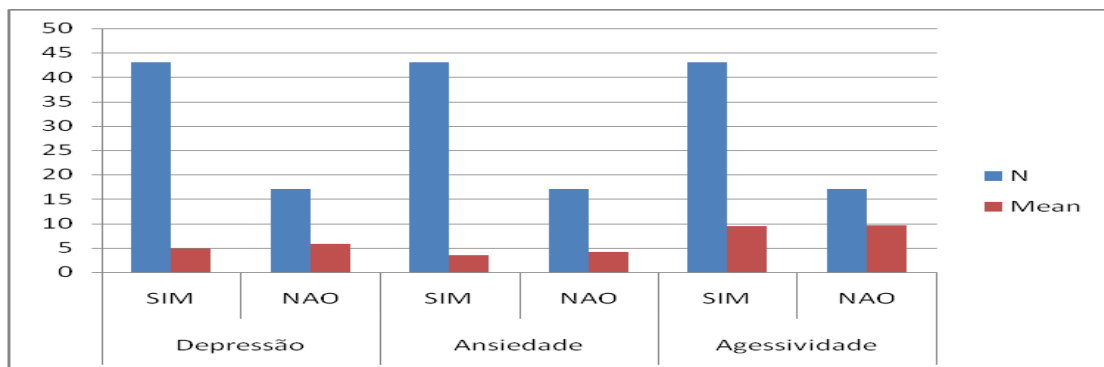
Count										
		Ansiedade								
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	Total
Socioculturalmen	Favorecido	3	1	4	5	11	1	4	1	30
te	Desfavorecido	0	3	4	5	10	3	4	1	30
	Total	3	4	8	10	21	4	8	2	60

Group Statistics

	Sucesso Escolar	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Depressão	SIM	43	4,88372	2,945613	,449202
	NAO	17	5,82353	3,225587	,782320
Ansiedade	SIM	43	3,3953	1,69227	,25807
	NAO	17	4,1176	1,65387	,40112
Agressividade	SIM	43	9,4419	5,49156	,83746
	NAO	17	9,6471	5,31438	1,28893

Socioculturalmente * Depressão Crosstabulation

Count	Depressão														Total
	,000	1,000	2,000	3,000	4,000	5,000	6,000	7,000	8,000	9,000	10,000	11,000	14,000		
Socioculturalmente Favorecido	2	2	2	6	3	3	5	0	2	3	1	1	0	30	
Socioculturalmente Desfavorecido	0	2	4	2	5	4	3	3	1	3	2	0	1	30	
Total	2	4	6	8	8	7	8	3	3	6	3	1	1	60	



Ansiedade * Sucesso Escolar * Socioculturalmente Crosstabulation

Count

Socioculturalmente			Sucesso Escolar		
			SIM	NAO	Total
Favorecido	Ansiedade	,00	3	0	3
		1,00	1	0	1
		2,00	4	0	4
		3,00	5	0	5
		4,00	10	1	11
		5,00	1	0	1
		6,00	4	0	4
		7,00	1	0	1
		Total	29	1	30
Desfavorecido	Ansiedade	1,00	2	1	3
		2,00	1	3	4
		3,00	5	0	5
		4,00	4	6	10
		5,00	1	2	3
		6,00	1	3	4
		7,00	0	1	1
		Total	14	16	30

Socioculturalmente			Sucesso Escolar		
			SIM	NAO	Total
Favorecido	Depressão	,000	2	0	2
		1,000	2	0	2
		2,000	2	0	2
		3,000	6	0	6
		4,000	3	0	3
		5,000	3	0	3
		6,000	4	1	5
		8,000	2	0	2
		9,000	3	0	3
		10,000	1	0	1
		11,000	1	0	1
		Total	29	1	30
		Desfavorecido	Depressão	1,000	1
2,000	3			1	4
3,000	1			1	2
4,000	1			4	5
5,000	2			2	4
6,000	1			2	3
7,000	2			1	3
8,000	1			0	1
9,000	1			2	3
10,000	1			1	2
14,000	0			1	1
Total	14			16	30

Socioculturalmente			Sucesso Escolar		
			SIM	NAO	Total
Favorecido	Agressividade	1,00	1	0	1
		2,00	1	0	1
		3,00	1	0	1
		4,00	3	0	3
		5,00	2	0	2
		6,00	1	1	2
		7,00	2	0	2
		8,00	4	0	4
		9,00	2	0	2
		11,00	1	0	1
		12,00	2	0	2
		13,00	1	0	1
		14,00	4	0	4
		15,00	1	0	1
		16,00	1	0	1
		22,00	2	0	2
		Total		29	1
Desfavorecido	Agressividade	,00	0	1	1
		3,00	2	0	2
		4,00	1	1	2
		5,00	2	1	3
		7,00	2	3	5
		8,00	1	2	3
		9,00	0	1	1
		10,00	2	0	2
		11,00	0	1	1
		12,00	0	1	1
		13,00	1	2	3
		14,00	0	1	1
		15,00	1	0	1
16,00	1	0	1		

	19,00	0	1	1
	21,00	0	1	1
	23,00	1	0	1
	Total	14	16	30

Case Summaries^a

				Ansiedade	Depressão
Agressividade	0	1		1,00	2,000
		Total	N	1	1
	1	1		2,00	5,000
		Total	N	1	1
	2	1		3,00	3,000
		Total	N	1	1
	3	1		,00	1,000
		2		3,00	1,000
		3		4,00	6,000
		Total	N	3	3
	4	1		,00	,000
		2		,00	,000
		3		4,00	8,000
		4		3,00	4,000
		5		2,00	4,000
		Total	N	5	5
	5	1		2,00	4,000
		2		6,00	5,000
		3		4,00	4,000
		4		3,00	2,000
		5		4,00	5,000
		Total	N	5	5

	6	1		4,00	6,000
		2		6,00	3,000
		Total	N	2	2
	7	1		4,00	5,000
		2		2,00	7,000
		3		3,00	3,000
		4		4,00	6,000
		5		1,00	3,000
		6		4,00	10,000
		7		4,00	9,000
	Total	N	7	7	
	8	1		3,00	3,000
2			4,00	3,000	
3			5,00	6,000	
4			4,00	8,000	
5			4,00	5,000	
6			5,00	5,000	
7			3,00	2,000	
Total	N	7	7		
9	1		3,00	3,000	
	2		4,00	2,000	
	3		7,00	4,000	
	Total	N	3	3	
10	1		6,00	7,000	
	2		2,00	8,000	
	Total	N	2	2	
11	1		2,00	4,000	
	2		2,00	3,000	
	Total	N	2	2	
12	1		4,00	9,000	
	2		6,00	9,000	
	3		7,00	11,000	
	Total	N	3	3	

	13	1		4,00	6,000
		2		4,00	10,000
		3		4,00	7,000
		4		6,00	6,000
		Total	N	4	4
	14	1		2,00	2,000
		2		4,00	1,000
		3		4,00	9,000
		4		6,00	10,000
		5		5,00	6,000
		Total	N	5	5
	15	1		3,00	5,000
		2		3,00	1,000
		Total	N	2	2
	16	1		1,00	4,000
		2		1,00	2,000
		Total	N	2	2
	19	1		4,00	14,000
		Total	N	1	1
	21	1		6,00	4,000
		Total	N	1	1
	22	1		4,00	6,000
		2		6,00	9,000
		Total	N	2	2
	23	1		5,00	9,000
		Total	N	1	1
	Total	N		60	60

a. Limited to first 100 cases.

Statistics

		Ansiedade	Depressão	Agressividade
N	Valid	60	60	60
	Missing	0	0	0
	Mean	3,6000	5,15000	9,5000
	Std. Error of Mean	,21940	,391163	,69685
	Median	4,0000	5,00000	8,0000
	Mode	4,00	3,000 ^a	7,00 ^a
	Std. Deviation	1,69945	3,029935	5,39774
	Variance	2,888	9,181	29,136
	Range	7,00	14,000	23,00
	Minimum	,00	,000	,00
	Maximum	7,00	14,000	23,00
	Sum	216,00	309,000	570,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Group Statistics

Socioculturalmente		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ansiedade	Favorecido	30	3,4667	1,81437	,33126
	Desfavorecido	30	3,7333	1,59597	,29138
Depressão	Favorecido	30	4,83333	2,983672	,544741
	Desfavorecido	30	5,46667	3,093189	,564736
Agressividade	Favorecido	30	9,4333	5,38634	,98341
	Desfavorecido	30	9,5667	5,50037	1,00422

Ansiedade	Mean	N	Std. Deviation
,00	3,6667	3	,57735
1,00	9,7500	4	7,76209
2,00	7,8750	8	4,35685
3,00	7,6000	10	4,52647
4,00	9,7143	21	4,93095
5,00	13,2500	4	7,08872
6,00	12,8750	8	6,19764
7,00	10,5000	2	2,12132
Total	9,5000	60	5,39774

Agressividade * Depressão

Agressividade

Depressão	Mean	N	Std. Deviation
,000	4,0000	2	,00000
1,000	8,7500	4	6,65207
2,000	8,6667	6	5,85377
3,000	7,2500	8	2,60494
4,000	9,3750	8	6,30051
5,000	7,0000	7	4,28174
6,000	10,7500	8	5,99404
7,000	10,0000	3	3,00000
8,000	7,3333	3	3,05505
9,000	15,0000	6	6,26099
10,000	11,3333	3	3,78594
11,000	12,0000	1	.
14,000	19,0000	1	.
Total	9,5000	60	5,39774

Socioculturalmente * idade * Ansiedade Crosstabulation

Count

Ansiedade			idade					
			11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	Total
,00	Socioculturalmente	Favorecido		3				3
		Total		3				3
1,00	Socioculturalmente	Favorecido	1		0			1
		Desfavorecido	2		1			3
		Total	3		1			4
2,00	Socioculturalmente	Favorecido	2	2		0		4
		Desfavorecido	0	2		2		4
		Total	2	4		2		8
3,00	Socioculturalmente	Favorecido	3	2	0			5
		Desfavorecido	1	3	1			5
		Total	4	5	1			10
4,00	Socioculturalmente	Favorecido	5	5	1	0	0	11
		Desfavorecido	1	4	2	2	1	10
		Total	6	9	3	2	1	21
5,00	Socioculturalmente	Favorecido	0	1		0		1
		Desfavorecido	1	1		1		3
		Total	1	2		1		4
6,00	Socioculturalmente	Favorecido	3	1	0	0		4
		Desfavorecido	1	1	1	1		4
		Total	4	2	1	1		8
7,00	Socioculturalmente	Favorecido	1				0	1
		Desfavorecido	0				1	1
		Total	1				1	2

Socioculturalmente * idade * Depressão Crosstabulation

Co
un
t

Depressão			idade					Total
			11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	
0,00	Socioculturalmente Favorecido			2				2
	Total			2				2
1,00	Socioculturalmente Favorecido			2	0	0		2
	Desfavorecido			0	1	1		2
	Total			2	1	1		4
2,00	Socioculturalmente Favorecido		0	2	0			2
	Desfavorecido		1	2	1			4
	Total		1	4	1			6
3,00	Socioculturalmente Favorecido		4	2		0		6
	Desfavorecido		1	0		1		2
	Total		5	2		1		8
4,00	Socioculturalmente Favorecido		3	0		0	0	3
	Desfavorecido		0	2		1	2	5
	Total		3	2		1	2	8
5,00	Socioculturalmente Favorecido		2	1	0	0		3
	Desfavorecido		1	1	1	1		4
	Total		3	2	1	1		7
6,00	Socioculturalmente Favorecido		2	2	1			5
	Desfavorecido		0	3	0			3
	Total		2	5	1			8
7,00	Socioculturalmente Desfavorecido		2			1		3
	Total		2			1		3

8,000	Socioculturalmente Favorecido	1	1				2
	Desfavorecido	0	1				1
	Total	1	2				3
9,000	Socioculturalmente Favorecido	2	1	0	0		3
	Desfavorecido	1	0	1	1		3
	Total	3	1	1	1		6
10,000	Socioculturalmente Favorecido		1	0			1
	Desfavorecido		1	1			2
	Total		2	1			3
11,000	Socioculturalmente Favorecido	1					1
	Total	1					1
14,000	Socioculturalmente Desfavorecido		1				1
	Total		1				1

Socioculturalmente * idade * Agressividade Crosstabulation

Count

Agressividade			idade				
			11,00	12,00	13,00	14,00	15,00
,00 Socioculturalmente	Desfavorecido			1			1
	Total			1			1
1,0 Socioculturalmente	Favorecido		1				1
	Total		1				1
2,0 Socioculturalmente	Favorecido	1					1
	Total	1					1
3,0 Socioculturalmente	Favorecido		1	0			1
	Desfavorecido		1	1			2
	Total		2	1			3
4,0 Socioculturalmente	Favorecido	1	2				3
	Desfavorecido	0	2				2
	Total	1	4				5
5,0 Socioculturalmente	Favorecido	2	0			0	2
	Desfavorecido	0	2			1	3
	Total	2	2			1	5
6,0 Socioculturalmente	Favorecido	1		1			2
	Total	1		1			2
7,0 Socioculturalmente	Favorecido	2	0	0	0		2
	Desfavorecido	1	1	1	2		5
	Total	3	1	1	2		7
8,0 Socioculturalmente	Favorecido	2	2		0		4
	Desfavorecido	0	2		1		3
	Total	2	4		1		7
9,0 Socioculturalmente	Favorecido		2			0	2
	Desfavorecido		0			1	1
	Total		2			1	3
10,00 Socioculturalmente	Desfavorecido	1	1				2
	Total	1	1				2

11, Socioculturalmente 00	Favorecido	1			0		1
	Desfavorecido	0			1		1
	Total	1			1		2
12, Socioculturalmente 00	Favorecido	1	1	0			2
	Desfavorecido	0	0	1			1
	Total	1	1	1			3
13, Socioculturalmente 00	Favorecido	0	1	0			1
	Desfavorecido	1	1	1			3
	Total	1	2	1			4
14, Socioculturalmente 00	Favorecido	1	3		0		4
	Desfavorecido	0	0		1		1
	Total	1	3		1		5
15, Socioculturalmente 00	Favorecido	0	1				1
	Desfavorecido	1	0				1
	Total	1	1				2
16, Socioculturalmente 00	Favorecido	1					1
	Desfavorecido	1					1
	Total	2					2
19, Socioculturalmente 00	Desfavorecido		1				1
	Total		1				1
21, Socioculturalmente 00	Desfavorecido				1		1
	Total				1		1
22, Socioculturalmente 00	Favorecido	2					2
	Total	2					2
23, Socioculturalmente 00	Desfavorecido	1					1
	Total	1					1

Sexo * profissão da mãe * Depressão Crosstabulation

unt

Depressão		Profissão da mãe					Total
		SECTOR PRIMÁRIO	SECTOR SECUNDÁRIO	SECTOR TERCEÁRIO	DOMÉSTICA	FALECIDO	
,00 0	Sexo Masculino			1	0		1
	Feminino			0	1		1
	Total			1	1		2
1,0 00	Sexo Masculino			1	1	0	2
	Feminino			0	1	1	2
	Total			1	2	1	4
2,0 00	Sexo Masculino		1	1	2		4
	Feminino		0	0	2		2
	Total		1	1	4		6
3,0 00	Sexo Masculino	1		3	0		4
	Feminino	0		3	1		4
	Total	1		6	1		8
4,0 00	Sexo Masculino	0	1	1	2		4
	Feminino	1	0	0	3		4
	Total	1	1	1	5		8
5,0 00	Sexo Masculino	0	0	1	2		3
	Feminino	0	1	0	2		3
	5	1	0	0	0		1
	Total	1	1	1	4		7
6,0 00	Sexo Masculino	0	2	0	2		4
	Feminino	1	1	1	1		4
	Total	1	3	1	3		8
7,0 00	Sexo Masculino	1			2		3
	Total	1			2		3
8,0 00	Sexo 10	1		0			1
	Feminino	0		2			2
	Total	1		2			3
9,0 00	Sexo Masculino		0	0	3		3
	Feminino		1	1	1		3

	Total		1	1	4	6
10,000	Masculino			0	1	1
	Feminino			1	0	1
	7			0	1	1
	Total			1	2	3
11,000	Feminino		1			1
	Total		1			1
14,000	Masculino				1	1
	Total				1	1

Socioculturalmente * idade Crosstabulation

Count							
		idade					
		11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	Total
Socioculturalmente	Favorecido	15	14	1	0	0	30
	Desfavorecido	6	11	5	6	2	30
	Total	21	25	6	6	2	60

Socioculturalmente * ano escolaridade Crosstabulation

Count					
		anoescol			
		5º ANO	6º ANO	6,00	Total
Socioculturalmente	Favorecido	15	15	0	30
	Desfavorecido	10	18	2	30
	Total	25	33	2	60

Socioculturalmente * profpai Crosstabulation

Count						
		profpai				
		SECTOR PRIMÁRIO	SECTOR SECUNDÁRIO	SECTOR TERCEÁRIO	FALECIDO	Total
Socioculturalmente	Favorecido	0	11	19	0	30
	Desfavorecido	24	2	0	4	30
	Total	24	13	19	4	60

Socioculturalmente * Ansiedade Crosstabulation

Count									
		Ansiedade							
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00
Socioculturalmente	Favorecido	3	1	4	5	11	1	4	
	Desfavorecido	0	3	4	5	10	3	4	
	Total	3	4	8	10	21	4	8	

Socioculturalmente * Sucesso Escolar Crosstabulation

Count				
		Sucesso Escolar		
		SIM	NAO	Total
Socioculturalmente	Favorecido	29	1	30
	Desfavorecido	14	16	30
	Total	43	17	60

Socioculturalmente * prof mae Crosstabulation

Count							
		Prof mae					
		SECTOR PRIMÁRIO	SECTOR SECUNDÁRIO	SECTOR TERCEÁRIO	DOMÉSTICA	FALECIDO	Total
Sociocult	Favorecido	0	8	16	5	1	30
uralment	Desfavorecido	6	0	0	24	0	30
e	Total	6	8	16	29	1	60

Sexo * ano escol Crosstabulation

Count					
		anoescol			
		5º ANO	6º ANO	6,00	Total
Sexo	Masculino	12	17	1	30
	10	0	1	0	1
	Feminino	13	13	1	27
	5	0	1	0	1
	7	0	1	0	1
	Total	25	33	2	60

Sexo * Ansiedade Crosstabulation

Count										
		Ansiedade								
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	Total
Sex	Masculino	2	3	6	3	11	2	3	0	30
	10	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Feminino	1	1	1	7	8	2	5	2	27
	5	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	7	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Total	3	4	8	10	21	4	8	2	60

Sexo * profissão pai Crosstabulation

Count						
		Profissão pai				
		SECTOR PRIMÁRIO	SECTOR SECUNDÁRIO	SECTOR TERCEÁRIO	FALECIDO	Total
Sexo	Masculino	13	4	11	2	30
	10	1	0	0	0	1
	Feminino	9	9	8	1	27
	5	0	0	0	1	1
	7	1	0	0	0	1
	Total	24	13	19	4	60

Sexo * Sucesso Escolar Crosstabulation

Count				
		Sucesso Escolar		
		SIM	NAO	Total
Sexo	Masculino	19	11	30
	10	1	0	1
	Feminino	21	6	27
	5	1	0	1
	7	1	0	1
	Total	43	17	60

Sexo * profissão da mãe Crosstabulation

Count							
		Prof. mãe					
		SECTOR PRIMÁRIO	SECTOR SECUNDÁRIO	SECTOR TERCEÁRIO	DOMÉSTICA	FALECIDO	Total
Sexo	Masculino	2	4	8	16	0	30
	10	1	0	0	0	0	1
	Feminino	2	4	8	12	1	27
	5	1	0	0	0	0	1
	7	0	0	0	1	0	1
	Total	6	8	16	29	1	60

Depressão * Sucesso Escolar Crosstabulation

Count					
		Sucesso Escolar			
		SIM	NAO	Total	
Depressão	,000	2	0	2	
	1,000	3	1	4	
	2,000	5	1	6	
	3,000	7	1	8	
	4,000	4	4	8	
	5,000	5	2	7	
	6,000	5	3	8	
	7,000	2	1	3	
	8,000	3	0	3	
	9,000	4	2	6	
	10,000	2	1	3	
	11,000	1	0	1	
	14,000	0	1	1	
	Total	43	17	60	

Ansiedade * ano escolaridade Crosstabulation

Count					
		Ano escolaridade			
		5º ANO	6º ANO	6,00	Total
Ansiedade	,00	0	3	0	3
	1,00	3	0	1	4
	2,00	3	5	0	8
	3,00	4	6	0	10
	4,00	7	14	0	21
	5,00	2	1	1	4
	6,00	5	3	0	8
	7,00	1	1	0	2

Ansiedade * ano escolaridade Crosstabulation

Count					
		Ano escolaridade			
		5º ANO	6º ANO	6,00	Total
Ansiedade	,00	0	3	0	3
	1,00	3	0	1	4
	2,00	3	5	0	8
	3,00	4	6	0	10
	4,00	7	14	0	21
	5,00	2	1	1	4
	6,00	5	3	0	8
	7,00	1	1	0	2
	Total	25	33	2	60

Agressividade * Sucesso Escolar Crosstabulation

Count		Sucesso Escolar		
		SIM	NAO	Total
Agressividade	,00	0	1	1
	1,00	1	0	1
	2,00	1	0	1
	3,00	3	0	3
	4,00	4	1	5
	5,00	4	1	5
	6,00	1	1	2
	7,00	4	3	7
	8,00	5	2	7
	9,00	2	1	3
	10,00	2	0	2
	11,00	1	1	2
	12,00	2	1	3
	13,00	2	2	4
	14,00	4	1	5
	15,00	2	0	2
	16,00	2	0	2
	19,00	0	1	1
	21,00	0	1	1
	22,00	2	0	2
	23,00	1	0	1
	Total	43	17	60