



ELLEN CÁSSIA MARABÁ CARVALHO

**EFICÁCIA DA TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)
NO COMPORTAMENTO ANSIOSO NO TRÂNSITO: UM ESTUDO DE
CASO**

**Sinop/MT
2020**

ELLEN CÁSSIA MARABÁ CARVALHO

**EFICÁCIA DA TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)
NO COMPORTAMENTO ANSIOSO NO TRÂNSITO: UM ESTUDO DE
CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Sinop - UNIFASIPE, como requisito parcial para aprovação no 10º semestre Psicologia.

Orientador: Esp. Cleoni Carmen Regauer.

**Sinop/MT
2020**

ELLEN CÁSSIA MARABÁ CARVALHO

**EFICÁCIA DA TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)
NO COMPORTAMENTO ANSIOSO NO TRÂNSITO: UM ESTUDO DE
CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Psicologia - UNIFASIPE, Faculdade de Sinop, como requisito parcial para aprovação no 10º semestre de Psicologia.

Aprovado em 01 de dezembro de 2020.

Esp. Cleoni Carmen Regauer
Professor Orientador
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

Esp. Carla Florido Bertocco
Professor Avaliador
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

Esp. Ana Flavia Sousa Silva
Professora Avaliadora
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

Esp. Ana Paula Pereira César
Coordenadora do Curso de Psicologia
UNIFASIPE - Faculdade de Sinop

DEDICATÓRIA

À minha filha Nicolly Roberta Marabá Fistarol, a maior incentivadora e merecedora desta realização, sempre foi e sempre será por ela.

À minha família, em especial minha mãe, por sempre acompanhar e apoiar toda essa jornada, por sempre motivar a continuar. Esta vitória é nossa!

AGRADECIMENTOS

É chegado o momento de reflexão e de agradecimento a quem fez parte de cada linha e cada pensamento expressado neste trabalho. Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo presente que é viver, por permitir que as lutas e cansaços não tirem o brilho da minha vida, e por consentir esse longo caminho da evolução como ser humano.

À minha família, meus pais e meu irmão, que sempre me estimularam a ir mais longe, foram dias difíceis, mas sempre tive o suporte que precisava, em especial desse ser maravilhoso que é o meu irmão; ele sempre me encorajou com as mais belas palavras. Amo vocês!

Ao Clayton Cruz, pessoa maravilhosa que a vida me deu, obrigada por todo o suporte na realização desse sonho! Sempre me deu forças e incentivo para prosseguir, mesmo que muitas vezes eu tivesse vontade de desistir, você sempre esteve ali. De forma alguma eu poderia deixar você de fora disso, pois o mérito também é seu. Aguentou minhas crises, meus choros, meus momentos de escuridão.

Gratidão eterna aos preciosos amigos que fizeram e ainda fazem a diferença em minha vida. Especialmente à Quésia Maihéle, pelo suporte e amizade; também às queridas, Deise, Sandra, Maiara, Taís, Roseli, Ana Maria, Francisca e Milena, e a tantos outros colegas de turma que, de certa forma, fizeram esse momento ser ainda mais especial.

Agradeço à minha professora orientadora Cleoni Carmen Regauer, pela paciência e contribuição para a finalização deste projeto. Meus professores e mestres do curso de Psicologia, por contribuírem através de seus ensinamentos, e assim me ajudarem na conclusão deste trabalho.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte dessa etapa decisiva em minha vida. O fim de um ciclo e o início de outro. Gratidão!

“As crenças que temos sobre nós mesmos, sobre o mundo e sobre o futuro, determinam o modo como nos sentimos: o que e como as pessoas pensam afeta profundamente o seu bem-estar emocional...”

(Beck e Kuyken)

RESUMO

A presente formulação científica teve como principal objetivo conhecer a eficácia da teoria cognitivo-comportamental (TCC) na pessoa que sente medo de dirigir, ansiedade e fobia de direção e outros problemas psicológicos que causam a esquiva do trânsito. Os benefícios da TCC destinam-se a mudar cognições e comportamentos. A psicoterapia cognitivo-comportamental tem maior eficácia em indivíduos que possuem medo, ansiedade e fobia de direção; suas técnicas tendem a ser específicas, rápidas e conscientes. Para que tal estudo se desenvolvesse, a pesquisa foi estruturada por meio do método de natureza básica, na abordagem qualitativa, sob o ponto de vista explicativo; utilizou o método de pesquisa bibliográfica, no qual buscou referências que apontassem a atuação do psicólogo na abordagem teórica da TCC, que tem Aaron T. Beck como precursor. Comtemplou-se uma discussão delineada por estudo de caso único, através de uma entrevista com perguntas semiestruturadas abertas e aplicação de anamnese a fim de compreender o processo de superação juntamente com a psicoterapia. As ideias fundamentais foram discutidas a partir do relato de uma mulher que tem medo de dirigir. O estudo também contou com conceitos de renomados autores que tratam do assunto, os quais contribuíram significativamente para a formulação deste trabalho. A partir da entrevista individual, a análise de conteúdo teve cinco questões norteadoras, a saber: a história sobre o medo de dirigir; as dificuldades enfrentadas; os sentimentos envolvidos nesse medo; a ansiedade no trânsito; e o atendimento psicoterápico. Os resultados da análise dos conteúdos do relato levaram à constatação de que a participante conseguiu, durante as sessões psicoterápicas, uma melhora expressiva por meio do aprendizado de técnicas de relaxamento e respiração, entre outras. Dessa forma, foi possível reconhecer que o atendimento do psicólogo é extremamente importante, uma vez que a participante da pesquisa obteve mudanças adaptativas para a redução dos sintomas diante do veículo e um ganho satisfatório de autonomia. A pesquisa demonstrou que ainda há muito o que explorar em relação ao tema abordado, ressaltando a importância de trabalhos posteriores, a fim de expandir estudos que façam referência a pessoas com medo de dirigir e o trabalho psicoterápico da TCC nesses casos.

Palavras-chave: Ansiedade. Medo de dirigir. Teoria cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

The present scientific formulation had as main objective to know the effectiveness of the cognitive-behavioral theory (CBT) in the person who is afraid of driving, anxiety and phobia of driving and other psychological problems that cause the avoidance of traffic. The benefits of CBT are intended to change cognitions and behaviors. Cognitive-behavioral psychotherapy is most effective in individuals who have fear, anxiety and driving phobia; their techniques tend to be specific, quick and aware. In order for such a study to develop, the research was structured using the basic nature method, in the qualitative approach, from an explanatory point of view; it was used the bibliographic research method, in which it was sought references that pointed out the psychologist's performance in the theoretical approach of CBT, which has Aaron T. Beck as a precursor. It was outlined a discussion by a single case study, through an interview with open semi-structured questions and application of anamnesis in order to understand the process of overcoming together with psychotherapy. The fundamental ideas were discussed from the report of a woman who is afraid to drive. The study also had concepts from renowned authors who deal with the subject, which contributed significantly to the formulation of this paper. From the individual interview, the content analysis had five guiding questions, namely: the story about the fear of driving; the difficulties faced; the feelings involved in that fear; traffic anxiety; and psychotherapeutic care. The results of the analysis of the contents of the report led to the observation that the participant achieved, during the psychotherapeutic sessions, a significant improvement through the learning of relaxation and breathing techniques, among others. Thus, it was possible to recognize that the psychologist's care is extremely important, since the research participant obtained adaptive changes to reduce the symptoms before the vehicle and a satisfactory gain in autonomy. The research showed that there is still a lot to explore in relation to the topic addressed, emphasizing the importance of further work, in order to expand studies that make reference to people afraid to drive and the psychotherapy work of CBT in these cases.

Keywords: Anxiety. Fear of driving. Cognitive-behavioral theory.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Justificativa	11
1.2 Problematização	11
1.3 Objetivos	12
1.3.1 Objetivo Geral	12
1.3.2 Objetivos Específicos	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Psicologia como ciência do Comportamento	13
2.2 Comportamento humano: os papéis de gênero no trânsito	16
2.3 Transtornos ansiosos no trânsito: medo de dirigir	22
2.4 Psicologia do Trânsito	27
2.5 A Terapia Cognitivo-comportamental: uma proposta terapêutica	30
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	36
3.1 Tipo de pesquisa	36
3.2 População e amostra	37
3.3 Coleta de dados	38
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	40
4.1 O medo de dirigir: “me sentia um nada...”	40
4.2 Dificuldades enfrentadas: “sabia que não ia conseguir...”	42
4.3 Sentimentos vivenciados: “um medo desesperador...”	43
4.4 Ansiedade no trânsito: “me faltava o ar...”	44
4.5 Atendimento Psicoterápico: “um grande alívio...”	45
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXO	56
APÊNDICES	63
APÊNDICE A	64
APÊNDICE B	66

1. INTRODUÇÃO

O tema “Eficácia da teoria cognitivo-comportamental (TCC) no comportamento ansioso no trânsito: um estudo de caso” surgiu a partir de algumas leituras sobre pessoas que não dirigem por medo patológico, sentem-se inseguras, incapazes e impotentes; o interesse foi de investigar as vivências de pessoas que possuem ansiedade no trânsito. Pois, “sempre que o medo está presente, a ansiedade se revela em plenitude, seja em evidentes sinais físicos, seja em sintomas psíquicos. A ansiedade é uma sensação de receio e de apreensão, sem causa evidente, uma perturbação de espírito causada pela incerteza” (SOUSA, 2018, p.8). Sabe-se que o trânsito é um mundo que engloba várias personalidades, abrange aspectos biológicos, psicológicos, somáticos e sociais, especialmente para a mulher em virtude da cultura brasileira.

O presente trabalho traz um novo olhar para pessoas que sentem ansiedade e desenvolvem medo patológico no ato de dirigir. É claro que, cada indivíduo tem suas peculiaridades, são motivos inatos ou não, que os fazem evitar o volante. E para entender de fato, como essas pessoas poderiam ser ajudadas, e superar esse medo e ter uma qualidade de vida melhor, surgiu a questão problema, como a técnica cognitivo-comportamental pode auxiliar pessoas que sentem medo de dirigir? A pesquisa tem o objetivo geral de conhecer a eficácia das técnicas da teoria cognitivo-comportamental em pessoas com medo de dirigir, e os específicos de realizar um estudo teórico sobre a psicologia do trânsito, discutir transtornos ansiosos e evidenciar a psicoterapia em consonância com a teoria cognitivo-comportamental.

Ao longo do trabalho, discorreu-se sobre o medo de dirigir e as dificuldades encontradas para o enfrentamento dos sentimentos envolvidos, observando que as vivências proporcionam um comportamento ansioso e dependente, sem nenhuma qualidade de vida nesse quesito. De fato, o estudo teve interesse de alcançar pessoas que emocionalmente sentem-se ansiosas para realizar rotinas como o ato de ir e vir no trânsito, que nesse processo acabam evitando a direção. A eficácia da terapia cognitivo-comportamental para esses casos é evidenciada neste estudo, pois permite um autoconhecimento e favorece o autocontrole da ansiedade.

Dirigir e estar no trânsito não é uma tarefa simples, pois algumas pessoas têm seu estado emocional alterado por ele, por exemplo, uma pessoa calma fica extremamente nervosa, tornando-se vulnerável a diversas situações críticas que incomodam. O medo eleva

as condições físicas, mentais e sociais que resulta em preocupação, um sentimento do perigo real; a apreensão, por sua vez, tem uma menor intensidade que o medo.

A ansiedade exagerada produz a alteração na saúde mental, provoca falta de controle dos sentidos, dos pensamentos. Essa experiência produz alto grau de medo e ansiedade, que impactam a própria existência em relações às capacidades mentais, físicas e sociais do indivíduo. O trânsito é um ambiente que produz uma sociedade ansiosa, esse espaço público traz conflitos de interesses físicos, que se refere à rivalidade pelo espaço, e políticos que refletem nas pessoas que utilizam as vias, que as tornam cada vez mais perigosas para usuários (FERREIRA,2017).

Este trabalho evidenciou a teoria cognitiva-comportamental (TCC), como abordagem teórica de Aaron T. Beck, que foi o primeiro pesquisador a desenvolver completamente teorias e métodos para aplicar as intervenções cognitivas e comportamentais a transtornos emocionais. É importante destacar que as crenças enraizadas podem ser um grande aliado a pessoas totalmente inseguras em atividades da rotina. O autor menciona que as crenças centrais ou nucleares são ampliadas na infância através das interações do indivíduo com outras pessoas significativas e da vivência de muitas ocasiões que fortaleçam essa ideia. As crenças centrais podem ser incluídas ao próprio indivíduo, às outras pessoas ou ao mundo, ou seja, a maneira como os indivíduos percebem a si mesmos, aos outros e ao mundo, sendo esta percepção chamada de tríade cognitiva (BECK; ALFORD,2000).

Aaron T. Beck recorreu à teoria de muitos pensadores da antiguidade, como Epíteto, um dos primeiros filósofos, como base para explicar e dar ênfase a seus estudos e dos neoanalistas Alfred Adler, Karen Horney, Otto Rank e Harry Sullivan, que deram muita ênfase em entender e lidar com as experiências conscientes dos pacientes, e a necessidade de tratar os significados que os pacientes atribuem a situações que aconteceram em suas vidas (BECK, J., 2014). A teoria cognitiva foca nos processos intrapsíquicos (legado da teoria psicanalítica, porém as técnicas são mais semelhantes à terapia comportamental) e não no comportamento observável como na teoria comportamental (BECK; KNAPP, 2008).

A referida abordagem, de fato, respondeu ao questionamento da pesquisa; foi possível conhecer a sua eficácia diante do relato do estudo de caso único de uma mulher de 30 anos, com três filhos, morando na cidade de Sinop-MT, totalmente dependente de terceiros para se locomover na cidade.

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa com o objetivo de conhecer a eficácia das técnicas da teoria cognitivo-comportamental na pessoa com medo de dirigir. Utilizou-se o referencial teórico, apresentado no capítulo 2 deste trabalho, para a interpretação

e análise dos dados, obtidos através da aplicação de uma entrevista com perguntas semiestruturadas abertas e aplicação de anamnese. A metodologia utilizada e os resultados de análise da pesquisa estão dispostos nos capítulos 3 e 4, respectivamente.

Assim, foi possível trazer a reflexão sobre a experiência vivida diante do medo de dirigir e a evolução da participante deste estudo de modo satisfatório, ressaltando a importância da prática do profissional de psicologia e a possibilidade de outros indivíduos buscarem ajuda terapêutica para superar seus medos.

1.1 Problematização

O trânsito gera questões emocionais configuradas no meio ambiente, que influencia o impacto na qualidade de vida de cada condutor. O medo pode estar relacionado à cultura, mas também ao aumento de psicopatologias no trânsito, uma vez que as leis não trazem a proteção necessária para assegurar a vida. Então, o estado de alerta prevalece, e essa emoção é sentida de forma exagerada ou mal direcionada. O medo ocorre por diversos motivos, desde a questão cultural até uma limitação pessoal através de crenças, baixa autoestima, dificuldade de enfrentamento, ansiedade, fobia específica, etc.

Diante de todo o contexto apresentado, torna-se importante o seguinte questionamento: Como a técnica cognitivo-comportamental pode auxiliar pessoas que sentem medo de dirigir?

1.2 Justificativa

O medo é um conjunto de reações comportamentais diante do estímulo que é interpretado como aversivo à integridade física; pode gerar prejuízos e complicações no decorrer da vida; e quando é desproporcional torna-se uma fobia. Com o aumento de pessoas e veículos o mundo sofre um impacto na mobilidade urbana, e ir e vir tornou-se preocupante por conta de congestionamentos e pessoas estressadas e sem paciência.

As causas dos acidentes fatais têm como fator predominante a falha humana, e o comportamento do motorista é a causa principal, seja homem ou mulher. Os homens são estimulados desde pequenos a ser agressivos e competitivos e isso muda o cenário de quem está ao volante, o homem gosta de revidar quando é afrontado, já a mulher costuma se responsabilizar pela direção defensiva.

Rozestraten (1981) afirma que o trânsito é um problema social em todos os sentidos, cruzamentos, pedestres, ciclistas etc. Com isso, a diversidade de cada postura, atitudes, gritos,

buzinas, aumenta a violência no trânsito, causando insegurança, medo, fobia, ansiedade, e aumentando comportamentos dependentes e ansiosos, com medo de errarem e serem julgados.

O objetivo deste trabalho foi elevar a importância das técnicas da TCC na pessoa ansiosa, enfatizar o trabalho essencial da Psicologia na superação do medo dirigir, sobretudo no que diz respeito a um maior entendimento dos processos internos em relação ansiedade no trânsito. Desse modo, as investigações científicas devem ser tomadas como uma forma de contribuição para a ampliação do conhecimento, especialmente no que diz respeito ansiedade no trânsito, visto que a população feminina brasileira é alvo de constante transtornos ansiosos no trânsito, essa preocupação é parte do trabalho dos profissionais que atuam na área da psicologia.

A pesquisa é uma ação indispensável na formação acadêmica, uma vez que ao ingressar no Ensino Superior, exige-se do graduando a produção do conhecimento, este se produz por meio da pesquisa. Entende-se então que adquirir conhecimento não é apenas saber sobre um objeto, mas ter a capacidade de utilizá-lo, extraindo assim, todos os recursos que ele possa oferecer para futuros acadêmicos, é através dela que o sujeito se constitui como pesquisador, além do desenvolvimento profissional.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Demonstrar a eficácia das técnicas da teoria cognitivo-comportamental em pessoas com medo de dirigir.

1.3.2 Objetivos específicos

- Realizar um estudo teórico sobre a Psicologia do Trânsito;
- Discutir transtornos ansiosos através do estudo de caso.
- Evidenciar a psicoterapia em consonância com a teoria cognitivo-comportamental para pacientes com ansiedade.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Com o propósito de apresentar conhecimentos sobre a ansiedade no trânsito, dentro da área de psicologia, sob o foco da terapia cognitivo-comportamental, na pessoa que sente insegurança ao volante, este capítulo aborda conhecimentos acerca do medo de dirigir e as intervenções da Psicologia no enfrentamento do problema.

2.1 Psicologia como ciência do Comportamento

O vocábulo Psicologia é de origem grega. Psico significa alma e logia, estudo. Foi usado pela primeira vez por Felipe Melanchthon em suas aulas na Universidade de Wittenberg, na Alemanha, em 1550. Goclênio tornou-o de uso corrente a partir de 1600, utilizando-o para designar um conjunto de conhecimentos sobre alma e suas manifestações. Até então, os estudos sobre a alma, a consciência, a conduta e a personalidade do homem pertenciam à filosofia. As explicações sobre o pensar, o sentir e o agir eram dadas pelos filósofos (BOCK, 2009).

Segundo Bock, Furtado e Teixeira (2001, p. 150), “a psicologia, como ciência humana, permitiu-nos ter um conhecimento sobre o homem, sabemos de suas emoções, seus sentimentos, seus comportamentos, seu desenvolvimento e suas formas de aprender”, e assim a psicologia possibilita identificar as preocupações, experiências, apreensões e satisfações do homem.

Muitos foram os cientistas que procuraram fazer da Psicologia uma ciência com objeto definido, métodos e leis. Verdade, porém, é que foi Wilhelm Wundt (1832-1920), doutorado em 1856 e professor em Heidelberg, quem colocou o marco inicial da Psicologia moderna, ou realmente científica. Fez estudos sobre as sensações e percepções, tendo por pacientes seus alunos. Em 1879, criou o primeiro laboratório de Psicologia no mundo. Para Wundt, o objeto da psicologia são os fatos da consciência, como as sensações, as percepções às lembranças e as associações de idéias. A partir de suas pesquisas surgiram muitas investigações, não apenas sobre a consciência, mas também sobre o comportamento. É considerado o pai da Psicologia, trabalhou muito para torná-la uma disciplina (DORIN, 1987).

Muitos séculos depois do grande sábio estagirita, René Descartes (1596-1650) admite que as relações humanas são reflexas, são respostas a estímulos. Descartes, porém,

achava que o homem se distinguiria dos animais inferiores por possuir inteligência, substância colocada na glândula epífise por Deus. Ele era nativista, isto é, achava que as ideias eram inatas. Depois de Descartes, duas correntes surgiram na filosofia: os mecanicistas, para os quais eram mais significativas as reações do homem aos estímulos ambientais; e os racionalistas, para os quais o corpo era uma “máquina” comandada pela alma (DORIN, 1987).

A Psicologia já existia antes da era cristã, os gregos eram os povos mais evoluídos e preocupavam-se com a alma e a razão humana. Os avanços permitiram a diversos filósofos pré-socráticos discutir em teorias distintas sobre a relação do homem e o mundo, sobre sentimentos e percepções. Porém, somente Sócrates (469-399 a.C.), postulou que a principal característica que diferenciava o homem dos animais, era a razão. Para ele o homem deveria se conhecer para assim poder conhecer o comportamento de outras pessoas. (BOCK, 2009).

Dessa forma, Platão queria encontrar uma definição do local exato onde está situada a alma humana e foi ele quem sugeriu que a alma era algo diferente, separada do corpo e segundo ele, quando houvesse a morte de uma pessoa, seu corpo pereceria, porém, a alma ficaria livre para ocupar outro corpo, ele preocupou-se mais com o problema da origem das ideias. Supunha que os homens nasciam com ideias e que o ambiente apenas as despertava durante o desenvolvimento. Para ele a alma teria uma função racional no cérebro, uma afetiva no coração e uma instintiva nas entranhas.

Entretanto, Aristóteles (384-322 a. C) definiu que corpo e alma não podem ser separados, pois para ele, a psique seria o princípio ativo da vida, e afirma ainda, que qualquer ser vivo possui alma, tanto plantas, quanto animais. Coube a ele as primeiras investigações mais seguras sobre a consciência e a conduta do homem, elaborou leis acerca dos fenômenos mentais e compreendeu a interrelação entre o organismo e o ambiente. Para ele, nada haveria no cérebro que não houvesse passado pelos órgãos de sentido (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008).

Foram os filósofos gregos os primeiros a estudarem exaustivamente as atividades do homem. Boa parte deles entendia ser a conduta humana produto de manifestações da alma. Já no período do Império romano e a Idade Média, Santo Agostinho compactuava do mesmo pensamento de Platão, no que se refere à questão de a alma ser separada do corpo. Para ele, a alma era uma prova da manifestação de Deus, e não somente relacionada à razão (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008).

Além disso, também neste contexto, São Tomás de Aquino, trouxe sua composição nesta época, baseado em Aristóteles, porém, diferindo dele em alguns aspectos, por ter acreditado que o homem durante sua busca pela perfeição, busca tão somente a Deus, no

período do Renascimento, após as navegações e grandes descobertas, o filósofo René Descartes (1596- 1659), postulou que realmente há a separação do corpo e alma, e que o corpo sem a alma, seria apenas semelhante a uma máquina. O corpo era considerado algo sagrado pelas Igrejas, pois conforme pregavam, o corpo é o que abriga a alma (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008).

Em meados do século XIX ocorreu a inserção da Psicologia como Ciência, sendo que neste período as questões antes estudadas pelos filósofos, também entram no campo de pesquisa da Fisiologia e da Neurofisiologia. Então, a psicologia teve sua estrutura formada com o Funcionalismo de Willian James (1842-1927), o Estruturalismo, de Edward Titchener (1867- 1927), e o Associacionismo, de Edward L. Thorndike (1874-1949). Logo vieram as linhas teóricas através de seus representantes e criadores principais, como a Psicanálise, com Sigmund Freud, o Behaviorismo, com Watson, e a Gestalt, que nasceu na Europa, a qual teve como seu representante Edmund Husserl (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2009).

A Psicologia observa interações de organismos vistos como inteiro, no seu meio ambiente. Estende-se fundamentalmente do homem, ainda que para compreendê-lo muitas vezes tenha que “recorrer ao estudo do comportamento de outras espécies animais” (TODOROV, 2007, p. 60). Neste sentido o papel do psicólogo é “promover saúde, acolher o indivíduo na sua intimidade mais profunda e, através desse acolhimento, fazer o indivíduo moldar seus problemas e conseguir modificar os seus comportamentos”, utilizando-se de ferramentas adequadas e técnicas para interpretações e intervenções (MARTIN-BARÓ, 1997, p. 12).

A Psicologia, como ciência, é jovem, mas os problemas tratados por ela são bem velhos. Isto pode ser observado quando se analisa o nosso folclore, que está repleto de ensinamentos psicológicos: “é errando que se aprende”, “mais vale a prática que a gramática”, “você pode levar um cavalo á água, mas não pode obrigá-lo a bebê-la”, “cachorro que muito late não morde”, “galinha que muito cisca, não bota” (DORIN, 1987).

Além disso, no Brasil, a Psicologia é considerada como uma ciência recente. Teve sua regulamentação através da Lei nº 4.119, do ano de 1962, conforme CFP Conselho Federal de Psicologia. Seu surgimento foi muito importante, pois contribuiu para a modernização do país. Ela trouxe consigo grandiosíssimas contribuições, por exemplo, os testes psicológicos, que foram desenvolvidos a partir da Segunda Guerra Mundial, e que posteriormente foram usados nos campos escolares, industriais e organizacionais em geral. Até hoje estes testes só são possíveis de serem aplicados por psicólogos, obedecendo critérios específicos delineados na resolução CFP N.º 25/2001.

Os problemas da Psicologia não são exclusivos dos psicólogos. Eles interessam a todas as pessoas. Por exemplo: A mãe que deseja saber o porquê da gagueira do filho; o pai que precisa certificar-se se o filho é retardado mental; o técnico de uma equipe, que necessita conhecer a personalidade de cada atleta; o diretor de uma escola, que sente a necessidade de melhor orientar professores, funcionários e estudantes. Enfim, onde se encontra o homem está presente a Psicologia, procurando descrever prever e controlar a sua conduta (DORIN, 1987).

Assim, o psicólogo, em seu trabalho, utiliza o conhecimento científico na intervenção técnica. A Psicologia dispõe de técnicas e de instrumentos apropriados e cientificamente elaborados, que lhe possibilitam diagnosticar os problemas; possui, também, um modelo de interpretação e de intervenção (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA 2001).

O psicólogo é apoiado nas diretrizes com que irá realizar a terapia, tanto individual quanto em grupo, e o sujeito iniciará um processo de “aceitação, propiciando mudanças em si mesmo, em relação aos outros e ao ambiente em que vive” (MIRANDA; SANCHES, 1990, p. 5). O psicólogo trabalhará “visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência crueldade e opressão” (BRASIL, 2005, p. 7).

2.2 Comportamento humano: os papéis de gênero no trânsito

O comportamento, para a Psicologia, surgiu com o termo Behaviorismo, utilizado pelo americano John B. Watson em um artigo publicado em 1913, que apresentava o título “Psicologia: como os behavioristas a veem.” O termo inglês *behavior* significa “comportamento”, por isso, para denominar essa tendência teórica, usa-se o termo Behaviorismo, além de Comportamentalismo, Teoria Comportamental, Análise Experimental do Comportamento e Análise do Comportamento. (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001, p. 58).

Watson defendia uma perspectiva funcionalista para a Psicologia, a de que o comportamento deveria ser estudado como função de certas variáveis do meio. Para ele, os estímulos do ser humano eram estabelecidos conforme as suas vivências no meio ao qual estavam inseridos, que cada indivíduo se comporta e se ajusta devido às respostas que o meio lhe oferece.

Hoje, se entende Behaviorismo como o estudo das interações entre o indivíduo e o ambiente, isto é, entre as ações do indivíduo (respostas) e o ambiente (estimulações). Esses novos termos inseridos – respostas e estimulações – são apontados devido a duas razões:

Razão Metodológica – deve-se ao fato de que os analistas experimentais do comportamento tomaram como modo preferencial de investigação o método experimental e analítico. Com isso, os experimentadores sentiam a necessidade de dividir o objeto de estudo para efeito de investigação, chegando às unidades de análise. Razão Histórica – Refere-se aos termos escolhidos e popularizados, que foram mantidos posteriormente por outros estudiosos do comportamento, devido ao seu uso generalizado (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001, p. 58).

O comportamento, como motivo da Psicologia, dava a esta ciência a aparência que os psicólogos da época vinham buscando, um objeto observável, mensurável, cujos experimentos poderiam ser reproduzidos em diferentes condições e sujeitos. Assim sendo, entende-se que o ser humano acaba por se tornar um produto de variados comportamentos que estão arraigados em si mesmo e no meio em que está inserido.

Não basta tratar de comportamento e não dizer sobre a saúde mental, pois, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase definir saúde mental de uma forma completa.

Saúde mental é o estado de funcionamento harmônico que as pessoas desenvolvem e mantêm para viver em sociedade, em constante interação com seu semelhante e meio ambiente, valendo-se de sua capacidade e possibilidades. Dentro das vias públicas o indivíduo provoca mudanças, pela diversidade cultural familiar as pessoas tendem a não reconhecer as limitações das outras (STEFANELLI *et al.*, 2011).

Considerando-se que a dualidade entre mente e corpo é um modo precário e parcial de compreender a complexidade humana, é possível afirmar que a saúde mental é uma dimensão indissociável dos cuidados em saúde (SOARES; BUENO, 2011). E, em todos os sentidos, o indivíduo deve promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e se restringindo aos seus deveres. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida (BRASIL, 2013).

O Código de Trânsito Brasileiro (CTB ,2009) caracteriza o trânsito como “a utilização das vias por pessoas, veículos e animais, isolados ou em grupos, conduzidos ou não, para fins de circulação, parada, estacionamento e operação de carga ou descarga”. O CTB foi criado para normatizar o trânsito, direcionando pedestres, passageiros e motoristas. Dessa forma, justifica-se conceitos, na dignidade pela vida, pela segurança nesse ambiente, proteção e cautela no meio ambiente. De acordo com o art. 1º, § 1º do Código de Trânsito

Brasileiro, a Legislação de Trânsito no Brasil é formada pela Lei nº 9.503/97 – Código de Trânsito Brasileiro – CTB, e por um conjunto de Resoluções, Portarias, Decretos e Normatizações complementares (CTB, 2009).

O trânsito é uma disputa pelo espaço físico, que reflete uma disputa pelo tempo e pelo acesso aos equipamentos urbanos, é uma negociação permanente do espaço, coletiva e conflituosa. E essa negociação, dadas às características de nossa sociedade, não se dá entre pessoas iguais: a disputa pelo espaço tem uma base ideológica e política; depende de como as pessoas se vem na sociedade e de seu acesso real ao poder (VASCONCELOS, 2005, p. 25)

No século 15, ainda no período da renascença o pintor e inventor italiano Leonardo da Vinci projetou um triciclo movido a corda, como um relógio. Três séculos depois o carro ganhou vida com Nicolas-Joseph Cugnot, um engenheiro francês que criou uma carruagem a vapor em 1769; somente em 1800 começou a circular ônibus a vapor. Com o aumento da população, e da movimentação de carros e pedestres, o ambiente urbano tornou-se um mundo perigoso, e isso se reflete até os dias de hoje, sendo o maior índice de mortalidade relacionado ao trânsito. Talvez pelo planejamento das estruturas das cidades, as ruas, a falta de sinalização e porque não dizer as multas que deveriam ser aplicadas e controladas com exatidão (GODINHO, 2011).

O planejamento errôneo das cidades, com as ruas que conduzem o tráfego da periferia para um cruzamento central ou praça existe desde o Império Romano. As dificuldades reduziram na alta Idade Média com o declínio comercial, mas reapareceram com o desenvolvimento das cidades medievais. A manutenção das estradas e ruas, e a segurança de cidadãos e viajantes eram, então, mais importantes que o controle do tráfego. A aparição do automóvel, com sua velocidade nunca vista, impôs nova abordagem ao problema do trânsito. O número crescente de automóveis criou uma situação inédita de crise, que perdura e constitui uma das características da sociedade industrial. Contudo, nenhum esforço sério foi feito antes do século XX para o controle efetivo do tráfego de veículos nas grandes cidades do mundo e torna-se, desse modo, um transtorno para o homem viver nas cidades (SOUSA, 2018, p. 10).

O Brasil está “entre os países recordistas de acidentes de trânsito. As incalculáveis vidas que se perdem a cada ano mostram que é preciso tornar as leis mais acessíveis à população que, ao conhecê-las, poderá fazer sua parte para melhorar a segurança nas ruas e estradas” (SOUSA, 2018, p. 10).

O trânsito traz um contexto importante regente aos papéis de gênero, pois é um sistema que “num tempo e num espaço requer um olhar que permita conhecer e avaliar a dimensão das mudanças e transformações sociais vividas num momento histórico bem como a construção de novos padrões de conduta normativos” (ALMEIDA et al., 2005, p. 4).

Almeida et al. (2005, p. 1) argumenta que a diferença de percepções entre os gêneros, que são vivenciados a partir de atitudes e crenças distintas. O “sexo refere-se, exclusivamente, ao aspecto biológico e anatômico, que determina se o ser humano é um homem ou uma mulher e, em caso mais raro, hermafrodita”.

Essa construção de homem e mulher define, historicamente e culturalmente, o seu desenvolvimento enquanto indivíduos, isto é, não é somente o significado de cada gênero que define os papéis de cada um, mas personalidade, comportamento ou aparência física (ALVES, 2000).

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2000), as “discussões atuais sinalizam a urgente necessidade de a Psicologia responder à problemática gerada pelo fenômeno trânsito. Enquanto fenômeno que se dá nas vias públicas e envolve o ir e vir de pessoas tais como o pedestre, motorista, ciclista e motociclista” ele não deve ser apenas um estudo científico para determinar suas ações no trânsito.

O tema dos papéis de gênero em nossa sociedade ocidental industrializada está diretamente vinculado à socialização de gênero e às crenças e atitudes sobre as relações no trânsito, já que o gênero atua como determinante fundamental do *status* na hierarquia social, levando a certas formas de viver de homens e mulheres e os papéis que cada um deve assumir em função das demandas sociais (ALMEIDA et al, 2005, p. 3).

É sabido que não somente no trânsito, mas também na sociedade histórica existe a mudança constante nos padrões de desenvolvimento da produção, dos valores e das normas sociais. Desde que os homens começaram a produzir seus alimentos nas sociedades agrícolas, começaram a definir os papéis para os homens e para as mulheres, marcada pelo fato de poder gerar os filhos e amamentar, a mulher acaba ficando com a tarefa da criação, embora participasse do trabalho do cultivo e da criação de animais (ALVES, 2000).

A função de reprodutora da espécie, que cabe a mulher, favoreceu a sua subordinação, considerada mais frágil e incapaz para assumir a direção do grupo familiar. O homem, por seu porte físico e poder de mando, assumiu o controle dentro da sociedade como sendo o chefe da família. A sexualidade feminina foi sendo cada vez mais submetida aos interesses e caprichos masculinos, a mulher passou a ser “propriedade do homem” como forma de descendência, para poder perpetuar-se através dos tempos. Dessa forma, a mulher foi sendo restrita ao mundo doméstico, submissa ao homem (ALVES, 2000).

A partir do século XVIII e XIX, com a revolução industrial, a mulher começa a dividir as tarefas, que antes eram exclusivas do sexo masculino, passando a trabalhar nas indústrias com remuneração. Em épocas de crise a substituição (dos homens pelas mulheres)

era ainda maior, já que os salários femininos eram muito inferiores ao masculino. No século XIX, nasceu a luta por melhores condições de trabalho, igualdade de jornada e direito ao voto. Podemos dizer que o dia 24 de fevereiro de 1932 foi um marco na história da mulher brasileira. Nesta data, foi instituído o voto feminino. As mulheres conquistavam, depois de muitos anos de reivindicações e discussões, o direito de votar e serem eleitas para cargos no executivo e legislativo (ALVES, 2000).

Com tanta mudança no comportamento feminino, as conquistas obtidas ao longo dos tempos se estendem ao trânsito. Foi pensando nisso que, em 1885, a Senhora Bertha Benz, esposa de Karl Benz, conduziu o primeiro automóvel.

Considerada a “mãe” do automóvel, Bertha Benz foi a pessoa responsável pela sua popularização, além de ser o primeiro piloto de teste da história. Sem o conhecimento do marido, Karl Benz, Bertha pegou o Patent-Motorwagen Nº 3 e realizou a primeira viagem de longa distância em um veículo motorizado em 1888. Seu objetivo era comprovar a confiabilidade do veículo, um triciclo. Ela embarcou no modelo com os dois filhos e percorreu cerca de 104 km entre as cidades de Mannheim e Pforzheim. No caminho, ela enfrentou problemas, solucionando-os como pode. Bertha chegou a usar um prendedor de cabelo para desobstruir o tubo de combustível que entupiu. Ela também foi responsável por sugerir melhorias que foram adotadas no modelo, como o uso de uma terceira marcha após ter dificuldade para subir uma ladeira com o veículo de apenas duas marchas. Outra inovação atribuída à senhora Benz é a invenção da lona de freio. Com medo de que os freios não funcionassem corretamente nas descidas, ela os renovava frequentemente nas cidades por onde passava (RINALDI, 2015, p. 1).

Já no Brasil, a primeira mulher a tirar a habilitação para automóveis foi Rosa Helena Schorling, que também era piloto de avião e tornou-se a primeira paraquedista do país. Ela conquistou sua habilitação em 1932, em Vitória (ES). Schorling conseguiu ainda a habilitação para motos em 1933 (RINALDI, 2015).

Os hormônios presentes nas mulheres, chamado de estrogênio, consegue fazer com que elas possam mudar seu foco de atenção de um estímulo para outro com mais facilidade, o que melhora o desempenho em tarefas cotidianas como dirigir e ler, enquanto que nos homens o hormônio que age melhor, como na leitura de mapas e nos estacionamento, chama-se testosterona. Isso explica a dificuldade que as mulheres têm em estacionar, mas, por outro lado, tendem a dirigir com mais cuidado. Os homens gostam de correr riscos, das emoções de uma caçada, enquanto mulheres são mais cautelosas. Sendo assim, acidentes envolvendo mulheres ocorrem com menor frequência (RINALDI, 2015).

O comportamento da mulher nasce de uma concepção masculina, desde o princípio, a mulher é submissa aos homens, tem seus direitos e deveres inferiorizados na sociedade, e em qualquer situação que ela se encontre, a um certo nível é somente no papel que as

mulheres possuem tais deveres e direitos, na prática é totalmente diferente. Com o tempo e as mudanças e transformações do mundo, a mulher passou a ter voz, liberdade, igualdade e fraternidade (SOUSA, 2018).

A mulher que se limita, sente medo e fobias é provável que está culturalmente presa nas garras masculinas. Isto é, homens colocam a direção feminina como algo desnecessário, essa diferença alarmante existe nos dias atuais. As mulheres quebraram barreiras, a maioria vence o preconceito diário, já possuem cargos importantes, podem ler e lidar com seus esposos de forma igualitária, “a mulher que sente medos, fobias também sente a necessidade de romper com os padrões impostos e criar novos paradigmas, pautados em concepções mais humanizadas e vinculadas à modernização da sociedade” (SOUSA, 2018, p. 39).

As mulheres, nas últimas décadas, assumiram atividades que antigamente eram permitidas apenas para os homens, como o ato de dirigir. Este ganho trouxe liberdade, autonomia e independência para elas. Mas, para algumas mulheres não é uma tarefa fácil, e a maioria tem medo e dirigir por conta do preconceito (COUTINHO, 2018).

Homens e mulheres mesmo diferentes em sua anatomia e comportamentos, não é o gênero que definirá se será um bom ou um mau motorista. Com relação ao medo, este também não irá distinguir se é “Maria” ou “José”. Sabemos que homens também sofrem com o medo de dirigir, mas diferentes das mulheres, não exteriorizam o medo, a maioria por vergonha pela criação machista, apesar de camuflada, ainda acontecendo nos dias de hoje. Saber enfrentar o medo não é tarefa fácil seja ele qual for ainda mais quando se está dirigindo uma arma como o carro (SOUSA, 2018, p. 39).

Conforme Coutinho (2018), ainda é normal escutar que mulher e volante não combinam; muitas pessoas possuem a ideia de que as mulheres são menos aptas para a direção do que os homens. Comentários alegam que as mulheres atrapalham o trânsito por serem mais lentas ao volante do que os homens. Um levantamento do Ministério das Cidades mostra que o número de mulheres habilitadas no Brasil foi de 33,8% em 2015 para 34,4% em 2017; um aumento pequeno, mas que contribui de maneira significativa para igualdade de gênero no país.

O número de mulheres habilitadas está crescendo. Dos 45 milhões de motoristas no país, um terço são mulheres. E, ainda assim, a alta taxa de acidentes causadas por homens ainda é desproporcional e assustadora. Outra pesquisa com relação ao tema, realizada pelo Infosiga SP (Sistema de informações Gerenciais de Acidentes de Trânsito do Estado de São Paulo) em 2017 registrou os acidentes fatais, mostrando que das 5.727 mortes apenas 15% eram mulheres (GOMES, 2019).

O tema dos papéis de gênero na sociedade ocidental está completamente associado à socialização de gênero e suas crenças e comportamentos diante das suas relações com o trânsito. Conforme o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000), as discussões incentivam a psicologia a responder as demandas decorrentes do trânsito. Cada vez mais, as mulheres vêm promovendo um movimento de reflexão, autoinstrução, dos papéis e funções exercidas por elas (BELLINA, 2005).

2.3 Transtornos ansiosos no trânsito: medo de dirigir

Atualmente, o trânsito é considerado uma das problemáticas mais significativas em consequência dos altos custos econômicos e sociais que gera, além dos prejuízos e sofrimentos incalculáveis para vítimas e familiares, dos quais decorrem muitas das psicopatologias existentes (GOMES, 2008). O comportamento humano no trânsito, compreende uma série de fatores que dependem de idade, sexo, condições socioeconômicas, profissão e grau de instrução.

O trânsito é um espaço compartilhado por pessoas de todos os níveis sociais e culturais, com todos os tipos de caráter. E é esta diversificação, que proporciona ao indivíduo, muitas vezes escondido dentro de seu automóvel, a comportar-se inadequadamente, protegido pelo anonimato. É onde percebemos que as psicopatologias mais se expressam (GOMES, 2008, p. 2).

É necessário observar comportamentos que sejam adequados para movimentos na via, como “a presença de estímulos que possam ser observadas e percebidas, um organismo em condições de perceber, uma aprendizagem prévia dos sinais e normas que devem ser seguidas” (MIRANDA, 2013. p. 5).

A origem do medo de dirigir está nos motivos particulares de cada pessoa que, em sua história de vida, apresenta dificuldades peculiares. Se, o indivíduo sofreu algum acidente automobilístico ou não teve apoio adequado da família ou do instrutor, isso poderá desencadear o medo. Se, no momento inicial do aprendizado, sentiu-se desamparado, tal fato pode gerar dificuldade, sentimento de inferioridade e resistência em dirigir um automóvel. O aprendizado é algo delicado e, muitas vezes, as pessoas não se dão conta disso. É como uma criança que está aprendendo a andar ou como uma criança ou um idoso que está aprendendo a nadar. Mais do que um sentimento o medo é uma emoção. Não apenas humana, mas uma emoção presente em todos os seres vivos. Pesquisas realizadas comprovam que quanto maior a capacidade cerebral de um ser maior a possibilidade de se prever o futuro e, com isso, temê-lo. Assim, sobra o ser humano o legado de ser o mais medroso entre todas as espécies (SOUSA, 2018, p. 16).

De acordo com Corassa (2006, p. 5), o medo pode ser considerado “como uma energia, uma força dinâmica, um impulso a fazer algo; um impulso a escapar ou fugir, a primeira coisa que suscita o homem ao impulso de escapar é o perigo”.

De acordo com o DSM-IV-TR (2000), o medo de dirigir é classificado como uma fobia específica, e o fato de estar vinculado a uma fobia específica indica que é importante entender as reações que envolvem o medo. São diversos os transtornos relacionados junto com a fobia, sendo manifestados como agorafobia, transtorno do pânico, fobia social, transtorno do estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo.

Medo ou fobia de dirigir tem algumas características típicas que não podem ser notadas em outros tipos de medo. Em primeiro lugar, o medo de dirigir pode ter diferentes vertentes ou estímulos, visto que dirigir é uma atividade múltipla e que envolve diversos comportamentos (CORASSA, 2006, p. 3).

Bellina (2005, p. 3) ressalta que as pessoas “quando começam a dirigir é imprescindível praticar as aptidões aprendidas encarando o trânsito, dirigir é um ato que envolve várias capacidades motoras e deve ser praticado para que esse processo se torne automático”. O trânsito não é uma tarefa simples, pois para algumas pessoas, ele altera o estado emocional, por exemplo, uma pessoa calma fica extremamente nervosa, tornando-se vulnerável a diversas situações críticas que incomodam. O medo eleva as condições físicas, mentais e sociais, o que resulta em preocupação, um sentimento do perigo real; a apreensão tem uma intensidade menor que a do medo, quando a pessoa passa a sentir o terror, compreende uma reação generalizada mais intensa que o medo, o pavor é uma característica paralisante (FERREIRA, 2017).

O medo é uma forma de sobrevivência, pois se torna útil para que o ser humano possa seguir em frente e encarar suas possibilidades de resiliência. É um estado de emoção decisiva para fatores de proteção e preservação de si mesmo, os indivíduos demoram muito para acreditar que na verdade isto é útil para a liberdade de evoluir com esse medo em seus corpos, pensam muito bem antes de se colocar em perigo, o que afere a sua própria existência. O medo permite estar atento, aprendendo, barganhando espaços e juntamente com a razão e emoção identificar o medo (VIECILI, 2003).

É claro que o medo, aos poucos isso vai sinalizando o que é ameaça, sendo um aliado, coautor, um animal feroz que avisa quando se está à beira do perigo. E é, óbvio que tem situações que ocorrem na vida em que o “medo se apresenta de uma forma exagerada ou mal direcionada causando, em muitas destas vezes, prejuízos e complicações. De um modo

genérico, deixando de lado, por ora, subdivisões ou classificações mais específicas, chamamos a este medo exagerado ou desproporcional de fobia” (VIECILI, 2003, p. 10).

É importante observar que o medo, ou fobia de dirigir tem algumas características extremamente peculiares, ou seja, características que não vemos em outros tipos de medo. Primeiramente, o medo de dirigir pode ter diferentes vertentes ou estímulos, uma vez que dirigir é uma atividade múltipla e que envolve uma enorme gama de comportamentos. Desta forma, há pessoas cujo medo refere-se especificamente à possibilidade da perda do controle da máquina, para outras, o que causa ansiedade é atropelar alguém, passar por túneis ou viadutos. Há, ainda, o fator da exposição que pode fazer a pessoa apresentar os medos de ser observada, criticada ou de dar vexame. (BELLINA, 2005, p. 5).

De acordo com Bellina (2005, p. 6) o ato de dirigir é um comportamento “aprendido, que envolve habilidades motoras. Para que esse comportamento se torne automático é necessário que a pessoa que esteja voltando a dirigir ou mesmo começando a fazê-lo, exercite esta nova habilidade enfrentando o trânsito real”. Para a autora, encarar e enfrentar produz aos fóbicos de volante, preocupações excessivas, devido às críticas, julgamentos e observações dos outros, essa avaliação gera um constrangimento pessoal que estagna as pessoas.

O medo de dirigir não está ligado à incapacidade de dirigir, é um transtorno psicológico como qualquer fobia, o indivíduo deve admitir para si mesmo, e buscar ajuda, esse é o primeiro degrau, jamais negar à existência do medo, pois esse medo ficará mais forte (BELLINA, 2005).

De fato, o medo não anda sozinho, ele tem um grande aliado tal como a ansiedade, essa dualidade no comportamento humano, em certo grau, permite estar em estado de alerta iminente ao perigo, porém, quando exagerada, deve ser controlada e tratada. A ansiedade permite alto estado de concentração e atenção, mas isso em um caso de “ansiedade boa”, pois ela é uma emoção que nos coloca em movimento. Sendo ela controlada, mantém as pessoas em alerta, cautelosas e compreendendo que circular é um perigo constante (CORASSA, 2006).

A emoção se manifesta quando a pessoa é surpreendida ou quando determinada situação ultrapassa suas possibilidades de adaptação. A emoção traduz a desadaptação e o esforço do organismo do indivíduo a fim de restabelecer o equilíbrio 18 momentaneamente rompido. As variáveis pessoais, com as variáveis do ambiente, incidem radical e complexamente nas capacidades psicofísicas dos condutores, na sua percepção de risco, na sua análise da situação e na sua tomada de decisão. Dentre os comportamentos emocionais do homem, a ansiedade configura-se como um fator importante na situação de trânsito por interferir na capacidade cognitiva e perceptual dos indivíduos (SOUSA, 2018, p.10).

A ansiedade que pode ser ruim para as pessoas, se torna paralisante, principalmente na tomada de “decisões rápidas e inesperadas provocando, pelo fato de o estímulo ser sentido pelo sujeito de forma tão intensa, reações psicológicas de extrema perturbação, causando confusões e distorções perceptivas, comprometendo o aprendizado, a concentração e a memória, prejudicando a sua capacidade de associação” (SOUSA, 2018, p. 13).

Esses processos internos do indivíduo, são os reflexos do estímulo externo, a atenção está extremamente ligada à preocupação, nervosismo e ansiedade da pessoa. Essa atenção que é base para percepção do que está ao redor, acaba sendo ameaçada pelo próprio medo e ansiedade, que altera os órgãos dos sentidos que são responsáveis pela percepção de si e dos outros. A ansiedade domina o mecanismo sensorio-motor, tendo percepções alteradas do que a consciência real é projetada a realizar (SOUSA, 2018). Para Rozestraten (1981), a falta de atenção é fator principal para causar acidentes fatais.

Ramos (2011) destaca que a ansiedade é um estado emocional psicológico e fisiológico, uma força que evolui junto com o ser humano, pode direcionar e executar tarefas rotineiras como também ser disfuncional, sendo um fator perigoso que impede o indivíduo de sentir conforto em suas atividades.

Segundo o DSM-V (2014), os transtornos de ansiedade tendem possuir morbidades entre si, diferem nos tipos de objetos e situações, e são avaliados por exames detalhados sobre a situação temida, evitada ou sob crenças associadas. Esses indivíduos vivenciam a ansiedade em situações que temem ou evitam com medo excessivo e desproporcional, levando-se em conta a cultura, o desenvolvimento infantil. A ansiedade é encontrada com mais frequência no sexo feminino do que no masculino, só é diagnosticada se os sintomas não forem consequências de “efeitos fisiológicos do uso de uma substância/medicamento ou de outra condição médica ou não são mais bem explicados por outro transtorno mental” (DSM-V, 2014, p. 189).

Transtorno de ansiedade generalizada: O Transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é a combinação de uma preocupação excessiva com o estresse recorrente e que passam a interferir na rotina. Transtorno do pânico: A síndrome do pânico é um transtorno de ansiedade, em que a pessoa sente fortes sensações de que está para morrer e perdendo o controle como se estivesse tendo um ataque do coração, mesmo que não haja um verdadeiro sinal de perigo. Fobia social: A fobia social (ou também chamada de ansiedade social) é um dos tipos de ansiedade mais comuns e acontece sempre em situações públicas. Há também outros tipos de fobia, como a claustrofobia, medo de locais fechados, agorafobia, medo de ficar sozinho em locais públicos, aracnofobia, medo de aranhas, tripofobia, medo de buracos, que também fazem parte desses transtornos da ansiedade, só que referente a objetos, situações e pessoas. Transtorno obsessivo-compulsivo: o transtorno obsessivo-compulsivo ou TOC é um distúrbio psiquiátrico que implica o medo de perder o controle ou ser responsável por algo terrível para si ou para os outros, como a culpa.

Esse problema mental também é caracterizado por movimentos repetitivos e comportamentos compulsivos. Transtorno de estresse pós-traumático: O Transtorno de estresse pós-traumático ou TEPT é causado por um trauma, por um evento terrível que realmente aconteceu na história do indivíduo, e que sempre traz confusão, medo e os mesmos sentimentos que ele teve durante o ocorrido, ao recordar (HAMMOUD, 2016, p. 5).

Sabemos que a ansiedade compartilha de outros transtornos que possuem características do medo, da ansiedade exagerada e comportamentos perturbados. O medo é sentido como uma ameaça real e percebida, já ansiedade é o medo do que possa vir a acontecer no futuro (DSM-V, 2014).

Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. Os ataques de pânico se destacam dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo (DSM-V, 2014, p. 189).

Ferreira (2006) afirma que a ansiedade é compreendida como estado emocional negativo, por apresentar tensões, preocupações excessivas, medos e sensação de falta de ar, ela é entendida como sentimento subjetivo e é dividida entre ansiedade cognitiva e somática. A ansiedade cognitiva pode ser definida sobre as preocupações e expectativas a respeito do rendimento e da autoavaliação negativa.

A ansiedade cognitiva envolve um componente mental do estado de ansiedade, causado pelo receio de uma avaliação negativa, causando as seguintes reações: pensamentos ruins, negativos, medo, apreensão, irritabilidade, fadiga, desespero. Em relação à ansiedade somática, discorre que a mesma volta-se às percepções dos sintomas corporais causados pela ativação do sistema nervoso autônomo, envolvendo a participação do organismo como um todo, colocando-o em estado de alerta, evidenciando os seguintes sintomas: dor de cabeça; aumento dos batimentos cardíacos, devido aos movimentos mais vigorosos e rápidos do coração; sudorese; boca seca; dores no estômago; falta de ar e tremores (FERREIRA 2017, p. 15).

Conforme Ferreira (2017), a ansiedade pode causar uma confusão mental por não conseguir controlar seus sentidos e pensamentos, essa experiência tem alto grau de medo e ansiedade, que choque a própria existência em relação a suas capacidades mentais, físicas e sociais. O trânsito é um ambiente que produz uma sociedade ansiosa, esse espaço público traz conflitos de interesses físicos, que se referem à rivalidade pelo espaço, e políticos, que se refletem nas pessoas que utilizam as vias. O trânsito se torna cada vez mais perigoso para os usuários.

Todo esse deslocamento e movimentação no trânsito causa na pessoa ansiosa, mãos suadas, coração disparado, taquicardia, vivencia com muita intensidade a insegurança. As características principais de pessoas ansiosas no trânsito desempenham comportamentos emocionais que afetam o cognitivo e as percepções dos usuários (FERREIRA, 2017).

Segundo Bellina (2005), as causas do medo de dirigir, assim como as de outras fobias, não são, necessariamente, relacionadas ao objeto, evento fóbico, mas em pessoas que possuem traços detalhistas e são organizadas, têm medo de errar, e não conseguem lidar com as críticas, essa conduta exige um desempenho elevado, sendo características notáveis em mulheres.

O medo de dirigir pode ser considerado uma fobia específica, pois, os critérios encontrados na fobia específica qualificam o medo ou ansiedade proeminentes a um objeto ou situação, por exemplo: voar, alturas, animais, tomar uma injeção, ver sangue. De forma variável provoca resposta rápida ao medo e ansiedade, e de fato o objeto é evitado por sentir toda a intensidade do sofrimento (BELLINA, 2005).

Os indivíduos com fobia específica são apreensivos, ansiosos ou se esquivam de objetos ou situações circunscritos. Uma ideação cognitiva específica não está caracterizada nesse transtorno como está em outros transtornos de ansiedade. Medo, ansiedade ou esquiva é quase sempre imediatamente induzido pela situação fóbica, até um ponto em que é persistente e fora de proporção em relação ao risco real que se apresenta (DSM-V, 2014, p. 189-190).

O CID-10 (1997, p. 23) classifica como F41, outros transtornos ansiosos, os transtornos:

Caracterizados essencialmente pela presença das manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Podem se acompanhar de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que estas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves.

No decorrer desse processo, o indivíduo como um todo é acionado, ou seja, todas as suas capacidades cognitivas, emotivas e motoras entram em ação a fim de atingir o seu propósito. Nesse processo o corpo todo é fragmentado, colocando-o em estado de alerta e tensão (OLIVEIRA, 2011).

2.4 Psicologia no Trânsito

A moderna Psicologia estuda o comportamento do homem e de alguns animais e suas relações. Há porém, os que preferem dizer que a Psicologia estuda o comportamento e a

experiência. Embora o psicólogo esteja interessado na experiência, realmente ocupa-se mais da análise do comportamento. Ela é inferida das reações musculares e glandulares que podem ser observadas pelo cientista ou captadas por instrumentos (ROZESTRATEN, 1981).

Em 1910 nasce a Psicologia do Trânsito que teve como precursor Hugo Münsterberg, aluno de Wundt. Tem como objetivo entender o comportamento dos usuários que utilizam as vias. A psicologia observa, avalia, ajuda por meios científicos e didáticos na formação de indivíduos que precedem o exercício de ir e vir com segurança e prudência (SOUSA, 2018).

Em 1982 foi realizado o primeiro congresso brasileiro da psicologia no trânsito em Porto Alegre. O ponto de maior destaque foi a criação da associação brasileira de psicologia. A partir dessa associação, a Psicologia do Trânsito teve voz ativa e influente na elaboração de documentos que mais tarde embasariam políticas nacionais de segurança no trânsito. Como exemplo, destaca-se a participação nas reuniões de trabalho em prol da segurança de tráfego, que foram promovidas pelo Ministério dos Transportes. A Psicologia do Trânsito é uma “área da psicologia que investiga os comportamentos humanos no trânsito, os fatores e processos externos e internos, conscientes e inconscientes que os provocam e o alteram” (CFP, 2000, p. 10).

De acordo com Rozestraten (1988, 2003, apud CARDOSO; SANTOS; SANTOS, 2011), a Psicologia do Trânsito se define como uma área da psicologia que estuda, por meio de métodos científicos, comportamentos humanos no contexto do trânsito, bem como seus fatores influenciadores, sejam esses psicológicos, sociais, culturais, políticos, econômicos, dentre outros.

A Psicologia do Trânsito tornou-se indispensável para a compreensão do comportamento humano no trânsito. Sua aplicação tem ganhado cada vez mais espaço, em especial, nos processos de avaliação psicológica que permite estabelecer concessão às práticas e o direito de conduzir veículos. A via, o veículo e o homem compreendem três sistemas principais na esfera de estudo da Psicologia do Trânsito. O homem, enquanto subsistema mais complexo, por conta do seu comportamento, tem maior chance de desmontar o sistema todo. A Psicologia do Trânsito “estuda os comportamentos humanos no trânsito e os fatores e processos internos e externos, conscientes e inconscientes que os provocam ou os alteram, de modo que engloba a todos os usuários” (MIRANDA, 2013, p. 5).

Por meio da Resolução CFP 007/2003, a Avaliação Psicológica se definiu como um processo técnico-científico que consiste na coleta de dados, estudos e interpretação dos fenômenos psicológicos dos indivíduos, sendo que, para sua realização, o profissional

psicólogo pode empregar instrumentos como entrevistas, testes, observações, dinâmicas, entre outras (CFP, 2007).

O exame psicotécnico é historicamente a atividade mais conhecida da Psicologia do Trânsito por ter se tornado uma intervenção obrigatória em 1962, mesmo ano em que a Psicologia foi reconhecida como profissão. As contribuições do psicólogo perito em trânsito na busca de diagnósticos e soluções para os problemas relacionados à circulação humana foram intensificadas principalmente a partir de 1997 com o início da aprovação do Código de Trânsito Brasileiro (CTB), que realça a importância do trânsito como forma mais humanizada da circulação e não apenas como via, veículos e sinalização (ALVES; GOMES, 2014, p. 63).

A investigação dos fenômenos psicológicos no processo de avaliação psicológica é fundamental, assim como suas capacidades gerais e também as específicas do indivíduo para que se identifique os indicadores necessários para a distinção dos candidatos aptos ou inaptos a conduzirem um veículo. (ALVES; GOMES, 2014).

O trânsito é um espaço compartilhado por pessoas de todos os níveis sociais e culturais, com todos os tipos de caráter. E é esta diversificação que proporciona ao indivíduo, muitas vezes escondido dentro de seu automóvel, a possibilidade de comportar-se inadequadamente, protegido pelo anonimato. É onde percebemos que as psicopatologias mais se expressam (ALVES; GOMES, 2014).

Além de estar ligado às diversas áreas da Psicologia, este campo requer também contatos com a engenharia de estradas e de veículos, com a medicina do trabalho, a estatística, a física (um carro é uma massa em movimento), a ergonomia, a sociologia, a psicopedagogia e mesmo com o direito e com a criminologia. O comportamento no trânsito é algo que compreende as reações de todas as pessoas que se movimentam, independentemente de sua idade, condição socioeconômica, nível de instrução, sexo ou profissão. É um campo que envolve grande complexidade de fatores, e por isto mesmo não muito fácil de ser estudado. (ROZESTRATEN, 1981)

O comportamento no trânsito é um método de condicionamento, pois as pessoas que utilizam as vias acabam imitando atitudes alheias, essas escolhas são moldadas pela fato de não ser punida, esse comportamento é encorajado a impor-se igual em determinadas situações, e dentro dados estatísticos tanto em zona rural ou urbana os números de acidentes fatais crescem em questão de segundos por horas, e não é tomada nenhuma nota sobre estado psicológico dessas pessoas, não leva em conta esses fatores (ROZESTRATEN, 1981).

O trânsito é uma desordem total, gera pessoas indignadas e revoltadas, pessoas sem responsabilidade ou prudência que geram custos altos para governo. O incentivo à direção

defensiva parece estar somente nas propagandas, uma forma de aterrorizar usuários das vias, mas nenhuma providência é tomada quanto a transgressores que tiram vidas sem nenhuma responsabilidade. O trânsito é constituído por três eixos, comportamento da pessoa em relação ao trânsito, em relação à via e ao veículo (ROZESTRATEN, 1981).

Um dos maiores desafios ao trabalho do psicólogo de trânsito sempre foi a construção do perfil de bom motorista, cuja fundamentação científica ainda não foi alcançada, porém. A importância de se conhecer o perfil de bom motorista [...] estaria na possibilidade de se desenvolverem ferramentas de avaliação psicológica em conformidade com este perfil, e que, portanto, selecionariam adequadamente os candidatos à carteira de habilitação (SCHWARZER, 2006, p. 6).

O psicólogo analisa comportamentos que circulam no trânsito, busca evidências e consequências dos comportamentos mal ajustados e trabalha para soluções. E junto à ética profissional traz elementos para a construção do perfil do motorista no contexto do trânsito (ROZESTRATEN, 1981).

O papel do psicólogo de trânsito precisa se ampliar para efetuar pesquisas sobre as condições sociais e mecânicas com as quais o participante do trânsito se envolve no momento que coloca o pé na frente da sua porta. Evidentemente, se inclui todos os participantes do trânsito, não apenas os motoristas que, pelo jeito, muitas vezes se comportam como se nunca colocassem o pé na frente da sua porta, mas diretamente para dentro do carro. (SOUSA, 2018, p.29).

A Psicologia do Trânsito é uma área relativamente nova, porém compreende os comportamentos individuais e sociais e promove melhorias para a qualidade de vida de cada usuário. Neste sentido, ganha visibilidade no que diz respeito às suas competências, que se expandem a um universo muito mais abrangente do que simplesmente um processo de avaliação psicológica. A Psicologia do Trânsito atesta às pessoas que utilizam as vias, garantia de condições dignas e seguras, promovendo trabalhos para educação do trânsito e estimulando a consciência crítica dos usuários com a intenção de diminuir prejuízos e preservar à vida (ROZESTRATEN, 1981).

2.5 A terapia cognitivo-comportamental: uma proposta terapêutica

No fim da década de 1950 e início da década de 1960, o Dr. Beck decidiu testar o conceito “psicanalítico de que a depressão é resultante de hostilidade voltada contra si mesmo”. Aaron T. Beck recorreu à teoria de muitos pensadores da antiguidade como Epíteto, um dos primeiros filósofos, como base para explicar e dar ênfase a seus estudos, ele desenvolveu uma forma de psicoterapia no início da década de 1960, a qual denominou

originalmente “terapia cognitiva”. O termo “terapia cognitiva” hoje é usado por muitos da nossa área como sinônimo de “terapia cognitivo-comportamental”. Os autores daquela época juntamente com Beck, tiveram sucesso na adaptação da terapia. Essas “adaptações alteraram o foco, as técnicas e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos em si permaneceram constantes” (BECK, J. 2014, p. 22).

Em todas as formas de “terapia cognitivo-comportamental derivadas do modelo de Beck, o tratamento está baseado em uma formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico” (BECK, J. 2014, p.22).

O tratamento também está baseado em uma conceituação, ou compreensão, de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamental duradouro, o modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o pensamento do paciente) é comum a todos os transtornos psicológicos (BECK, J. 2014, p.24).

As pessoas passam a pensar de forma adaptativa, e avaliar seu pensamento de maneira realista, tem uma melhora significativa no estado mental e no comportamental. Os terapeutas cognitivos trabalham de forma profunda na cognição, “as crenças básicas do paciente sobre si mesmo, seu mundo e as outras pessoas. A modificação das crenças disfuncionais subjacentes produz uma mudança mais duradoura” (BECK, J. 2014, p.24).

Os princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental são os seguintes:

Princípio 1. A terapia cognitivo-comportamental está baseada em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos. Princípio 2. A terapia cognitivo-comportamental requer uma aliança terapêutica sólida. Princípio 3. A terapia cognitivo-comportamental enfatiza a colaboração e a participação ativa. Princípio 4. A terapia cognitivo-comportamental é orientada para os objetivos e focada nos problemas. Princípio 5. A terapia cognitivo-comportamental enfatiza inicialmente o presente. Princípio 6. A terapia cognitivo-comportamental é educativa, tem como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída. Princípio 7. A terapia cognitivo-comportamental visa ser limitada no tempo. Princípio 8. As sessões de terapia cognitivo-comportamental são estruturadas. Princípio 9. A terapia cognitivo-comportamental ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais. Princípio 10. A terapia cognitivo-comportamental usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento ((BECK, J. 2014, p. 28-30).

Os princípios básicos são aplicados em todos pacientes, possivelmente varia a terapia de acordo com queixa de cada paciente, com a “natureza das suas dificuldades e seu momento de vida, assim como seu nível intelectual e de desenvolvimento, seu gênero e origem cultural. O tratamento também varia dependendo dos objetivos do paciente, da sua capacidade” e

também o estabelecimento do vínculo terapêutico e sua motivação para mudanças. (BECK, J. 2014, p. 30).

O terapeuta da TCC auxilia o paciente a identificar seus pensamentos automáticos e de forma realista aprender a reformular, diante de suas experiências corrigir interpretações erradas sobre a visão de si mesmo e do outro e do mundo. Estaria então aprendendo a utilizar a técnica de resolução de problemas, que antes aplicou em sua vida, isto é, identifica o pensamento, corrige e responsabiliza pelos problemas emocionais. Dessa forma é encorajado a ter percepção dos seus pensamentos interiores referentes ao seu comportamento (KERBAUY, 1983).

A teoria cognitiva foca nos processos intrapsíquicos (legado da teoria psicanalítica, porém as técnicas são mais semelhantes à terapia comportamental) e não no comportamento observável como na teoria comportamental (BECK; KNAPP, 2008).

A estrutura teórica da teoria cognitiva teve contribuições de outras escolas, como a abordagem fenomenológica humanista à psicologia. Inspirada também em filósofos como Kant, Heidegger e Husserl, ela adotou a ênfase na experiência subjetiva consciente. Inspirou-se ainda em Carl Rogers, com sua terapia centrada no cliente. A teoria do apego de John Bowlby foi outra fonte para o desenvolvimento da conceitualização cognitiva (BECK; KNAPP, 2008).

De acordo com Beck e Knapp (2008), de um ponto de vista filosófico, a teoria cognitivo-comportamental pode ser considerada mais humanista, porque lida com sentimentos e pensamentos do paciente. A teoria cognitivo-comportamental (TCC) criada por Aaron Beck é, sem dúvida, uma mudança no entendimento e tratamento dos transtornos emocionais. Mesmo depois dos primeiros estudos, hoje ela se tornou a abordagem baseada em evidências mais importante e com maior validade científica.

A teoria dos construtos pessoais (crenças nucleares ou auto esquemas) e a terapia racional-emotiva de Ellis também contribuíram para o desenvolvimento das teorias e dos métodos cognitivo-comportamentais. A técnica comportamental funciona para tomada de decisão e exposição ao enfrentamento, junto com o exercício de relaxamento e respiração para controle da ansiedade, funciona como alívio das tensões. A técnica cognitiva é utilizada para desconstruir as crenças disfuncionais com estratégias (BECK; ALFORD, 2000).

Em uma revisão de sua teoria, A. Beck (2005) nomeia a teoria dos modos, a partir da qual ele assegura que as crenças centrais envolvem, necessariamente, ambos os polos de uma explicação sobre si, o mundo/os outros e o futuro. Sendo assim, Beck destaca ainda que não são as crenças centrais em si que são disfuncionais, e sim sua forma de intensificação que se

torna disfuncional em alguns casos, quando esta não condiz com a situação e com as evidências, o autor apontou que o surgimento das crenças intermediárias e centrais ocorrem durante a interação das crianças com pessoas significativas em suas vidas e estão associadas a fatores socioculturais. São ideias que uma pessoa tem sobre si mesma, sobre as pessoas de uma maneira geral, sobre o mundo, sobre relacionamentos, entre outros aspectos.

Segundo Knapp (2004), as crenças disfuncionais, o pressuposto central da abordagem cognitivo-comportamental é o de que um comportamento disfuncional foi aprendido e pode ser desencadeado por sinais internos e externos associados a ele. Por essa ótica então, o terapeuta auxilia o indivíduo a modificar a relação entre a situação que está criando dificuldade e a habitual reação emocional e comportamental que ele tem naquela circunstância, mediante a aprendizagem de uma nova modalidade de reação.

Em poucas palavras, o modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o pensamento do paciente) é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento (BECK, 2014, p. 24).

Para Beck e Alford (2000), os pensamentos automáticos disfuncionais podem ser influenciados por distorções cognitivas. Estas seriam distorções sistemáticas no processamento da informação, falhas de interpretação e raciocínios desprovidos de lógica. Beck (1964) elucida que pensamentos automáticos são um fluxo de pensamentos que coexistem com um fluxo de pensamentos mais manifesto.

De acordo com Beck (2005), embora os pensamentos automáticos pareçam surgir espontaneamente, eles se tornam bastante previsíveis, uma vez que as crenças subjacentes do paciente sejam identificadas, o terapeuta cognitivo está preocupado em identificar os pensamentos que são disfuncionais, ou seja, os que distorcem a realidade, que são emocionalmente aflitivos e/ou interferem com as habilidades do paciente de atingir suas metas. Pensamentos automáticos disfuncionais são quase sempre negativos, a menos que o paciente seja maníaco ou hipomaníaco, tenha um transtorno de personalidade narcisista e seja viciado em drogas.

Os esquemas na teoria cognitivo-comportamental, são definidos como matrizes ou regras fundamentais para o processamento de informações que estão abaixo da camada mais superficial dos pensamentos automáticos. Esquemas são princípios duradouros de pensamento que começam a tomar forma no início da infância e são influenciados por uma infinidade de

experiências de vida, incluindo os ensinamentos e o modelo dos pais, as atividades educativas formais e informais, as experiências de seus pares, os traumas e os sucessos (BECK, 2005)

De acordo com Beck (2005), pessoas com crenças centrais negativas sobre si mesmas podem apresentar, de maneira geral, conceitualizações dentro das seguintes classes: desamparo (sentimento de incapacidade), desamor (desmerecimento de afeto dos outros) e desvalorização (com um aspecto moral diferente, tendo um significado negativo da própria natureza da pessoa).

A TCC permite resultados com eficácia no tratamento da ansiedade, depressão e transtornos alimentares. O terapeuta dessa área compreende aquilo que está no consciente da pessoa e como ela se sente. As técnicas mais utilizadas são: psicoeducação; registro de pensamentos disfuncionais; questionamento socrático; técnicas de exposição; dessensibilização sistemática; técnicas de relaxamento; técnicas de habilidades sociais; enfrentamento do estresse; espectador ou observador e troca de papéis (KNAPP, 2004).

A técnica do processo de dessensibilização sistemática tem maior eficácia em fobias. Ela é orientada para o enfrentamento de uma situação “estressante de forma consciente, revivendo e expressando passo a passo o que você pensa e sente quando é exposto àquilo que o estressa. O relaxamento vai produzir um efeito tranquilizante” e assim vai se fortalecendo para adquirir um novo aprendizado (BECK, 2005).

A terapia cognitivo-comportamental tem mostrado eficácia no tratamento de pessoas com medo de dirigir. Porém, existe uma forma de manejar essa abordagem para que o público com medo de dirigir realmente seja ajudado. A psicoeducação, a reestruturação cognitiva, a exposição gradual e as diversas estratégias de enfrentamento devem ser trabalhadas de modo coeso, claro e, principalmente, pautadas em uma conceitualização completa do que faz surgir e manter o medo de dirigir (FIUZA, 2019, *on-line*).

Os benefícios das técnicas têm resultados favoráveis, para saúde, mente e corpo adquirindo bem-estar completo. A abordagem cognitivo-comportamental “acredita que as crenças e pensamentos disfuncionais são a base das dificuldades e transtornos do paciente” (BECK, 2005).

As TCCs podem ser classificadas em três divisões principais: 1) terapias de habilidades de enfrentamento, que enfatizam o desenvolvimento de um repertório de habilidades que objetivam fornecer ao paciente instrumentos para lidar com uma série de situações problemáticas; 2) terapia de solução de problemas, que enfatiza o desenvolvimento de estratégias gerais para lidar com uma ampla variedade de dificuldades pessoais; e 3) terapias de reestruturação, que enfatizam a pressuposição de que problemas emocionais são uma consequência de pensamentos mal

adaptativos, sendo a meta do tratamento reformular pensamentos distorcidos e promover pensamentos adaptativos (KNAPP, 2004, p. 55).

Para Caballo (2003, p. 219), o relaxamento é um aliado na ansiedade, pois algumas palavras podem ajudar a criar sensação de relaxamento, tais como: “afrouxar, distender, relaxar, soltar, suavizar, alisar, acalmar, flácido, leve, mole, pesado, sereno, afundar, etc.”; os exercícios aliviam as tensões e promovem o relaxamento necessário.

De acordo com Rangé (2011), pessoas ansiosas apresentam diversas distorções cognitivas: temem a sensação aumento da ansiedade em situações específicas, antecipam perigos (acidentes, ferimentos, perda do controle sobre o carro, estradas perigosas). De forma evitativa, temem perigos e sofrem com pensamentos negativos intensos; são pessoas com falta de controle desagradável. Segundo o autor, toda “fobia em que a reação de medo patológico está circunscrita a objetos ou situações concretas é específica. Caracteriza-se por comportamentos de esquiva em relação a estímulos e situações determinados” (RANGÉ, 2011, p. 300).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia científica é o estudo sistemático e lógico dos métodos empregados nas ciências, seus fundamentos, sua validade e sua relação com as teorias científicas. A finalidade principal da metodologia é a pesquisa. O conhecimento humano define-se pela relação firmada entre o sujeito e o objeto, sendo capaz de dizer que esta é uma relação de apoderamento (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Para que os objetivos fossem alcançados, buscou-se um método que representasse a real vivência do medo de dirigir, de um caso único e específico. Para isso optou-se, como estratégia, por um estudo de caso, que “consiste em coletar e analisar informações sobre determinado indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade, a fim de estudar aspectos variados de sua vida, de acordo com o assunto da pesquisa” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 60).

3.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida por fases, desde os problemas formulados até discussões dos resultados apresentados. Só se “inicia uma pesquisa se existir uma pergunta, uma dúvida para a qual se quer buscar a resposta. Pesquisar, portanto, é buscar ou procurar resposta para alguma coisa” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 12).

A pesquisa é um procedimento coerente sistemático que auxilia na resolução de problemas quando não há dados suficientes ou quando esses dados encontrados estão desorganizados. É composta de vários passos que devem ser observados para que se obtenha uma resposta satisfatória. A motivação em pesquisar pode se dar apenas pelo prazer de se conhecer ou saber mais sobre determinado assunto, ou para melhorar a eficácia dos conhecimentos já pré-estabelecidos. Sobre o exposto, Gil (2010, p. 17) afirma que “há muitas razões que determinam a realização de uma pesquisa. Podem, no entanto, ser classificadas em dois grandes grupos: razões de ordem intelectual e razões de ordem prática”.

A presente pesquisa constituiu-se de natureza básica, que, de acordo com Prodanov e Freitas (2013, p. 51), tem a finalidade de gerar “conhecimentos novos, úteis para o avanço da ciência, sem aplicação prática prevista, envolve verdades e interesses universais”. Sob o ponto de vista da abordagem qualitativa do problema, “a pesquisa tem o ambiente como fonte direta dos dados. O pesquisador mantém contato direto com o ambiente e o objeto de estudo em

questão, necessitando de um trabalho mais intensivo de campo” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 70).

Quanto à finalidade, a pesquisa foi explicativa, o pesquisador procurou explicar os porquês relativos ao problema abordado e suas causas, por meio do registro, da análise, da classificação e da interpretação dos fenômenos observados. A pesquisa de finalidade explicativa “aprofunda o conhecimento da realidade porque explica a razão, o porquê das coisas” (GIL, 2010, p. 28).

Para os procedimentos de pesquisa, os dados secundários foram obtidos por meio de uma pesquisa bibliográfica que, conforme Gil (2008), é um estudo elaborado a partir de material já publicado, como livros, revistas, publicações em periódicos e artigos científicos. Para tanto, a metodologia adotada na pesquisa teve como base a revisão bibliográfica para fomentar a aplicação de um estudo de caso.

De acordo com Marconi e Lakatos (2010), a citação das principais conclusões a que autores chegaram permite salientar a contribuição da pesquisa realizada, demonstrar contradições ou reafirmar comportamentos e atitudes. Esta pesquisa constituiu-se por um único estudo de caso, o que permitiu uma análise do conteúdo de maneira mais completa e profunda. A relevância deste trabalho justifica-se à medida que tenta entender que o trânsito é uma circulação humana realizada no meio ambiente. O ser humano não apenas vive no ambiente, mas pertence a ele, o sistema de trânsito exige do participante algumas condições psicológicas fundamentais para o convívio.

É de grande valia proporcionar conhecimento sobre o assunto e, através de estudos teóricos, perceber a vasta importância da atuação do psicólogo, visto que existe um despreparo emocional e social, o que propicia um campo fértil para a psicologia e áreas afins, uma vez que é a ciência que melhor prepara para superar o medo de dirigir.

3.2 População e amostra

A população, sempre presente no universo maior, constitui o aglomerado de todos os elementos ou resultados sob análise. Dela se extrai uma amostra com a intenção de realizar o estudo por amostragem, que evidenciará os resultados do todo.

Amostra é parte da população ou do universo, selecionada de acordo com uma regra ou um plano. Refere-se ao subconjunto do universo ou da população, por meio do qual estabelecemos ou estimamos as características desse universo ou dessa população. A amostra pode ser probabilística e não probabilística (PROVANOV; FREITAS, 2013, p. 98).

Para participar deste estudo de caso, foi escolhida, aleatoriamente, uma pessoa da cidade de Sinop-MT, cuja escolha obedeceu a apenas quatro critérios, a saber: que tivesse medo de dirigir, que tivesse o desejo de dirigir, que tivesse recebido atendimento psicoterápico e também apoio familiar. Por conta da Pandemia, a busca se deu através de colegas de curso, na qual foi comunicado sobre a necessidade de uma pessoa com essas características.

A participante foi contatada via telefone celular e interessou-se em participar do estudo. Com isso, a entrevista foi aplicada em sua residência, nos dias e horários por ela sugeridos.

3.3 Coleta de dados

Por meio de ligação telefônica, foram explicados à participante da pesquisa os objetivos do estudo e agendada uma entrevista em sua residência, conforme o dia e hora sugeridos por ela. Decidiu-se identificar a entrevistada como Liz, nome fictício, uma vez que o Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005, p. 14) afirma que se “garantirá o anonimato das pessoas, grupos ou organizações, salvo interesse manifesto destes”. Assim, em dois encontros, foram realizadas as entrevistas e, na oportunidade, foram lidas todas as páginas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que a entrevistada pudesse analisar e assinar, caso estivesse de acordo em participar da pesquisa. Após isso, foi entregue à participante uma via igual ao documento assinado, para arquivamento pessoal.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na pesquisa. A segunda forma utilizada na coleta de dados tratou-se da revisão de literatura, apresentada no capítulo 2 deste estudo, como instrumento secundário. Para isso, a revisão foi embasada em conteúdos extraídos de livros da biblioteca da UNIFASIPE, revistas científicas, artigos recentes e outros materiais eletrônicos oriundos de sites científicos, tais como SciELO, bvs-psi.org.br, Google Acadêmico, entre outros.

De acordo com Marconi e Lakatos (2010) a pesquisa bibliográfica ou fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública, desde publicações avulsas: boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, material cartográfico etc., até meios de comunicação oral: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos de alguma forma, seja ela publicada, ou gravada.

Todas as ciências caracterizam-se pela utilização de métodos científicos; em contrapartida, nem todos os ramos de estudo que empregam estes métodos são ciências. Dessas afirmações podemos concluir que a utilização de métodos científicos não é da alçada exclusiva da ciência, mas não há ciência sem o emprego de métodos científicos (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 65).

Severino (2002) afirma que, quaisquer que sejam as distinções que se possam fazer para caracterizar as várias formas de trabalhos científicos, é preciso afirmar preliminarmente que todos eles têm em comum a necessária procedência de um trabalho de pesquisa e de reflexão que seja pessoal, autônomo, criativo e rigoroso.

A partir das análises do conteúdo das entrevistas, pôde-se verificar as cinco categorias norteadoras da pesquisa, relacionadas aos seguintes aspectos: a história sobre o medo de dirigir, as dificuldades enfrentadas, os sentimentos envolvidos nesse medo, a ansiedade no trânsito e o atendimento psicoterápico. O roteiro com os questionamentos possibilitou à participante falar livremente sobre sua vivência, e a pesquisadora pôde também direcionar os objetivos propostos neste estudo.

Os relatos verbais da entrevistada foram analisados de acordo com a metodologia ‘análise de conteúdo’. Para Bardin (2011, p. 47), a expressão ‘análise de conteúdo’ caracteriza um agrupamento de estratégias de análise das comunicações, que têm o objetivo de alcançar, “por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os resultados obtidos no estudo de caso são apresentados e discutidos neste capítulo. Durante a coleta de dados, realizaram-se dois encontros, durando aproximadamente 8 horas os dois encontros. No primeiro encontro, fez-se uma anamnese e uma entrevista semiestruturada aberta, com a intenção de conhecer a experiência do medo de dirigir. As interpretações são apresentadas por meio do estudo de caso com um olhar voltado às interpretações da teoria cognitivo-comportamental (TCC). Liz, até o momento do estudo, com 30 anos, casada pela segunda vez há 11 anos, teve quatro gestações e três filhos vivos; Liz foi parar no médico com ansiedade e pânico, sofrendo assim de uma possível fobia. O casal de filhos é do primeiro casamento, o qual, de acordo com a participante, terminou devido a conflitos, que estavam fazendo com que seus dois filhos sofressem muito.

A participante sempre quis ser mãe de três filhos. Quando se casou pela segunda vez, o desejo de ter mais um filho era um sonho do casal, desde o início, mas ambos já tinham um casal de filhos, fruto do primeiro relacionamento, e resolveram adiar a gravidez. Liz relatou que não gosta da sua casa, acha muito pequena, considera-se muito estressada, com uma raiva incontrolável. Afirmou que só sente prazer em comer e dormir e que tem uma doença nos ossos, para a qual não possui um diagnóstico, mesmo já tendo passado por vários exames. No que diz respeito às relações, Liz afirmou que tem um vínculo agradável com seus pais, filhos e o marido. Mas, com o nascimento dos filhos, passou a querer dirigir, pois estava muito dependente dos outros e isso a fazia se sentir muito mal, ansiosa e estressada com tudo e, após a reprovação no teste para a aquisição da CNH, sentiu-se mais ansiosa.

4.1 O medo de dirigir: “*me sentia um nada*”

O trânsito traz ideias discriminatórias bastante enraizadas na cultura. Nos dias atuais, as mulheres têm conseguido cada vez mais espaço igualitário na sociedade, ainda assim, existem impactos que travam suas conquistas. Diante disso, observa-se que nasce o medo de dirigir; as mulheres carregam em si uma grande falta de liberdade, o que dificulta a inclusão de muitas delas e a inserção no trabalho (CORASSA, 2006).

A Psicologia do Trânsito traz uma inovação na área, pois investiga comportamentos e condições físicas e psicológicas, associadas às próprias habilidades e eventos que motivam e ou se modificam (ROZESTRATEN, 1981).

Liz relatou que, aos 9 anos de idade, teve seu primeiro susto no trânsito, junto ao seu pai e irmã mais nova. Estavam em um caminhão e, ao passar por uma ponte, o caminhão tombou sobre um rio enorme, mas saíram sem ferimento. Anos depois, ela estava gestante e sofreu um acidente de moto com os filhos, no qual também não houve ferimentos. Liz lembrou ainda de um fato importante, em que o esposo a fez dirigir sobre uma ponte; ela afogava o carro e tremia muito sem conseguir respirar, e após esse episódio ficou anos sem dirigir, conforme as palavras da entrevistada: *“tive muito medo naquele dia, até hoje me lembro daquele sufoco”*.

Com a idade chegando, e os filhos adolescentes, Liz se sentiu pressionada a dirigir: *“estou velha, com filhos e a cidade é muito grande, tudo é muito longe. Eu precisava tomar uma atitude e parar de depender dos outros, eu via as mulheres dirigindo e ficava mais ansiosa, sentia como se eu fosse um nada. Eu nunca ouvi que eu era um perigo, mas sempre escutei ‘mulher no volante perigo constante’, não sei se tem a ver com minha insegurança só sei que diminuía a vontade de dirigir”*.

No que se refere ao relato anterior, pode-se ressaltar as colocações de Alves (2000), o qual afirma que as mulheres eram sujeitas apenas à função de reproduzir, restritas aos serviços domésticos e aos caprichos dos homens.

“Quantas vezes eu chorei por não conseguir nem sair do lugar, me sentia um nada, fracassada”. Essa fala da participante da pesquisa está de acordo com as palavras de Hammoud (2016), o qual afirma que é normal o indivíduo se sentir encurralado, com baixa autoestima, as pessoas se tornam refém de seus medos, com sensação de incapacidade, frustração e preocupação excessiva com sua avaliação.

O indivíduo sente-se encurralado em situação de ansiedade, os batimentos cardíacos aumentam a carga de adrenalina, a aceleração evidencia a sensação de falta de ar, essa tensão pode provocar a descarga de adrenalina, aumentando a taxa de açúcar no sangue. A ansiedade é um alerta de reação natural do corpo, está ligado ao nervosismo, medo constante e preocupação excessiva, falta de concentração, pensamentos acelerados, sensação de descontrole, de que algo ruim vai acontecer (HAMMOUD, 2016).

“Toda vez que ouvia alguém dizer que eu tinha que dirigir, aumentava minha preocupação, o medo de atropelar todos na minha frente, afogar o carro e escutar os outros buzinando, matar meus filhos; já pensava: não nasci pra isso”. É possível observar na fala de

Liz, a pressão para dirigir. Para Ferreira (2017), a necessidade de circulação tem aumentado os meios de transporte e isso dificulta o enfretamento do medo; causa ansiedade, pois o trânsito é um sistema de população que gera mortes e perdas econômicas por disfunções no funcionamento do sistema de tráfego, gerando conseqüentemente pessoas ansiosas ou fóbicas.

4.2 Dificuldades enfrentadas: “sabia que não ia conseguir”

O ato de dirigir se tornou parte da qualidade de vida nos dias atuais, pois é um facilitador da mobilidade e autonomia do indivíduo. As pessoas têm evitado o trânsito, o que, de fato, significa obstáculo pessoal; são pessoas que têm uma experiência individual na interação social, acabam sendo reprovadas por conta da pressão, e a avaliação provoca reações de nervosismo, preocupação e medo intenso, causando calafrios, sudoreses e sensação de falta de ar.

Na fala de Liz: *“não sei porque inventei de fazer habilitação, eu sabia que no fundo eu ia reprovar”*, é possível entender que, segundo Ramos (2011), muitas pessoas apresentam a frustração durante os exames, são pessoas que nessas situações acabam falhando. *“Tentei só uma vez, reprovei nos dois, no carro e na moto, nem andei já afoguei de primeira, eu vi que nas aulas eu dirigia com insegurança, mas no dia foi pior, um tapa na minha cara, devia ter seguido minha intuição”*. Para Ferreira (2017), os motivos que impedem as pessoas de se desenvolverem como motoristas é o medo. Mantêm-se nas crenças de que não vão conseguir, ativam gatilhos perigosos que as impedem de enfrentar o medo, nessa variável, pode-se dizer que a insegurança evita a ação de dirigir, causando medo. Essa insegurança é alimentada pela evitação e comparação com os que possuem aprovação satisfatória.

“Pensei: não adianta tentar mais, pra que? Só pra eu chorar, entristecer com isso, desisti mesmo. Também, ninguém de casa dirige, todos têm medo, eu sabia que não ia conseguir, sei lá, genética ruim”. Segundo Rangé (2011), com relação ao pressuposto teórico cognitivo, as pessoas desenvolvem e mantêm crenças básicas a partir das quais formam a visão de si próprias, do mundo e do futuro. Sob esse enfoque, terapeuta e paciente trabalham juntos para identificar distorções cognitivas, que são pensamentos, pressupostos e crenças disfuncionais presentes nos transtornos psicológicos, principalmente nos comportamentos ansiosos.

Conforme outra fala da participante: *“quantas vezes paguei taxi para fazer minhas coisas, só que eu sei dirigir, mas o meu medo me travava, me deixa sem ação, eu fui refém por anos”*. A terapia foca na modificação desses pensamentos e do sistema de crenças, o que

resulta na melhora do humor e do comportamento da pessoa. Ferreira (2017, p. 17) afirma que geralmente a “insegurança é causada pela falta de conhecimento, baixa autoestima e confiança própria. Dificilmente uma pessoa que sabe como agir em situações difíceis sofrerá com questões como a insegurança”.

4.3 Sentimentos vivenciados: “*um medo desesperador*”

As emoções do medo de dirigir são tensões constantes, limitantes e constrangedoras, essas reações causam desajustes na pessoa ansiosa, produzindo uma elevação desproporcional no grau de ansiedade. Isso não só prejudica a vida, mas interfere nas capacidades do indivíduo (FERREIRA, 2006). Tal premissa é evidenciada na fala de Liz: “*eu fiquei desolada, ferida, extremamente chorona e me sentindo fracassada, o medo tomava conta, passei a não pegar o carro, insegura e com baixa autoestima cada vez mais*”.

Beck (2005) nomeia a teoria dos modos, a partir da qual ele assegura que as crenças centrais envolvem, necessariamente, ambos os polos de uma explicação sobre si, o mundo/os outros e o futuro. Sendo assim, Beck destaca ainda que não são as crenças centrais em si que são disfuncionais, e sim sua forma de intensificação que se torna disfuncional em alguns casos, quando esta não condiz com a situação e com as evidências.

Saber dirigir faz parte da nossa evolução humana, somos seres humanos cada vez mais criteriosos; é importante lidar com o medo e as crenças enraizadas. Sabe-se que o medo é normal, porém é ele que impede, trava e acomoda os indivíduos; é preciso rever os conceitos das principais crenças que impedem a superação do medo. “*Minha mãe é uma incentivadora, ela nunca conseguiu, e eu reprovei, e todos ficaram muito tristes e continuaram a me apoiar, mas eu não queria decepcioná-los também, minha mãe precisava muito de motorista, meu pai já está idoso*”. Para Beck e Alford (2000), os pensamentos automáticos disfuncionais podem ser influenciados por distorções cognitivas. Estas seriam distorções sistemáticas no processamento da informação, falhas de interpretação e raciocínios desprovidos de lógica.

De acordo com Beck (2005), embora os pensamentos automáticos pareçam surgir espontaneamente, eles se tornam bastante previsíveis, uma vez que as crenças subjacentes do paciente sejam identificadas, o terapeuta cognitivo está preocupado em identificar os pensamentos que são disfuncionais, ou seja, os que distorcem a realidade, que são

emocionalmente aflitivos e/ou interferem nas habilidades do paciente, impedindo-o de atingir suas metas. Pensamentos automáticos disfuncionais são quase sempre negativos.

“O medo era tão desesperador que até dor na barriga dava, eu sentia enjoo, chorava só de pegar no volante e ligar o carro, totalmente impotente, entrei na autoescola e saí bem pior que antes, fiquei envergonhada por anos, o medo me matava”.

O relato acima confirma a citação de Bellina (2005), a qual afirma que o medo da reprovação deixa traumas para as tentativas futuras, desencadeia uma ansiedade, esse medo exagerado até mesmo de chegar perto de um carro gera sentimentos perigosos e desconfortáveis em todos os pontos da vida.

Ferreira (2017, p. 10) aponta as manifestações fisiológicas causadas pela ansiedade, quais sejam: “sudorese, aumento dos batimentos cardíacos, fadiga, tremores, diarreia, entre outros”. O autor indica ainda que existem “manifestações emocionais que contribuem para o aumento da ansiedade, tais como: medo, insegurança, cobrança pessoal e raiva”, o que é demonstrado na narrativa de Liz: *“eu fiquei transtornada pela vergonha, as sensações de falta de ar cada vez mais aumentava, medo, insegurança, tremedeira, suava muito; diarreia então, meu Deus, era sempre antes de entrar no carro, já fiz até na calcinha, e eu chorava muito, sensação de desespero sem saída”.*

Observa-se que esse medo pode estar ligado a cobrança pessoal e falta de preparo, o que pode ser confirmado na fala de Liz: *“eu tinha que tentar pelos meus filhos, mas criei expectativas demais, por tempo não sabia mais lidar com esse medo”.* Esse relato permite entender que, só de estar em um veículo, o indivíduo pode vivenciar sentimentos de limitações, provocando estresse, frustração, ansiedade e fobia específica. O medo se dá por emoções adaptativas, a intensidade deve provocar um comportamento resiliente.

4.4 Ansiedade no trânsito: “me faltava o ar”

Para Bellina (2005), as causas do medo de dirigir não estão ligadas somente ao evento fóbico, mas ao medo de falhar, de não lidar com as críticas, sentimento de vergonha, normalmente observado no sexo feminino, pois as mulheres possuem traços detalhistas e exigem muito de si mesmas. Esses sentimentos foram confirmados no relato a seguir: *“A pressão da família foi aumentado cada vez mais, eu precisava sair com minha mãe e era sempre de bicicleta, dias de sol ou chuva, com três carros na garagem, mas acho que dirigir não era meu sonho, sei lá”.*

Corassa (2006) afirma que a ansiedade vai muito mais além do frio na barriga, tensões e desconforto; os pensamentos negativos são instalados, geram conflitos internos e

circulam entre o real e o imaginário. É uma consequência que pode ser normal ou patológica, no caso de Liz, considera-se patológica, pois afeta a qualidade de vida.

“Quanto mais me pressionava eu ficava mais ansiosa, lembro que em uma noite fui hospitalizada, sensação de falta de ar, me faltava o ar mesmo, tontura e ânsia de vômito. Passei a semana inteira com tremor e comecei tratamento com ansiolítico cloridrato de sertralina (50mg). O médico disse que eu sofria de ansiedade e pânico, eu precisava entender o porquê, sendo que eu não estava estressada, eu pensei que eu tinha só o medo, mas com remédios vi que o negócio era sério”.

No relato destacado acima, podemos compreender que o medo está ligado à expectativa de algo específico ou desconhecido. Essa manifestação é considerada ansiedade; muda o estado emocional, deixando o indivíduo com sintomas físicos, como a sensação de falta de ar; o evento estressor pode desestabilizar o sistema nervoso. Acredita-se que as causas podem ser genéticas, ambientais ou psicológicas, e ativam sentimentos de angústia e preocupação (CANTINI *et al.*, 2013).

“Me encaminharam para psicólogo do SUS, eu não acreditava muito, mas só podia pegar os remédios se eu tivesse fazendo as sessões, eu fui fazendo”. A ansiedade é uma ameaça, ela provoca pensamentos e sentimentos descontrolados, quanto mais se pensa, mais a ansiedade aumenta. O medo é acompanhado pela ansiedade, que aumenta o perigo imaginário e causa seu crescimento. O medo pode ser inato ou aprendido. É possível aprender a ter medo por conta da cultura familiar e torná-lo um medo patológico sobre a situação, gerando assim uma fobia específica (RANGÉ, 2011).

4.5 Atendimento psicoterápico: “um grande alívio”

De acordo com Knapp (2004), a TCC não é um modelo linear em que as situações ativam pensamentos que geram uma consequência com resposta emocional, comportamental e física. Há uma interação recíproca de pensamentos, sentimentos, comportamentos, fisiologia e ambiente. É reconhecido que as emoções podem influenciar os processos cognitivos e que os comportamentos também podem influenciar a avaliação de uma situação pela modificação da situação ou por evocar as respostas de outras pessoas, como se observa na fala da participante: *“eu achei que era besteira, que eu não nasci para dirigir, as sessões não iam funcionar comigo, eu fui vendo que com tempo fui melhorando, ganhei paciência comigo”.*

De acordo com Beck (2014), pessoas com crenças centrais negativas sobre si mesmas podem apresentar, de maneira geral, conceitualizações dentro das seguintes classes: desamparo (sentimento de incapacidade), desamor (desmerecimento de afeto dos outros) e

desvalorização (com um aspecto moral diferente, tendo um significado negativo da própria natureza da pessoa).

“As sessões começaram a fazer sentido pra mim, quando fui entendendo que eu tinha medo de algo que só imaginava, era ele que estava dominando todo esse tempo”. Esse relato confirma o que é disposto por Beck (2014), que enfatiza que o terapeuta busca, de uma variedade de formas, produzir mudanças cognitivas, mudanças no pensamento e no sistema de crenças do paciente, visando a promover mudança emocional e comportamento duradouro.

“Eu fiz um monte de tarefas, passava o dia fazendo elas, a psicóloga era muito empenhada, e era da linha de TCC, sei disso porque ela sempre diz, ela me explicava o que estava acontecendo com os meus pensamentos, as angústias, o medo, ela me ensinou a respirar, a controlar as emoções, eu confesso que foi fazendo efeito pra quem não acreditava nisso, um grande alívio para meu problema, além dos medicamentos, a psicóloga me ajuda muito”.

Caballo (2003) propõe intervenções específicas para pessoas preocupadas, esse treinamento é baseado em dois tipos de estratégias. Primeiro, a orientação em relação ao problema, pessoas que sofrem com ansiedade têm deficiência em preocupação e a falta de controle. Segundo, as habilidades de solução de problemas, as quais são comportamentos de solução de problemas que compreendem quatro passos: definição do problema; geração de soluções alternativas; tomada de decisão; prática da solução escolhida e avaliação de seus efeitos.

“Eu aprendi a cooperar comigo, com o passar das sessões, fui fazendo aos poucos, sentava no banco do carro, imaginava eu andar, quando vinha pensamentos negativos eu dizia que eu era capaz, foi muito bom e até hoje faço as terapias, não me lembro quantas sessões já fiz, mas passa de sete meses, mas foi suficiente para me ajudar a sair do lugar, eu ando de carro em lugares perto e não sei estacionar, eu ainda sinto frio na barriga, mas já consigo controlar, agora próximo passo é recomeçar o processo de carteira”.

Segundo Oliveira (2011), a TCC, nos casos de ansiedade, requer foco na resolução de problemas e na habilidade de escolhas. E, com isso, o paciente ganha autonomia, porque sai da posição passiva e evitativa, da incapacidade, impotência e falta da tomada de decisão para uma personalidade consciente com poder de escolhas e menos rígida.

“Tinha tarefa de casa, anotava os pensamentos ruins quando entrava no carro sozinha em casa, duas vezes por semana, um dia fizemos uma sessão de entrar no carro e sair e dizer o que sentia, foi tão importante aquele dia, eu chorei porque entendi que eu não era burra, e que eu estava presa às minhas raízes e acomodei muito e sofri demais”.

Segundo Knapp (2004, p. 59), a psicoeducação trabalha no intuito de ensinar os pacientes a aprender através de suas experiências. O tratamento utiliza-se dos seguintes recursos: “monitorar e identificar pensamentos automáticos; reconhecer as relações entre cognição, afeto e comportamento; testar a validade de pensamentos automáticos e crenças nucleares”. Knapp (2004, p. 59) também ressalta a importância de “corrigir conceitualizações tendenciosas, substituindo pensamentos distorcidos por cognições mais realistas; e identificar e alterar crenças, pressupostos ou esquemas subjacentes a padrões disfuncionais de pensamento”.

Antes de tudo, preocupou-se em conhecer a experiência do medo de dirigir e, no decorrer do processo, explicar essas vivências e as dificuldades em enfrentar a fobia específica do objeto. Percebeu-se que esse medo está associado a crenças disfuncionais, favorecendo o sentimento de frustração, medo, vergonha e raiva.

Os objetivos foram alcançados, respondendo com exatidão à problematização do trabalho, pois a terapia promoveu aos poucos para Liz, soluções saudáveis na sua rotina, através de exercícios de relaxamento e outras tarefas de casa junto com os membros da família, que foram essenciais para superar o medo de dirigir até o momento da pesquisa. Liz foi estimulada a enfrentar seu problema, principalmente quando relata que a psicóloga foi até o carro com ela, o que a TCC chama de processo de dessensibilização automática. Com isso, o tratamento teve eficácia nas crenças, no medo de dirigir e na ansiedade, por meio dos exercícios de respiração e relaxamento.

Foi notório o processo de evolução da participante. A psicóloga trabalhou na modelação do comportamento, no processo de descatastrofização, através do treino assertivo, ela aprendeu a reconhecer suas crenças, o que foi demonstrado no momento em que ela relatou que percebeu que “*não era burra*”. A psicóloga trabalhava de forma individual, e quinzenal. Além da fobia, Liz também trabalhava questões de depressão e autoconhecimento. A terapia cognitivo-comportamental, no caso de Liz, mostrou-se eficaz, de acordo com seu próprio relato. A participante não soube dizer os nomes das técnicas e a pesquisadora teve dificuldade de interpretar os relatos, porém, diante dos renomados teóricos, reconheceu-se que a psicoterapeuta de Liz utilizou-se de técnicas de psicoeducação; registros de pensamentos disfuncionais: técnica de exposição; dessensibilização automática; além de técnicas de relaxamento e respiração.

Este trabalho foi satisfatório, pois respondeu às expectativas da pesquisadora, sensibilizando para um olhar mais humanizado; o ato de ouvir e sentir um pouco da dor

permite compreender o assunto. A Psicologia possui uma área de trabalho muito ampla na atualidade, podendo ser desenvolvida em: consultórios, clínicas psicológicas, hospitais, ambulatórios, centros de saúde, escolas, instituições educacionais (creches, orfanatos, etc.), empresas ou indústrias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto, preocupou-se, antes de tudo, em conhecer a experiência do medo de dirigir e, no decorrer do processo, explicar essas vivências e as dificuldades em enfrentar a fobia específica do objeto. Percebeu-se que esse medo está associado a crenças disfuncionais, favorecendo o sentimento de frustração, medo, vergonha e raiva.

Os objetivos foram alcançados, respondendo com exatidão à problematização do trabalho, pois a terapia promoveu aos poucos para Liz, soluções saudáveis na sua rotina, através de exercícios de relaxamento e outras tarefas de casa junto com os membros da família, que foram essenciais para superar o medo de dirigir até o momento da pesquisa. Liz foi estimulada a enfrentar seu problema, principalmente quando relata que a psicóloga foi até o carro com ela, o que a TCC chama de processo de dessensibilização automática. Com isso, o tratamento teve eficácia nas crenças, no medo de dirigir e na ansiedade, por meio dos exercícios de respiração e relaxamento.

Foi notório o processo de evolução da participante. A psicóloga trabalhou na modelação do comportamento, no processo de descatastrofização, através do treino assertivo, ela aprendeu a reconhecer suas crenças, o que foi demonstrado no momento em que ela relatou que percebeu que “*não era burra*”. A terapia cognitivo-comportamental, no caso de Liz, mostrou-se eficaz, de acordo com seu próprio relato. A participante não soube dizer os nomes das técnicas e a pesquisadora teve dificuldade de interpretar os relatos, porém, diante dos renomados teóricos, reconheceu-se que a psicoterapeuta de Liz utilizou-se de técnicas de psicoeducação; registros de pensamentos disfuncionais; técnica de exposição; dessensibilização automática; além de técnicas de relaxamento e respiração.

Este trabalho foi satisfatório, pois respondeu às expectativas da pesquisadora, sensibilizando para um olhar mais humanizado; o ato de ouvir e sentir um pouco da dor permite compreender o assunto. A Psicologia possui uma área de trabalho muito ampla na atualidade, podendo ser desenvolvida em: consultórios, clínicas psicológicas, hospitais, ambulatórios, centros de saúde, escolas, instituições educacionais (creches, orfanatos, etc.), empresas ou indústrias.

Os ramos da Psicologia vêm crescendo ainda mais com o passar dos anos, sendo reconhecida no mercado de trabalho e utilizada/aplicada em todas as áreas da vida humana.

Tudo que se refere ao homem precisa ser investigado e trabalhado, pois cada ser humano possui suas individualidades e necessita de ajuda, para que, desse modo, consiga organizar-se psiquicamente e buscar seguir a direção correta de sua vida.

O papel do psicólogo é promover saúde, acolher o indivíduo na sua intimidade mais profunda e, através desse acolhimento, fazer o indivíduo moldar seus problemas e conseguir modificar os seus comportamentos, utilizando-se também de instrumentos apropriados e técnicas para interpretações e intervenções. É a partir dessas orientações que o psicólogo irá realizar a terapia, tanto individual quanto em grupo, e o indivíduo começará um processo de aceitação, propiciando mudanças em si mesmo, em relação aos outros e ao ambiente em que vive.

O trabalho ressaltou a história da mulher, considerada um ser inferior quando comparada ao homem desde o início da civilização; no Brasil, somente através da Constituição Federal de 1988, passa a ter direitos e obrigações equiparados aos dos homens. Desta forma, o século XX marca o nascimento social da mulher. Aquele conceito de mulher como progenitora dos descendentes da família, responsável pelo cuidado da casa e da educação dos filhos, que não precisava pensar e que não necessitava desenvolver-se intelectualmente, tendo em vista que assuntos importantes eram tratados entre homens, deixou de existir.

As mulheres têm hoje maior participação, não só no mercado de trabalho, como também na política e na economia. Detêm, de forma inteiramente livre, o direito de escolher com quem e como querem estabelecer suas relações conjugais.

O trabalho da psicologia, com enfoque na terapia cognitivo-comportamental, foi de promover o autoconhecimento, de permitir espaço de escuta para que haja superação e qualidade de vida.

Reconhece-se que ainda há muito para se explorar, e é importante ressaltar a relevância de trabalhos posteriores, de forma comparativa, entre participantes que tiveram atendimento psicoterápico e os que não tiveram, avaliando, assim, a importância da eficácia da terapia cognitivo-comportamental. Acredita-se que novos estudos de caso auxiliem na extensão do assunto e embasem a discussão sobre o medo de dirigir e a participação ativa do profissional de psicologia.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. D. V. et al. As relações de gênero e as percepções dos/das motoristas no âmbito do sistema de trânsito. **Psicol. cienc. prof.**, vol.25, no.2, Brasília, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/scielo.p>>. Acesso em: 14 out. 2020.
- ALVES, A.; GOMES, J. Contribuições da Psicologia do Trânsito: considerações sobre educação para o trânsito e formação profissional. **Rev. Científica da Faminas**. V. 10, N. 3, SET-DEZ. 2014.
- ALVES, Z. M. M. B. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. **Psicologia: teoria e pesquisa**, vol. 16, n. 3, set-dez 2000, pp. 233-239. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 mai. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6. ed. São Paulo: Edições 70 (Almedina), 2011. 280p.
- BECK, A. T. Além da crença: uma teoria de modos, personalidade e psicopatologia. In: SALKOVSKIS, P. M. (Ed.). **Fronteiras da terapia cognitiva** (pp. 21-40). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed. 2000.
- BECK, A. T.; KNAPP, P. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. **Rev. Bras. Psiquiatria**, 2008; 30(Supl II): S54-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462008000600002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática**. 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BELLINA, C. C. O. **Dirigir sem medo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, 123p.
- BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2001. 492 p.
- BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2008. 365p
- BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. 365p.
- BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005. 18 p. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br>. Acesso em: 15 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental: Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2020.

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. São Paulo: Santos, 2003.

CANTINI, J. A. *et al.* **Medo e evitação na direção de veículos: características de motoristas que nunca dirigiram após obtenção da Carteira Nacional de Habilitação**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf p.7>>. Acesso em: 20 out. 2020.

CARDOSO, H. F.; SANTOS, M. M.; SANTOS, T. M. M. Psicologia do Trânsito: análise sistemática da literatura na SciELO, Redalyc e PePSIC. **Revista Ensaios: "Extensões"**, vol.1, nº 5, 35-45, 2011.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005. 18 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução CFP nº 012/2000**, 2000. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/>>. Acesso em: 01 out. 2020.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução CFP nº 25 de 30/11/2001** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2001. 18 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

CTB. Código de Trânsito Brasileiro. **A Legislação de Trânsito no Brasil é formada pela Lei nº 9.503/97 – Código de Trânsito Brasileiro – CTB**, 2009. LEI Nº 9.503, DE 23 DE SETEMBRO DE 1997. Disponível em: <<https://www.portaldotransito.com.br/>>. Acesso em: 02 nov. 2020.

CORASSA, N. **Vença o Medo de Dirigir**. São Paulo: Gente, 2006.

COUTINHO, W. **Medo de dirigir: como perder o medo, exercícios e superá-lo**. 2018. Disponível em: <<https://www.psicologiaviva.com.br/medo-de-dirigir/>>. Acesso em: 04 mai. 2020.

DORIN, L. **Introdução à Psicologia**. 1º volume. São Paulo: Saraiva, 1987.

DSM-V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli *et al.* – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

FERREIRA, E. M. R. S. **O estado de ansiedade pré-competitiva e autoconfiança: estudo realizado com jogadores seniores de Hóquei em patins.** 2006. 75 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade do Porto, Porto, 2006.

FERREIRA, T. B. **Sentimentos vivenciados no processo de aquisição da carteira nacional de habilitação.** Patrocínio: Centro Universitário do Cerrado, 2017.

FIUZA, William. **A terapia cognitivo-comportamental e o medo de dirigir.** 2019. Disponível em: <<https://www.wainerpsicologia.com.br/>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 192 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 216 p.

GODINHO, Renato Domith. Como foi inventado o automóvel? Assim como o avião, ele tem diversos pais. **Rev. ABRIL** 14 fev 2020, 17h48 - Publicado em 18 abr 2011, 18h56. Disponível em: <https://super.abril.com.br/mundo-estranho/como-foi-inventado-o-automovel/>. Acesso 11 out 2020.

GOMES, M. **Destaque às mulheres no trânsito.** 2019. Disponível em: <<https://portaldotransito.com.br/opiniaio/normas-e-legislacao/destaque-as-mulheres-no-transito/>>. Acesso em: 04 mai. 2020.

GOMES, W. M. Manifestações do caráter e suas patologias no trânsito. In: Encontro paranaense, congresso brasileiro, convenção brasil/latino-américa, xiii, viii, ii, 2008. **Anais.** Curitiba: Centro Rechiando, 2008. cd-rom. [isbn – 978-85-87691-13-2].

HAMMOUD. M. **Transtornos de ansiedade.** 2016. Disponível em: <<https://br.mundopsicologos.com/>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

KERBAUY, Rachel Rodrigues. Terapia comportamental cognitiva: uma comparação entre perspectivas **Psicol. cienc. prof.** vol.3 no.2 Brasília 1983. Departamento de Psicologia Experimental Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931983000100002>. Acesso 11 out 2020.

KNAPP, P. **Terapia Cognitivo Comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 320 p.

MARTIN-BARÓ, I. O papel do Psicólogo. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 2, n. 1, p. 7-27, jun. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1997000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2020.

MIRANDA, A. B. S. O Que é a Psicologia do Trânsito?. **Psicologado**, 2013. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-do-transito/o-que-e-a-psicologia-do-transito>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

MIRANDA, A. M.V.; SANCHES, M. A. C. O trabalho do psicólogo com famílias de pacientes psiquiátricos: relato de uma experiência. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.10, n. 2-4, p. 6, set. 1990. Disponível em: Acesso em: 10 nov. 2020.

MÚTARI, A. M. **Psicologia Clínica**. Campo Grande: Portal Educação, 2014. 139 p.

OLIVEIRA, M. I. S. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. Pós-graduação - (Psicóloga) - Aracaju - SE - Brasil. Prefeitura de Aracaju - SE - Secretaria Municipal da Saúde; **Rev. bras. ter. cogn.** vol.7 no.1 Rio de Janeiro, jun. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/>>. Acesso em: 20 out. 2020.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo, saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 2001. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2020.

PROVANOVA, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMOS, R. T. Transtornos de Ansiedade. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, 2011.

RANGÉ, B. *et al.* **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 800p.

RESOLUÇÃO CFP N.º 007/2003. Manual de Elaboração de Documentos Decorrentes de Avaliações Psicológicas. **Resolução CFP N°017/2002**. Disponível em: <<http://www.crpssp.org.br/portal/>>. Acesso em: 14 jun. 2020.

RINALDI, A. **As mulheres importantes para a história do automóvel**. Disponível em: <<https://www.icarros.com.br/>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

ROZESTRATEN, R. J. A.. Psicologia do Trânsito: o que é e para que serve. **Psicol. cienc. prof.** [on-line]. 1981, vol.1, n.1, pp. 141-143.

SEVERINO, J. A. **Metodologia do Trabalho Científico** – 22. Ed. Ver. e ampl. de acordo com a ABNT – São Paulo: Cortez, 2002.

SCHWARZER, C. **O que é ser bom motorista: a perspectiva dos condutores de ônibus urbano**. Orientadora: Iara Picchioni Thielen. 2006. 45 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Setor de Ciência Humanas, Letras e Artes, UFPR, Curitiba, 2006. Disponível em: <<http://www.npt.ufpr.br/O%20QUE%20C9%20SER%20BOM%20MOTORISTA%20A%20OPERPECTIVA%20DOS%20CONDUTORES%20DE%20D4NIBUS%20URBANO.doc>>. Acesso em: 20 out. 2020.

SOARES, M. H.; BUENO, S. M. V. **Saúde mental: novas perspectivas**. São Caetano do Sul: Yendi Editora, 2011. 211p.

SOUSA, M. A. A. **Ansiedade e medo na obtenção da licença para dirigir**. Monografia apresentada a Faculdade de Ensino Superior do Piauí – FAESPI, com requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia. TERESINA – PI 2018, p.44. Disponível em : <<http://www.grupomagister.com.br>>. Acesso em: 12 out. 2020.

STEFANELLI, I. M. K. F. *et al.* **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Editora Manole Ltda., 2011. 668p.

VASCONCELOS, E. A. **O que é trânsito**. 1 ed. São Paulo: Brasiliense, 2005

VIECILI, J. **Ansiedade e Comportamento de dirigir**. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ANEXO



ANAMNESE

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: ()M ()F ()Outro Estado Civil: _____

Escolaridade: _____ Curso: _____ Faculdade: _____

Período: _____ Telefones: _____ Religião: _____

Local de Trabalho: _____

Naturalidade: _____

Endereço: _____

Cônjuge (nome, idade e profissão): _____

Local de trabalho do cônjuge: _____

Filhos: _____

Possibilidade de horários: _____

Telefone para contato: _____

II - QUEIXA PRINCIPAL E OUTRAS QUEIXAS

Há quanto tempo apresenta? _____

Fez terapia anteriormente? (Citar qual e quando) _____

Histórico da Doença Atual:

Início da patologia:

Frequência: _____

Intensidade: _____

Tratamentos anteriores: _____

Medicamentos: _____

Sintomas apresentados: _____

Eventos traumáticos de vida: _____

Eventos/fatores que precipitam ou agravam crises: _____

Uso de drogas? _____

Tentativa de suicídio? _____

III – DADOS FAMILIARES (caso resida com os pais)

Nome do Pai: _____

Idade: _____

Profissão: _____

Nome da Mãe: _____

Idade: _____

Profissão: _____

Nº de irmãos / Sexo / Idades: _____

Posição no bloco familiar: _____

Reside com: _____

Pais: () Casados () Separados

Filho: () Biológico () Adotivo, Se SIM desde quando? _____

É ciente de sua adoção? () Sim () Não

Reação à situação: _____

IV - ANTECEDENTES FAMILIARES

Alguém com problema mental na família? () S () N Qual/Quem? _____

Alguém com vícios? () Sim () Não Qual/Quem? _____

“ com tiques? ()Sim ()Não Qual/Quem? _____

V- AMBIENTE DE TRABALHO OU ESTUDOS

Vai bem no curso ou trabalho? ()Sim ()Não

Dificuldade em relacionar-se? ()Sim ()Não

Quais? _____

Amigos com facilidade? _____

Adapta-se facilmente ao meio? _____

Prefere ficar só ou com amigos? _____

VI - PARTICIPA DE ALGUMA ATIVIDADE EXTRA?

() Sim () Não Qual(is)? _____

VI - DOENÇAS FÍSICAS: _____

VI - ESTRESSORES PSICOSSOCIAIS: _____

VIII- FUNCIONAMENTO GLOBAL _____

IX- TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ANTERIORES: _____

X-TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES: - _____

XI -DOENÇAS IMPORTANTES QUE TEVE: - _____

XII - MEDICAÇÃO QUE ESTÁ TOMANDO: _____

XIII - MEDICAÇÃO ALTERNATIVA (CHÁS, COMPOSTOS, ETC.) -

XIV - APLICAÇÃO DE TESTES? SE SIM, QUAL O RESULTADO: -

XV - RELACIONAMENTOS IMPORTANTES

Mãe: _____

Pai: _____

Irmãos: _____

Filhos: _____

RELACIONAMENTO COM

PARCEIRO: _____

VIDA SEXUAL ATUAL: _____

SITUAÇÃO FINANCEIRA: _____

ABORTOS ESPONTÂNEOS/PROVOCADOS: _____

PRINCIPAIS LAZERES, VIDA SOCIAL: _____

OBSERVAÇÕES SOBRE DINÂMICA FAMILIAR ATUAL:

Histórico Pessoal:**Infância:**

Rotina

Vícios:

Hobbies:

Exame Psíquico:**Aparência:**

Comportamento:

Atitude para com o entrevistador:

() cooperativo () resistente () indiferente

Orientação

() Autoidentificatória, () corporal, () temporal, () espacial, () orientado em relação à patologia

Observações: _____

Atenção Vigilância: _____

Tenacidade: _____

Memória _____

Inteligência _____

Sensopercepção

() normal, () alucinação

Pensamento

() acelerado, () retardado, () fuga, () bloqueio, () prolixo, () repetição

- Conteúdo: () obsessões, () hipocondrias, () fobias, () delírios

- *expansão do eu*: (grandeza, ciúme, reivindicação, genealógico, místico, de missão salvadora, deificação, erótico, de ciúmes, invenção ou reforma, idéias fantásticas, excessiva saúde, capacidade física, beleza...).

- *retração do eu*: (prejuízo, autorreferência, perseguição, influência, possessão, humildades, experiências apocalípticas).

- *negação do eu*: (hipocondríaco, negação e transformação corporal, autoacusação, culpa, ruína, nihilismo, tendência ao suicídio).

Linguagem

() disartrias (má articulação)

() afasias, verbigeração (repetição de palavras)

() parafasia (emprego inapropriado de palavras com sentidos parecidos)

() neologismo

() mussitação (voz murmurada em tom baixo)

() logorréia (fluxo incessante e incoercível de palavras)

() para-respostas (responde a uma indagação com algo que não tem nada a ver com o que foi perguntado)

Afetividade

Humor

() normal; () exaltado; () baixa de humor; () quebra súbita da tonalidade do humor durante a entrevista;

Consciência da doença atual

() sim, () parcialmente, () não

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Observações Importantes:

- Se não for possível comparecer à sessão, avise com antecedência de, pelo menos, 24 horas;
- Duas faltas consecutivas sem aviso à Clínica, você perderá o horário marcado;
- Seu horário será mantido e respeitado. Caso seja necessário trocá-lo, você será avisado com antecedência e a negociação se dará com sua concordância;

SINOP- MT _____ de _____ de _____.

Psicóloga Responsável

Pais e/ou Responsável

APÊNDICES

APÊNDICE A



FACULDADE DE SINOP - CURSO DE PSICOLOGIA QUESTIONÁRIO

Você está convidado (a) a responder este questionário anônimo que faz parte da coleta de dados de uma pesquisa ética e profissional que trata do tema **A EFICÁCIA DA TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) NO COMPORTAMENTO ANSIOSO NO TRÂNSITO: UM ESTUDO DE CASO** o qual é de responsabilidade da pesquisadora Ellen Cássia Marabá Carvalho, estudante do 10º semestre de Psicologia da Faculdade FASIFE, da cidade de Sinop-MT, orientanda da professora, Esp. Cleoni Carmem Regauer da mesma instituição. Caso você concorde em participar da pesquisa, leia com atenção os seguintes pontos: a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza; b) você pode deixar de participar da pesquisa e não precisa apresentar justificativas para isso; c) sua identidade será mantida em sigilo; d) caso você queira, poderá ser informado(a) de todos os resultados obtidos com a pesquisa, independentemente do fato de mudar seu consentimento em participar da pesquisa; e) as perguntas são semiabertas para responder livremente.

Local e data da aplicação: _____

Nome (Somente as letras iniciais) _____

Idade: _____ **Sexo:** () F () M

Religião: _____

Estado Civil: _____

Tem filhos: () Sim () Não

Quantos filhos menores: _____

Quantos filhos maiores: _____

Ocupação: _____

Grau de Escolaridade: _____

Quantas pessoas residem na sua casa: _____

PERGUNTAS

1) Conte como foi sua história em relação ao medo de dirigir?

Objetivo: A finalidade dessa pergunta foi de entender como a participante começou a ter medo de dirigir, se houve algum trauma. Conhecer os impactos desse medo.

2) Quais foram as dificuldades que você vivenciou?

Objetivo: É de extrema importância entender as vivências dela, desta forma, compreendemos o porquê que ela não conseguiu vencer o medo de dirigir.

3) Como foi viver a experiência do medo de dirigir?

Objetivo: Buscou-se compreender se existia medo normal ou patológico em relação a direção. E como era a qualidade de vida da participante em relação a dependência no ato de ir e vir no trânsito.

4) Como você avalia seu comportamento no trânsito?

Objetivo: de fato é uma questão que traz luz ao trabalho, aqui conseguimos entender o que a participante pensava do seu medo, como se sentia, as reações emocionais e fisiológicas. E se precisou de ajuda psicoterapia e farmacológica.

5) Fale do atendimento do profissional de saúde.

Objetivo: trazer uma visão de que essas pessoas precisam de apoio psicológico para enfrentar o medo de dirigir, entender se os profissionais de saúde oferecem uma rede de apoio humanizada, favorecendo a superação do paciente. Portanto, nesse quesito, foi questionado como ocorreu esse atendimento e os procedimentos adotados pelos profissionais.

APÊNDICE B



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO ESTUDO: A EFICÁCIA DA TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) NO COMPORTAMENTO ANSIOSO NO TRÂNSITO: UM ESTUDO DE CASO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, o pesquisador responsável pelo estudo e a equipe desta pesquisa estarão disponíveis para esclarecê-los. A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar dele.

OBSERVAÇÃO: Caso o participante não tenha condições de ler e/ou compreender este TCLE, ele poderá ser assinado e datado por um membro da família ou responsável legal pelo paciente.

Objetivo do Estudo:

Objetivo Geral:

- Conhecer a experiência da perda gestacional e as dificuldades de elaboração psíquica do luto

Os objetivos específicos são:

- Realizar um estudo teórico sobre o luto perinatal;
- Explanar as vivências da mulher diante do luto perinatal;
- Evidenciar a atuação do psicólogo hospitalar em situação de perda gestacional;
- Apresentar recursos terapêuticos contribuintes na elaboração do luto materno.

Duração do Estudo

A sua participação no estudo será de aproximadamente 1 hora.

Procedimento do Estudo Após entender e concordar em participar, será entregue ao Senhor (a) o questionário, juntamente com uma caneta, para o devido preenchimento. Serão

lidas para o (a) Senhor (a) todas as perguntas do questionário, a fim de esclarecer da melhor forma possível sobre o instrumento.

Riscos Potenciais, Efeitos Colaterais e Desconforto Não há riscos, nem efeitos colaterais em relação à participação na pesquisa proposta. Em caso de desconforto, o (a) participante poderá parar de responder à pesquisa se desejar.

Benefícios para o participante não há benefício direto para o participante desse estudo. Trata-se de um estudo para a verificação de hipóteses relacionadas à importância do psicólogo hospitalar na elaboração do luto materno, a fim de compreender as vivências da mulher ante o luto perinatal. Sendo assim, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Contudo, os resultados obtidos com este estudo poderão colaborar para fomentar novas pesquisas sobre o assunto.

Compensação Você não receberá nenhuma compensação para participar desta pesquisa e também não terá nenhuma despesa adicional.

Participação Voluntária/Desistência do Estudo/Descontinuação do Estudo Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser. Importante esclarecer, que o pesquisador poderá retirá-lo do estudo, caso os procedimentos do estudo possam apresentar algum risco para a sua saúde, ou em casos de complicações devido aos procedimentos. Mas isso tudo será devidamente informado ao (à) Senhor (a).

Confidencialidade Todas as informações colhidas e os resultados dos testes serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do paciente a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifiquem serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações. Fica claro que serão observadas questões importantes acerca do sigilo e da ética, conforme o Código de Ética do Profissional do Psicólogo (CFP, 2005).

Com Quem Devo Entrar em Contato em Caso de Dúvidas, poderá entrar em contato com os responsáveis pelo estudo, que neste caso são: Ellen Cássia Marabá Carvalho Cruz (Acadêmica Pesquisadora) pelo telefone: (66) 9935-9382 ou falar com o senhor(a) Cleoní Carmen Regauer, Psicólogo e Especialista, Professor (Orientador), através do telefone: (66) 9989-9245. Entretanto, se houver a necessidade, também poderá procurar a Coordenadora do curso de Psicologia da FASIPE, a Psicóloga Professora Especialista Ana Paula Cezar, através do telefone (66) 3517-1320, ou até mesmo ir pessoalmente à Faculdade FASIPE, de manhã ou à noite no seguinte endereço: Av. Magda Cassia Pissinati N° 69,

Residencial Florença - Sinop – MT. **Declaração de Consentimento Concordo em participar do estudo intitulado**

Li e entendi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tornando-me assim o objeto de estudo. Dessa forma eu estou ciente dos benefícios e riscos. Recebi explicações sobre o preenchimento do questionário e tive a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas. Estou ciente de que estou livre para decidir se participo ou não da pesquisa. Sei que, ao assinar o presente documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Nome do Participante da Pesquisa

Data

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome do pesquisador principal

Data

Assinatura do Pesquisador Principal

Observação: Este documento é elaborado e deverá ser assinado em duas vias: uma será entregue ao participante (sujeito da pesquisa) e a outra via ficará com o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador, pelo participante da pesquisa ou seu representante legal.