



A ANSIEDADE NO ADULTO E SUAS SEQUELAS PSICOLÓGICAS INFANTIS: Um diálogo entre terapias cognitivas e neurociências

DOI: 10.22289/2446-922X.V10N1A38

Laert Bruno de **Andrade**
Danilo Andrade de **Meneses**¹
Camila Teresa Ponce de Leon Mendonça **Tagliaferro**

RESUMO

Com base nos contínuos desenvolvimentos das Terapias Cognitivas, juntamente com o aporte da Neurociência, a presente pesquisa teve por objetivos evidenciar a influência dos impactos psicológicos da infância dos participantes no desenvolvimento de predisposições ansiosas em suas fases adultas, assim como identificar a existência de possíveis abalos psicológicos em relação aos seus cuidadores, ou núcleos familiares, e possíveis experiências negativas vividas nos ambientes escolares. Os métodos de investigação foram o corte transversal para obtenção de dados, sendo a pesquisa exploratória e descritiva, quantitativa e qualitativa, com amostragem aleatória simples para 260 participantes com faixas etárias entre 25 e 45 anos. Mediante o desenvolvimento e aplicação de um questionário temático acerca de estressores experienciados no período infantil, assim como a utilização da Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), foi possível verificar que para cada grau de ansiedade, isto é, normal, leve, moderado e grave, houve um número crescente de estressores infantis. Os participantes, portanto, com graus mais intensos de ansiedade vivenciaram mais situações estressoras na infância quando comparados aos participantes com níveis de ansiedade menos elevados. Assim, evidenciou-se a importância da preservação de interações humanas funcionais nos núcleos familiares e instituições de ensino para o saudável desenvolvimento psicoemocional infantil e adulto.

619

Palavras-chave: Transtornos de Ansiedade; Maus-Tratos Infantis; Inconsciente Psicológico; Psicologia do Desenvolvimento; Terapia Cognitivo-Comportamental; Terapia do Esquema.

ADULT ANXIETY AND ITS PSYCHOLOGICAL SEQUELS FROM CHILDHOOD: A dialog between cognitive therapies and neurosciences

ABSTRACT

Based on the continuous development of Cognitive Therapies, together with the contribution of Neuroscience, the aim of this research was to highlight the influence of the psychological impacts of the participants' childhoods on the development of anxious predispositions in their adult phases, as

¹ Endereço eletrônico de contato: danilo.eletrof@gmail.com

Recebido em 15/04/2024. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 16/05/2024.



well as to identify the existence of possible psychological upheavals in relation to their caregivers or family nuclei, and possible negative experiences in school environments. The research methods were cross-sectional to obtain data, and the research was exploratory and descriptive, quantitative and qualitative, with simple random sampling of 260 participants aged between 25 and 45. By applying a thematic questionnaire about stressors experienced during childhood, as well as using the Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), it was possible to verify that for each degree of anxiety, i.e. normal, mild, moderate and severe, there was an increasing number of childhood stressors. Participants with higher levels of anxiety therefore experienced more stressful situations in childhood than those with lower levels of anxiety. This highlights the importance of preserving functional human interactions in families and educational institutions for healthy psycho-emotional development in children and adults.

Keywords: Anxiety Disorders; Child Abuse; Unconscious, Psychology; Psychology, Developmental; Cognitive Behavioral Therapy; Schema Therapy.

ANSIEDAD ADULTA Y SUS SECUELAS PSICOLÓGICAS DESDE LA INFANCIA: Um diálogo entre terapias cognitivas y neurociências

RESUMEN

Basándose en el continuo desarrollo de las Terapias Cognitivas, junto con la contribución de las Neurociencias, el objetivo de esta investigación fue destacar la influencia de los impactos psicológicos de la infancia de los participantes en el desarrollo de predisposiciones ansiosas en su fase adulta, así como identificar la existencia de posibles trastornos psicológicos en relación con sus cuidadores o núcleos familiares, y posibles experiencias negativas en entornos escolares. Los métodos de investigación fueron transversales para la obtención de datos, y la investigación fue exploratoria y descriptiva, cuantitativa y cualitativa, con un muestreo aleatorio simple de 260 participantes con edades comprendidas entre 25 y 45 años. Mediante la aplicación de un cuestionario temático sobre los factores estresantes experimentados durante la infancia, así como mediante el uso de la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), fue posible observar que para cada grado de ansiedad, es decir, normal, leve, moderado y grave, había un número creciente de factores estresantes de la infancia. Por tanto, los participantes con niveles más altos de ansiedad experimentaron más situaciones estresantes en la infancia que los que tenían niveles más bajos. Esto demuestra la importancia de preservar las interacciones humanas funcionales en las familias y los centros educativos para un desarrollo psicoemocional saludable en niños y adultos.

620

Palabras clave: Trastornos de Ansiedad; Maltrato a los Niños; Inconsciente en Psicología; Psicología del Desarrollo; Terapia Cognitivo-Conductual; Terapia de Esquemas.

1 INTRODUÇÃO

O sistema límbico, entre suas funções emocionais, possui a operação de fornecer respostas em situações nas quais o medo é atuante, logo, respostas de fuga, e em situações nas quais existem necessidades de reações sem desvios, portanto, respostas de luta. Também é evidenciado pela relação com as capacidades de sentimentos, desejos, motivações e impulsos básicos. Assim



sendo, todos os processos emocionais do ser humano possuem relação com o sistema límbico. É com esse sistema que o sujeito enfrenta as situações vividas no cotidiano e no decorrer de sua vida. Entretanto, o percurso de atravessamento individual por crenças, valores, experiências, geração cultural e vivências familiares, por inúmeras vezes, resulta em repetições de padrões internalizados, porém, não saudáveis (Dreher, 2020).

Diante disso, acerca da defesa e da sobrevivência humana, na condição das funções emocionais, as inquietações e respostas ansiosas são reações típicas. Contudo, há de se considerar, também, a existência de impulsos de ansiedade que podem ser conceituados como disfuncionais. Entre as concepções da Terapia Cognitivo-comportamental, Clark e Beck (2010) salientam que medo, ansiedade e preocupações em níveis acentuados se ampliam em razão das experiências ocorridas por excessos de tensões, demandas e estresses que foram constantes na história de vida dos sujeitos. Entretanto, Dalgarrondo (2019) também destaca que algumas condições ansiosas podem ser de bases orgânicas. Enfermidades físicas como doenças crônicas, hipertireoidismo, utilização de substâncias medicamentosas como corticoides, medicações para hipertensão, antiparkinsonianos, além do uso de drogas como álcool, maconha e cocaína podem levar a condições temporais de quadros ansiosos.

Ainda em um contexto vivencial, por efeito de casos com pacientes acometidos por problemas psicológicos crônicos e difusos como traumas ou transtornos de personalidade, considerados com êxito insuficiente no acompanhamento com a Terapia Cognitivo-comportamental tradicional, Jeffrey Young, em percepção da necessidade de inovação de uma psicoterapia cognitiva mais aprofundada, elaborou a Terapia Cognitiva Focada em Esquemas, dando mais relevância à análise das experiências infantis e adolescentes nas disfunções psicológicas. Ainda que opere sobre o passado e infância do indivíduo, como na desconstrução de crenças centrais disfuncionais, por exemplo, a terapia cognitivo-comportamental possui um foco de atuação mais direcionado para problemas e pressupostos conscientes, onde o paciente consegue discernir conscientemente seus problemas-alvo (Young et al., 2008).

Esquemas se conceituam como padrões cognitivos e emocionais autoderrotistas, internalizados, que têm início no desenvolvimento do indivíduo desde seus primeiros anos de vida e são replicados na continuidade da fase adulta. São resultantes de experiências negativas ocorridas, sobretudo, na infância e possuem atributos como: a formação a partir de memórias, emoções e sensações, o fato de estar relacionado com o próprio indivíduo e com outros sujeitos, o padrão amplo e generalizado e a expressiva disfuncionalidade (Young et al., 2008).

O entendimento acerca dos efeitos negativos esquemáticos que foram consequências de reações emocionais elevadas no período infantil também depende do conhecimento de eventos impactantes e estressores dessa mesma fase. Atualmente, a conveniente recepção de uma abordagem na área da psicoterapia acaba compreendendo a importância do suporte neurobiológico. Logo, o entendimento dos neurocircuitos relacionados à execução emocional dos



esquemas iniciais desadaptativos possui uma importância basilar no que tange à formulação de tratamentos clínicos que demonstrem um desfecho válido na concepção biológica (Nabinger, 2016).

Na continuidade da perspectiva neurológica, o hipocampo possui uma predisposição para esquecimentos em relação a alguns períodos percorridos nos ciclos infantis. Assim, o indivíduo pode ter memórias imprecisas e tênues, ou pode simplesmente não rememorar *conscientemente* situações traumáticas que foram atravessadas. Embora haja a possibilidade de esquecimento consciente de eventos estressores, o sistema de *memória implícita* (considerando os processos de funcionamento da amígdala cerebral) mantém o registro acentuado de memórias que envolvem a ansiedade e o medo, ocorrendo reações adaptativas de preservação quando há exposição a situações ou gatilhos semelhantes aos traumas particulares. Dessa maneira, o sujeito é tomado por emoções as quais não consegue conceber explicações conscientes para suas inquietações ansiosas (Callegaro, 2011).

Os processos das estruturas cerebrais que operam no armazenamento e recuperação de uma memória traumática, ou seja, de ordem emocional, diferem dos processos e estruturas cerebrais que envolvem memórias por cognições conscientes sobre o mesmo fato recordado. Enquanto a amígdala mantém a memória emotiva inconsciente, o hipocampo e o neocórtex sustentam a memória cognitiva consciente. Todavia, reações emocionais podem surgir sem que haja a participação dos conjuntos de funcionamentos superiores cerebrais que envolvam raciocínio lógico e consciência (Young et al., 2008).

Em outras palavras, no referido contexto, os sistemas de aquisição de memórias explícitas e implícitas acabam funcionando de modo associado. Os sistemas hipocampal e amigdaliano, por operarem de modo paralelo, armazenando formas distintas de informações referentes às vivências, quando se defrontam com experiências e estímulos semelhantes aos traumas e ocorrências negativas vividas anteriormente, reativam ambas as memórias conservadas. Deste modo, enquanto o sistema hipocampal recupera memórias conscientes, o sistema amigdaliano, por recuperar memórias referentes ao medo, ocasiona reações relacionadas ao perigo, gerando, portanto, respostas como tensão muscular, liberação hormonal, mudança nos batimentos cardíacos e demais respostas do corpo e cérebro. Uma vez que os dois sistemas de memória são disparados pelos mesmos gatilhos, impressões imediatas de que se trata de uma única memória são recorrentes. Contudo, pesquisas realizadas com animais em laboratório e casos raros com seres humanos corroboram para o entendimento da existência de memórias de naturezas diferenciadas, porém, com funcionamento paralelo (LeDoux, 1996).

O processo de atividade amigdaliano é fundamental para o sistema neural de funcionamento do medo. Com uma estrutura que se assemelha à forma de amêndoa, a amígdala se encontra situada no lobo temporal de cada hemisfério cerebral. As informações que implicam em estímulos que foram condicionados percorrem as vias sensoriais até o tálamo, que posteriormente as envia para a amígdala (núcleo basolateral), bem como para as estruturas circunvizinhas e interligadas



dos córtices insular e perirrinal. Essas áreas-alvo que recebem comunicações da amígdala são significativas para conceber o estado emocional do sujeito em referência às emoções e reações de medo (Callegaro, 2011).

Os estímulos externos que partem do tálamo chegam à amígdala por intermédio da *via direta*, também chamada de via secundária, e por intermédio da *via principal*, que passa pelo córtex antes de chegar à amígdala. No entanto, a via direta, por ter um percurso mais curto, age de um modo a gerar reações mais rápidas do que o percurso gerado pela via principal, que, por passar pela área cortical para que possa ter uma avaliação mais cognitiva e consciente, torna-se uma via mais longa. Deste modo, a via direta tálamo-amígdala, diferentemente da via que perpassa o tálamo, o córtex e a amígdala, permite reações mais aceleradas em decorrência de um estímulo considerado perigoso antes que haja uma concepção consciente do mesmo estímulo. Logo, há a possibilidade de que o processo da via direta seja uma razão para *respostas emocionais não compreendidas*. As memórias inconscientes referentes ao medo e ao trauma aparentam ser duráveis e provavelmente ficam por toda a vida, pois pertencem ao processo de defesa, sendo, portanto, um valor de sobrevivência que impede que estímulos perigosos sejam esquecidos. Não havendo possibilidade para a eliminação de memórias traumáticas presentes na memória amigdaliana, o controle cortical é significativo para que haja um maior domínio sobre as respostas da amígdala (LeDoux 1996).

Apesar de a utilização da expressão “inconsciente” não ter sido tão utilizada por Beck e outros autores da Terapia Cognitiva para denominar os esquemas, é possível considerá-los inconscientes, porém, são inconscientes cognitivos e não inconscientes dinâmicos, como nas formulações da psicanálise. Evitar uma desorganização de conceitos talvez tenha sido a razão principal que levou autores clássicos a não utilizarem a palavra *inconsciente*, ou seja, não gerar equívocos em relação à teoria de Freud (Callegaro, 2005).

De acordo com LeDoux (2003), o cérebro emocional possui conexões neuronais que se estendem por todas as demais regiões cerebrais, exercendo atuação sobre todas as etapas dos processos cognitivos, das próprias percepções do medo até as consolidações de decisões. Entretanto, não são todos os processamentos de cognição que possuem atuação sobre os centros emocionais. A partir desse reconhecimento, o autor considerou que as emoções do indivíduo possuem influência no que é interpretado conscientemente a partir dos fenômenos captados no ambiente (LeDoux, 2003 como citado em Nabinger, 2016).

Damásio (2000) aponta para a existência de um agrupamento de distribuições neurais, situadas em regiões subcorticais do tronco cerebral, também no prosencéfalo basal, no hipotálamo e na amígdala. Esse agrupamento, em razão de sua posição cerebral, forma as bases potenciais do desempenho emocional de modo *implícito*, indisponível à consciência. Porém, quando estimulado, produz emoções percebidas em si mesmas e reações fisiológicas. Ao citar pacientes lesionados nas regiões do córtex pré-frontal ventromedial e da amígdala, o autor lembra que nesses



casos existe um comprometimento no mecanismo das tomadas de decisões, indicando que o sistema inconsciente está fortemente relacionado com o sistema consciente. Isto é, alterações no sistema inconsciente ocasionam alterações no sistema consciente.

À vista disso, diante da argumentação, por parte da Terapia do Esquema, enquanto extensão da Terapia Cognitivo-comportamental, sobre a influência de fatores estressores ou traumáticos da infância na presença de comportamentos disfuncionais ou psicopatologias na fase adulta, bem como das exposições neurológicas acerca das consolidações das memórias inconscientes e conscientes, este artigo expõe o seguinte problema: é possível identificar que a existência de fatores emocionalmente negativos ocorridos nas vivências infantis podem ser influentes na existência da ansiedade acentuada na fase adulta?

Nos âmbitos das ciências e sociedade, a presente pesquisa justifica-se por colaborar com o entendimento da importância de uma análise mais criteriosa das consequências de situações ocorridas nos períodos da infância dos sujeitos e nas suas relações com o desenvolvimento futuro de ansiedades acentuadas, transtornos de ansiedade e transtornos com componentes ansiosos durante a fase adulta. Em outras palavras, busca intensificar o entendimento de que a qualidade da relação entre cuidadores, ambientes vividos e indivíduo criança pode interferir na saúde mental em períodos posteriores do indivíduo adulto. Uma maior avaliação do estágio infantil não se faz importante por tão somente ampliar a visão do terapeuta sobre a construção do sujeito, mas também por conscientizar cientificamente cuidadores, instituições ou outros círculos sociais em seus papéis influenciadores e educacionais.

Nesse contexto, partindo de uma perspectiva psicológica cognitiva e neurocientífica, o estudo teve como objetivo geral relacionar a existência de impasses psicologicamente estressores, vividos durante a infância dos indivíduos, com o desenvolvimento de propensões ansiosas na fase adulta. De igual modo, os objetivos específicos foram identificar a presença de abalos psicológicos relacionados aos pais, cuidadores ou núcleos familiares; verificar a existência de traumas ou eventos estressores no período infantil de pessoas com transtornos, clinicamente diagnosticados, relacionados à ansiedade; investigar as vivências negativas ocorridas nas interações sociais do ambiente escolar e apontar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa utilizou a técnica do estudo de corte transversal. Conforme Zangirolami-Raimundo et al. (2018), o método transversal visa a obtenção de informações seguras para a estruturação de conclusões e, também, a partir disso, a motivação de novas hipóteses para pesquisas posteriores. Ainda conforme os autores, o estudo transversal é um estudo observacional realizado em um único momento, além de favorecer pesquisas que se propõem à investigação por implicações qualitativas e quantitativas. Foi utilizado o método exploratório e descritivo. De acordo



com Gil (2002), pesquisas exploratórias têm como objetivo obter uma maior proximidade com a problemática da averiguação, facilitando a construção de hipóteses e exploração de intuições, enquanto pesquisas descritivas buscam descrever particularidades de uma população ou fenômeno específico com o auxílio de coletas de dados. Por fim, a pesquisa também contou com o método misto, isto é, método qualitativo e quantitativo. Galvão et al. (2017) salientam que a pesquisa qualitativa expõe aspectos mais detalhados sobre fenômenos em seus contextos mais complexos, mais aprofundados, enquanto a pesquisa quantitativa opera por intermédio de análises de variáveis por valores estatísticos.

O processo de pesquisa ocorreu por meios eletrônicos mediante a disponibilização do link do formulário desenvolvido na plataforma Google Forms. A população foi composta por 260 participantes com idade entre 25 e 45 anos, sendo a faixa etária e a concordância do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), os critérios de inclusão da pesquisa. A mostra foi dada por conveniência. Como critérios de exclusão foram estabelecidos o impedimento de participação para pessoas que não estivessem dentro das faixas etárias definidas ou a negação do termo de consentimento. A técnica de amostragem foi a aleatória simples para a quantidade mencionada de participantes colaboradores. Conforme Martins (2018), a amostragem aleatória simples é o tipo de amostra que se pode obter de uma população a partir de probabilidades iguais de ser selecionada se comparada a outra amostra da mesma dimensão e do mesmo grupo.

A primeira parte da coleta de dados foi realizada a partir de um questionário sociodemográfico para o levantamento de dados como faixa etária, escolaridade e nível socioeconômico. A aplicação da Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) foi utilizada para a obtenção de dados na segunda parte do estudo.

A Escala de Hamilton (HAM-A) foi desenvolvida em 1959 e trata-se de um instrumento clássico extensamente utilizado para a verificação de níveis de ansiedade, dispondo de 14 tópicos, sendo 7 direcionados à análise dos sintomas de humor e 7 direcionados à análise de sintomas físicos. Possui quatro níveis de sintomas para cada tópico: nenhum = 0, leve = 1, médio = 2, forte = 3 e máximo = 4. O resultado final tem por base o cálculo da somatória dos valores dos 14 tópicos, isto é, de 0 a 56. A pontuação < 18 caracteriza ansiedade normal, ≥ 18 caracteriza ansiedade leve, a pontuação ≥ 25 caracteriza ansiedade moderada e a pontuação ≥ 30 caracteriza ansiedade grave (Melchior et al., 2018).

A terceira parte ocorreu com a aplicação de um questionário temático criado para o próprio estudo. O questionário contou com cinco perguntas relacionadas com o tema da pesquisa, isto é, sequelas psicológicas no período infantil, averiguação de transtornos diagnosticados e vivências traumáticas, sendo quatro por caixas de verificação e uma pergunta para resposta livre. As quatro perguntas por caixas de verificação abrangeram a possibilidade de apuração para um total de 17 estressores infantis e 7 tipos de transtornos relacionados à ansiedade.



Os dados coletados por intermédio do questionário sociodemográfico, dos itens da Escala de Hamilton (HAM-A), questionário temático (referente às quatro perguntas por caixas de verificação acerca de 17 estressores infantis) foram analisados por meio do pacote estatístico SPSS em sua versão 18.0, utilizando a estatística descritiva, sendo possível explorar associações entre os graus de ansiedade com a quantidade observada de estressores infantis. Para a análise de informações dos dados qualitativos obtidos através da quinta pergunta do questionário temático foi utilizado o método de análise de Laurence Bardin (análise temática de conteúdo por frequência) cumprindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados: inferência e interpretação. De acordo com Bardin (1977), a análise temática auxilia no cálculo de um ou vários assuntos que possuam significados codificados por frases (unidades de codificação).

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE: 73768023.4.0000.5184). Foi desenvolvido de modo que foram observados os aspectos éticos pertinentes às pesquisas envolvendo seres humanos em conformidade a Resolução nº 510 de abril de 2016 de 12 de dezembro de 2012 e a Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 016 de 20 de dezembro de 2000. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado aos participantes, de forma remota pelo Google Forms. No que diz respeito às informações coletadas, sua utilização teve como fins a realização deste projeto de pesquisa, de artigo ou publicações que dela resultem, observando-se o necessário sigilo das informações quanto à identificação dos participantes.

Em resumo, a metodologia teve abordagem tanto quantitativa quanto qualitativa. Não foram utilizados testes estatísticos. A avaliação quantitativa foi apenas comparação das frequências médias das variáveis entre os questionários de Hamilton e o questionário sobre vivências traumáticas, criado pelos autores. Por sua vez, a qualitativa, a análise de conteúdo de Bardin.

626

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme é possível observar na Tabela 1, a partir da obtenção das informações sociodemográficas dos participantes da pesquisa, constatou-se que os grupos com quantidades mais expressivas foram compostos por indivíduos com faixas etárias entre 36 e 40 anos, casados, com escolaridade em nível superior completo, de cor parda e com até 3 salários mínimos de renda mensal.



Tabela 1

Dados sociodemográficos

| Participantes (N=260) | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------|------|
| | Variáveis | Frequência | % |
| Faixa etária | Entre 25 e 30 anos | 72 | 27,7 |
| | Entre 31 e 35 anos | 58 | 22,3 |
| | Entre 36 e 40 anos | 78 | 30,0 |
| | Entre 41 e 45 anos | 52 | 20,0 |
| Estado Civil | Casado | 137 | 52,7 |
| | Solteiro | 100 | 38,5 |
| | Divorciado | 21 | 8,1 |
| | Viúvo | 2 | 0,8 |
| Escolaridade | Fundamental Incompleto | 1 | 0,4 |
| | Fundamental Completo | 7 | 2,7 |
| | Médio Incompleto | 9 | 3,5 |
| | Médio Completo | 75 | 28,8 |
| | Superior Incompleto | 52 | 20,0 |
| | Superior Completo | 116 | 44,6 |
| Cor | Amarelo | 6 | 2,3 |
| | Branco | 110 | 42,3 |
| | Indígena | 4 | 1,5 |
| | Pardo | 111 | 42,7 |
| | Preto | 29 | 11,2 |
| Renda Familiar | Até 3 salários mínimos | 181 | 69,6 |
| | De 4 a 6 salários mínimos | 52 | 20,0 |
| | De 7 a 8 salários mínimos | 12 | 4,6 |
| | Mais de 9 salários mínimos | 15 | 5,8 |

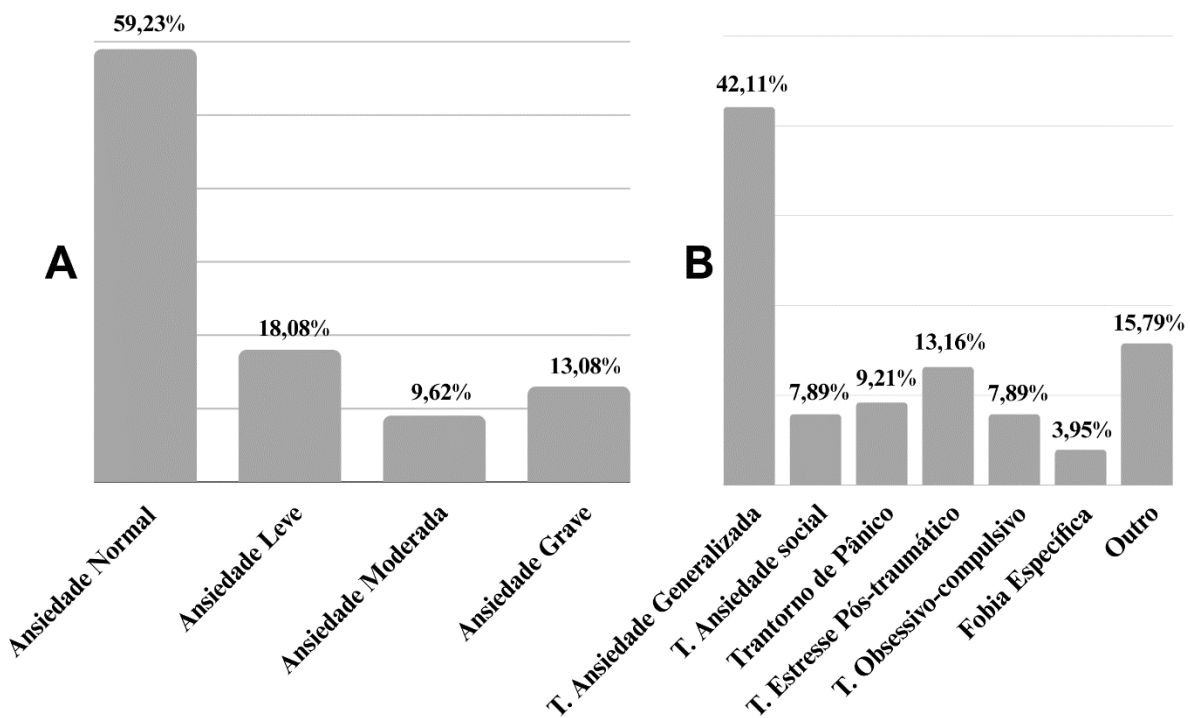
627

No que concerne às características clínicas da amostra dos participantes, conforme expostas na Figura 1, os graus de ansiedade presentes nos 260 participantes (quadro A) obtidos pela escala de Hamilton (HAM-A) apresentaram a maioria dos participantes com níveis normais sendo acompanhada, em ordem decrescente, pelos grupos com ansiedade leve, ansiedade grave e ansiedade moderada. Acerca das 76 pessoas que possuem transtornos diagnosticados de

ansiedade ou com componentes ansiosos (quadro B), o maior corpo foi de pessoas com *Transtorno de Ansiedade Generalizada*, sendo acompanhado em ordem decrescente, pelos grupos com transtornos não especificados (Outros), Transtorno do Estresse Pós-traumático, Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade social e TOC (em igual número) e Fobia Específica.

Figura 1

Caracterização clínica da amostra



De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), os diferentes transtornos de ansiedade possuem características específicas que variam em consequência do objeto ou situações que provoquem a ansiedade, o medo, o comportamento esquivante ou cognições relacionadas (pensamentos e crenças). Em geral, indivíduos que possuem algum transtorno de ansiedade exageram na concepção de perigo em vista do objeto ou situações temidas, assim, cabe ao clínico encarregar-se da análise acerca da existência de uma desproporcionalidade ansiosa, considerando, além disso, o contexto cultural. Inúmeros transtornos ansiosos podem ter início na infância e persistirem em caso de não tratamento. O DSM-5 também ressalta que para a cogitação de transtornos ansiosos isolados, os sintomas não devem ser causados em razão da utilização de substâncias ou medicações específicas (American Psychiatric Association, 2014).

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado pela permanência de sintomas de ansiedade em demasia que perpassam vários dias e meses. A presença de



preocupação, irritação, nervosismo permanente, angústia e tensão são sintomas relacionados. Os indivíduos acometidos com esse transtorno frequentemente apresentam sinais e sintomas que incluem dificuldade para relaxar, dificuldade de concentração, irritabilidade alterada, insônia e angústia permanente. Entre os sintomas fisiológicos frequentes podem ocorrer taquicardias, dores de cabeça, tonturas, sudoreses frias, dores musculares, formigamentos e dores estomacais (Dalgalarondo, 2019).

Os dados apresentados na Tabela 2 correspondem à comparação das médias das frequências entre os níveis de ansiedade e o questionário criado pelos autores referente aos 12 possíveis eventos estressores que podem ter sido experienciados durante a infância dos participantes. Assim, observou-se que houve diferenças nos participantes com ansiedade grave em relação ao estressor *Excesso de autoritarismo*, onde nota-se que entre os 34 participantes desse grupo, o maior número alegou ter atravessado pelo impasse. O estressor *Ausência de autonomia*, quando observado, também, entre o grupo com ansiedade grave, de igual modo, apresentou a maioria tendo passado pela adversidade. Ainda em relação ao grupo da ansiedade grave, o estressor *Desprezo emocional* também classificou uma maior parte tendo passado pelo infortúnio.

Porém, é de suma importância destacar que, na sua generalidade, quando comparadas todas as médias percentuais da quantidade de participantes que marcaram positivamente acerca de todos os estressores familiares, de acordo com os quatro grupos categorizados por níveis de ansiedade, as discrepâncias percebidas foram significativamente *crescentes*.

Sobre a relevância do histórico infantil, John Bowlby e Mary Ainsworth formularam a Teoria do Apego e tal perspectiva contribuiu como um dos aportes para a formulação da Terapia do Esquema, no âmbito das Terapias Cognitivas. Com influências da Etologia e da Psicanálise, Bowlby concebeu a Teoria do Apego considerando os seres humanos e outros animais como dotados de um instinto natural de relação que possui o intuito de formar um elo estável com a mãe ou com outro ser que tenha o papel de cuidador (Young et al., 2008).

O apego, na teoria de Bowlby e Ainsworth, assume uma função na qual o senso de segurança do indivíduo começa a ser formado a partir das relações com figuras de apego primárias. Em outros termos, vínculos iniciais entre cuidadores e filhos. A qualidade e os modos de relações que se formam a partir dos referidos vínculos acabam por fornecer internalizações psicológicas que influenciam o sujeito nas suas relações posteriores em relação ao mundo. O apego, portanto, possui uma importância fundamental para a sobrevivência, dado que sua presença objetiva a garantia de segurança, conforto e bases seguras (Ramires & Schneider, 2010).



Tabela 2

Estressores no contexto familiar

| Variáveis | | Participantes (N=260) | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----|---|--------------|-----------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| | | NÍVEIS DE ANSIEDADE/ADULTO (25 – 45 anos) | | | | | | | |
| | | Normal | | Leve | | Moderada | | Grave | |
| | | Freq. | % | Freq. | % | Freq. | % | Freq. | % |
| Excesso de autoritarismo | Não | 110 | 71,43 | 29 | 61,70 | 12 | 48 | 12 | 35,29 |
| | Sim | 44 | 28,57 | 18 | 38,30 | 13 | 52 | 22 | 64,71 |
| Excesso de humilhações | Não | 139 | 90,26 | 38 | 80,85 | 14 | 56 | 21 | 61,76 |
| | Sim | 15 | 9,74 | 9 | 19,15 | 11 | 44 | 13 | 38,24 |
| Excesso de comparações | Não | 118 | 76,62 | 28 | 59,57 | 14 | 56 | 19 | 55,88 |
| | Sim | 36 | 23,38 | 19 | 40,43 | 11 | 44 | 15 | 44,12 |
| Excesso de zombarias | Não | 129 | 83,77 | 34 | 72,34 | 18 | 72 | 21 | 61,76 |
| | Sim | 25 | 16,23 | 13 | 27,66 | 7 | 28 | 13 | 38,24 |
| Castigos com violência física | Não | 110 | 71,43 | 31 | 65,96 | 12 | 48 | 17 | 50 |
| | Sim | 44 | 28,57 | 16 | 34,04 | 13 | 52 | 17 | 50 |
| Castigos sem violência física | Não | 123 | 79,87 | 32 | 68,09 | 21 | 84 | 26 | 76,47 |
| | Sim | 31 | 20,13 | 15 | 31,91 | 4 | 16 | 8 | 23,53 |
| Ausência de autonomia | Não | 115 | 74,68 | 33 | 70,21 | 12 | 48 | 15 | 44,12 |
| | Sim | 39 | 25,32 | 14 | 29,79 | 13 | 52 | 19 | 55,88 |
| Ausência de liberdade | Não | 130 | 84,42 | 38 | 80,85 | 17 | 68 | 17 | 50 |
| | Sim | 24 | 15,58 | 9 | 19,15 | 8 | 32 | 17 | 50 |
| Excesso de controle | Não | 122 | 79,22 | 30 | 63,83 | 16 | 64 | 17 | 50 |
| | Sim | 32 | 20,78 | 17 | 36,17 | 9 | 36 | 17 | 50 |
| Excesso de exigências | Não | 135 | 87,66 | 38 | 80,85 | 22 | 88 | 18 | 52,94 |
| | Sim | 19 | 12,34 | 9 | 19,15 | 3 | 12 | 16 | 47,06 |
| Desprezo emocional | Não | 126 | 81,82 | 37 | 78,72 | 15 | 60 | 15 | 44,12 |
| | Sim | 28 | 18,18 | 10 | 21,28 | 10 | 40 | 19 | 55,88 |
| Conflitos familiares | Não | 105 | 68,18 | 28 | 59,57 | 14 | 56 | 15 | 44,12 |
| | Sim | 49 | 31,82 | 19 | 40,43 | 11 | 44 | 19 | 55,88 |
| Médias | | 32,16 | 20,88 | 14 | 29,78 | 9,41 | 37,66 | 16,25 | 47,79 |

Nota: Freq. = Frequência

Diante das observações da Terapia do Esquema, onde os *esquemas* são padrões de pensamentos e comportamentos resultantes de vivências negativas da infância que são reproduzidos na fase adulta, os comportamentos ativados pelos sujeitos em decorrência da ativação



de seus esquemas foram denominados *estilos de enfrentamento*. Contudo, os estilos de enfrentamento configuram uma forma desadaptativa de reação, pois o indivíduo manifesta um tipo de comportamento específico de sua fase infantil em decorrência da existência de situações desconfortantes, conflituosas ou traumatizantes que se assemelham às situações vividas nos seus primeiros anos. Não obstante, tal comportamento que pode ter sido funcional nos primeiros anos de vida não assegura funcionalidade na vida adulta, embora seja, muitas vezes, perpetuado pelos pacientes. Isto é, os estilos de enfrentamento são compatíveis com a realidade e contexto infantis, pois se configuravam como formas de defesa disponíveis para o que estava ocorrendo naquele período, mas vão se tornando incompatíveis com a realidade no decorrer do crescimento do sujeito, uma vez que a fase adulta possibilita condições mais adequadas e menos desconfortáveis de reações (Young et al., 2008).

Dessa forma, as reações emocionais, por serem mais imediatas, em razão de uma função evolutiva de proteção, não dispõem da mesma eficácia cognitiva existente em atividades mais corriqueiras. Os indivíduos que internalizaram memórias associadas com situações dolorosas em suas infâncias parecem ter mais predisposições a serem mais reativos e sensíveis emocionalmente, embora muitas vezes não possuam uma cognição consciente que justifique racionalmente o grau de suas respostas emotivas. O núcleo familiar, por conseguinte, possui um intenso encargo na formação do sujeito, tanto em referência de formação de cidadania, quanto em referência de construção psicoemocional. O excesso de convivências afetivas desestruturadas no desenvolvimento da criança pode gerar crenças centrais disfuncionais ou até mesmo esquemas iniciais desadaptativos (Bücker et al., 2012; Fondren et al., 2020; Majer et al., 2010).

Os dados expostos na Tabela 3 correspondem à análise da associação entre os níveis de ansiedade e 5 possíveis eventos estressores que podem ter sido experienciados durante a infância dos participantes em seus contextos escolares, compreendendo estressores que podem ter ocorrido nas relações interpessoais com colegas, professores ou outros indivíduos nos ambientes educacionais. Desse modo, foi possível observar alguns pontos relevantes no estudo.

Quando observadas as médias dos participantes que sofreram com o estressor *bullying por parte de colegas*, percebeu-se que o maior número percentual foi do grupo com ansiedade moderada. Os grupos com ansiedade leve e grave obtiveram médias semelhantes, enquanto o grupo com ansiedade leve atingiu a menor média.

Porém, acerca dos participantes que declararam o atravessamento pelo *receio de ir à escola devido ao bullying*, resultados mais ordenadamente crescentes foram observados. Os indivíduos com ansiedade normal obtiveram a menor média. Participantes com ansiedade leve e moderada expuseram valores intermediários, sendo o nível leve inferior ao nível moderado. O grupo com ansiedade grave apresentou o nível mais relevante de vivências no estressor.

De modo similar, o estressor *isolamento social* no ambiente escolar também trouxe resultados crescentes para cada nível de ansiedade. Os participantes com ansiedade normal



apresentaram a menor média, enquanto os indivíduos com ansiedade leve e moderada sinalizaram valores intermediários, sendo o nível leve inferior ao nível moderado, assim como no estressor mencionado anteriormente. Os adultos com ansiedade grave apontaram a maior média de isolamento social durante o período escolar.

Em síntese, quando comparadas todas as médias percentuais da quantidade de participantes que marcaram positivamente acerca de *todos* os estressores escolares, de acordo com os quatro grupos categorizados por níveis de ansiedade, as discrepâncias percebidas continuaram ordenada e significativamente crescentes, sendo o grupo com ansiedade leve indicando a menor média e o grupo com ansiedade grave indicando a maior média, bem como na Tabela 2.

Tabela 3

Estressores no ambiente escolar

| Variáveis | | Participantes (N=260) | | | | | | | |
|---|-----|---|--------------|------------|--------------|------------|-------------|-------------|--------------|
| | | NÍVEIS DE ANSIEDADE/ADULTO (25 – 45 anos) | | | | | | | |
| | | Normal | | Leve | | Moderada | | Grave | |
| | | Freq. | % | Freq. | % | Freq. | % | Freq. | % |
| Bullying por parte de colegas | Não | 100 | 64,94 | 26 | 55,32 | 12 | 48 | 19 | 55,88 |
| | Sim | 54 | 35,06 | 21 | 44,68 | 13 | 52 | 15 | 44,12 |
| Receio de ir à escola devido ao bullying | Não | 136 | 88,31 | 40 | 85,11 | 21 | 84 | 25 | 73,53 |
| | Sim | 18 | 11,69 | 7 | 14,89 | 4 | 16 | 9 | 26,47 |
| Perseguição por parte de educadores | Não | 145 | 94,16 | 43 | 91,49 | 24 | 96 | 31 | 91,18 |
| | Sim | 9 | 5,84 | 4 | 8,51 | 1 | 4 | 3 | 8,82 |
| Humilhações e constrangimentos | Não | 131 | 85,06 | 36 | 76,60 | 19 | 76 | 21 | 61,76 |
| | Sim | 23 | 14,94 | 11 | 23,40 | 6 | 24 | 13 | 38,24 |
| Isolamento Social | Não | 143 | 92,86 | 41 | 87,23 | 18 | 72 | 21 | 61,76 |
| | Sim | 11 | 7,14 | 6 | 12,77 | 7 | 28 | 13 | 38,24 |
| Médias | | 23 | 14,93 | 9,8 | 20,85 | 6,2 | 24,8 | 10,6 | 31,17 |

Nota: Freq. = Frequência

O período escolar, que se insere tipicamente no ciclo de etapas da infância e adolescência, pode trazer o *bullying* enquanto estressor psicossocial, ou seja, práticas rotineiras de violências nas escolas, sendo uma forma de excluir, intimidar, lesionar ou oprimir gradativamente. A prática pode surgir como apelidos de mau gosto, situações onde há ameaças de agressão ou posturas de desprezo. A escola, portanto, passa a ser considerada um local aversivo por parte do adolescente e não um ambiente de socialização (Oliveira & Antonio, 2006).



Nesse âmbito, o *bullying* é mais bem descrito como um agrupamento de “brincadeiras” realizadas a partir de comportamentos agressivos, intencionais e contínuos, sem justificção plausível, onde um ou mais de um aluno, considerados “mais fortes” exercem sobre outros, que são considerados “mais frágeis”, ações de humilhações, maus-tratos, intimidações e medo (Silva, 2008). Adolescentes que foram vítimas de *bullying* podem se tornar adultos com a saúde mental comprometida, incluindo o desenvolvimento de transtorno de pânico e crises de ansiedade. Em casos mais complexos, o adolescente pode chegar ao cometimento de suicídio ou homicídios (Oliveira & Antonio, 2006).

Considerando os ambientes escolares como os primeiros meios sociais de inserção em que o indivíduo geralmente inicia seu processo de socialização para além do âmbito familiar, é conveniente ressaltar que situações angustiantes vivenciadas nesses espaços podem gerar significados prejudiciais para sua funcionalidade perante os eventos posteriores no seu contexto de vida ou até mesmo implicar no surgimento de traumas. O modo de saber lidar com situações, enfrentar problemas e atribuir sentido a fenômenos específicos pode ser amplamente prejudicado em razão de um histórico psicologicamente danoso de experiências em instituições de ensino (Fondren et al., 2020).

As informações apresentadas na Tabela 4 expõem as categorias presentes nas respostas sobre a associação da existência de traumas vividos na infância em relação aos 76 casos de diagnósticos de transtornos entre os 260 participantes da pesquisa. Por intermédio da análise temática de conteúdo por frequência, de Laurence Bardin, foram realizadas as seleções do material, codificações de trechos relevantes, categorizações por agrupamento de códigos para a identificação de padrões e análise de resultados. A pergunta utilizada para o recolhimento desses dados foi de *natureza dissertativa* acerca da existência de traumas no período infantil, porém, os participantes foram orientados a responder apenas “sim” ou “não”, se assim julgassem o ato mais cômodo. Considerando que em inúmeros casos os indivíduos poderiam sentir desconfortos ao tratarem de determinadas ocorrências traumáticas que tenham atravessado, a instrução para a possibilidade de respostas curtas foi adotada. “Sim” ou “não”, em razão disso, englobaram a maioria das respostas.

Organizadas em ordem decrescente, as categorias verificadas foram: “Sim”, “Não”, “Luto”, “Abuso sexual”, “Violência”, “Família”, “Separação Materna”, “Opiniões invalidadas” e “Fome”. A totalização das experiências de eventos traumáticos em relação aos indivíduos com diagnósticos expôs um número consideravelmente maior para casos de eventos sobre casos de não eventos. Os índices mais altos de casos com componentes traumáticos corroboram para plausibilidade da concepção de que tensões emocionais excessivas na infância também podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos psicológicos relacionados à ansiedade no estágio adulto.

Tabela 4

Transtornos com diagnósticos e análise de conteúdo

| População (N=76) – Vivências de eventos traumáticos | | | |
|---|------------|------------|---|
| Transtornos com diagnósticos | Frequência | % | Categorias |
| Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) | 32 | 42,11 | Sim (13x), Não (11x), Abuso sexual (3x), Luto (2x), Família (1x), Violência (1x), Separação materna (1x) |
| Transtorno de Ansiedade Social (TAS) | 6 | 7,89 | Sim (4x), Não (2x) |
| Transtorno do Pânico (TP) | 7 | 9,21 | Não (4x), Sim (2x), Luto (1x) |
| Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT) | 10 | 13,16 | Sim (6x), Não (2x), Violência (1x), Opiniões invalidadas (1x) |
| Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC) | 6 | 7,89 | Sim (3x), Abuso sexual (1x), Separação materna (1x), Família (1x) |
| Fobia Específica (FE) | 3 | 3,95 | Sim (1x), Não (1x), Luto (1x) |
| Outro | 12 | 15,79 | Sim (5x), Não (5x), Luto (1x), Fome (1x) |
| Total por categorias | 76 | 100 | Sim (34x), Não (25x), Luto (5x), Abuso sexual (4x), Violência (2x), Família (2x), Separação materna (2x), Opiniões invalidadas (1x), Fome (1x) |
| Total de experiências traumáticas | 76 | 100 | Ocorridas – 51 casos Não ocorridas – 25 casos |

634

Acerca da análise em volta dos transtornos mentais, Dalgarrondo (2019) ressalta a importância de avaliar a história de vida e acontecimentos substanciais na trajetória do indivíduo. Em relação aos sintomas e, também, às síndromes, é importante investigar a perspectiva de interferências provocadas a partir de *fatores predisponentes* e *fatores precipitantes*. Consideram-se fatores predisponentes as vivências emocionais no histórico infantil, vivências da adolescência, heranças genéticas, bem como outras circunstâncias antecedentes que foram vividas. Fatores precipitantes são ocorrências estressantes, perdas ou impactos mais atuais no contexto do sujeito.



Dessa forma, fatores predisponentes e precipitantes compõem a junção de particularidades psicológicas, biológicas e sociais.

Clark e Beck (2010) sugeriram cinco critérios que podem ser utilizados para a categorização de estados disfuncionais de ansiedade e medo, sendo importante que todos se encontrem em uma ocorrência isolada. Logo, consideram-se a *cognição disfuncional*, quando os pensamentos, ajuizamentos, suposições sobre algum evento são incompatíveis com a realidade objetiva. São conjecturas errôneas de avaliações cognitivas que acabam por conduzir o sujeito a uma ansiedade resultante de erros de julgamento. Pensamentos disfuncionais geram ansiedades incongruentes com a ocasião. O *funcionamento prejudicado* ocorre quando as reações ansiosas acabam gerando efeitos comportamentais que prejudicam o funcionamento social e cotidiano do indivíduo. Indivíduos que “paralisam” perante o medo ou deixam de realizar tarefas em virtude da ansiedade são exemplos plausíveis.

A *manutenção* se refere à condição em que o sujeito mantém a ansiedade por mais duração do que em situações típicas, além de haver uma intensidade ansiosa apenas em virtude de pensar em algo que pode ser considerado uma ameaça em potencial, ainda que não haja certeza de materialização. Os *alarmes falsos* se particularizam pela ocorrência de um medo intensificado, mesmo quando não há evidências de quaisquer ameaças concretas, ou quando os estímulos externos podem ser considerados mínimos e não plausíveis para a intensidade da reação. Ataques de pânico podem ser tomados como exemplos. A *hipersensibilidade a estímulo* é especificada na condição de ansiedade extrema perante a um estímulo considerado tipicamente inofensivo. Um exemplo característico de hipersensibilidade a estímulo é um paciente com fobia de aranhas, não importando o grau de periculosidade, de toxicidade ou tamanho do aracnídeo (Clark & Beck, 2010).

Os dados evidenciados na composição da Tabela 5 correspondem à junção dos 12 estressores infantis do contexto familiar com os 5 estressores infantis do contexto escolar, agrupando, portanto, os 17 estressores totais. Tal convergência, ainda na Tabela 5, foi associada, também, aos níveis de ansiedade obtidos através dos resultados da escala de ansiedade de Hamilton (HAM-A). O grupo com ansiedade normal obteve a menor média em porcentagem de estressores equivalentes; os grupos constituídos por pessoas com ansiedade leve e ansiedade moderada obtiveram as médias intermediárias, sendo novamente o nível leve inferior ao nível moderado, enquanto o grupo com ansiedade grave obteve a maior média de estressores gerais.

Tabela 5*Média geral de estressores*

| | Participantes (N=260) | | | |
|----------------------------|---|-------------|-------------|-------------|
| | NÍVEIS DE ANSIEDADE/ADULTO (25 – 45 anos) | | | |
| | Normal | Leve | Moderada | Grave |
| Frequência | 154 | 47 | 25 | 34 |
| % | 59,2 | 18,1 | 9,6 | 13,1 |
| Soma 17 estressores | 501 | 217 | 144 | 248 |
| Médias/estressores | 3,25 | 4,62 | 5,76 | 7,29 |

Conforme Aaron Beck (1987), no início da infância, as crianças passam a desenvolver e potencializar ideias específicas sobre o mundo, sobre as pessoas e sobre si mesmas. Essas ideias são chamadas de *crenças nucleares* e tornam-se extremamente profundas e contínuas. Crenças nucleares são ideias tão enraizadas que inúmeras vezes não são bem explicadas pelo próprio indivíduo que as possui. O sujeito, portanto, dispõe dessas ideias para si como verdades absolutas (Beck, A. 1987 como citado em Beck, J. 2013). Além das influências por predisposições genéticas, o convívio com o mundo e com os outros sujeitos faz com que o indivíduo desenvolva perspectivas cognitivas específicas, ou seja, crenças nucleares que podem ser distintas de acordo com seus contextos de interações (Beck, 2013).

As interações primárias através dos ambientes familiares, ambientes escolares, bem como quaisquer outros espaços nos quais o indivíduo criança inicia suas construções cognitivas, solidificações de memórias emocionais, esquemas ou estruturações de sentimentos e comportamentos reativos, possuem acentuadas influências para o decorrer de aspectos em sua vida subsequente. Impactos emocionalmente negativos do período infantil podem se tornar memórias conscientes ou inconscientes de sua origem. Embora sejam tipos de internalizações dolorosas, as estruturas cerebrais límbicas associadas atuam através de desempenhos de defesas não necessariamente funcionais, uma vez que podem desenvolver mecanismos excessivos de esquiva, evitação, raiva, aversão ou ansiedade, a depender da qualidade afetiva da vida pregressa do sujeito (Bücker et al., 2012; Daneshmandi et al., 2018; Majer et al., 2010; Schneider et al., 2022).

636

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo primordial relacionar a existência de experiências psicologicamente estressoras, vivenciadas durante a infância dos indivíduos, com o desenvolvimento de propensões ansiosas em suas fases adultas. Partindo da perspectiva citada, é plausível atestar que, por intermédio da pesquisa de campo, os objetivos foram exitosamente



atingidos, visto que foi possível constatar que os participantes que apresentaram níveis mais altos de ansiedade tiveram mais estressores infantis quando comparados aos participantes com níveis ansiosos mais baixos. É válido destacar que a pesquisa também confirmou que houve um aumento *progressivo* na quantidade de estressores para cada grau verificado de ansiedade. A qualidade das relações sociais da infância em ambientes familiares e escolares, assim como as experiências traumáticas, também foi evidenciada como fator relevante para o surgimento da ansiedade disfuncional ou transtornos ansiosos em períodos posteriores. Componentes como atravessamentos por excessos de autoritarismo, ausência de autonomia e desprezo emocional parecem possuir influências acentuadas quando presentes nos primeiros anos de vida.

No que se refere às limitações do estudo, evidencia-se que uma amostra com um maior número de indivíduos poderia trazer resultados ainda mais satisfatórios, bem como uma análise a partir de grupos com quantidades mais exatas para cada nível de ansiedade. Também é oportuno considerar a possibilidade da continuidade da pesquisa com outras análises estatísticas a partir de padrões definidos por estatística inferencial. Todavia, o conteúdo exposto proporciona estímulos para a continuidade dos estudos acerca da ansiedade desestruturada no que diz respeito, especialmente, às causas psicossociais que a circundam.

Posto isto, com base nos dados destacados nesta pesquisa, compreende-se a importância do tema para a ciência psicológica, sobretudo no âmbito do inconsciente cognitivo e suas inferências nas reações emocionais. De igual modo, e não menos importante, também se compreende a importância da temática para a conscientização acerca da qualidade de vida e desenvolvimentos saudáveis que devem ser proporcionados por cuidadores, núcleos familiares e demais instituições no que tange ao bem-estar infantil.

5 REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5a ed). Artmed.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Beck, J. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. (2a ed). Artmed.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun.
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do
- Rev. Psicol Saúde e Debate. Mai., 2024;10(1): 619-639.*



Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

Bücker, J., Kapczinski, F., Post, R., Ceresér, K. M., Szobot, C., Yatham, L. N., Kapczinski, N. S., & Kauer-Sant'Anna, M. (2012). Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 758–764. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.006>

Callegaro, M. M. (2005). A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 01, (01), 09-20. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872005000100002&lng=pt&nrm=iso.

Callegaro, M. M. (2011). *O novo inconsciente: como a terapia cognitiva e as neurociências revolucionaram o modelo de processamento mental*. Artmed.

Clark, D. & Beck, A. (2010). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: tratamentos que funcionam*. Artmed.

Dalgarrondo, P. (2019) *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. (3a ed). Artmed.

Damásio, A. (2000). *O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. Companhia das Letras.

Daneshmandi, S., Izadikhah, Z., Wilson, L.-A., & Forooshani, S. (2019). Emotional Schema Therapy Improves Emotion Regulation in Individuals with a History of Child Abuse and Neglect. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 5–15. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0036-7>

638

Dreher, S. S. (2020). Trauma, neurociências e gestalt-terapia: integrando práticas e abordagens contemporâneas. In L. C. S. NASCIMENTO & K. S. VALE. *Sentidos em gestalt-terapia: novas vozes, outros olhares*. Atena.

Fondren, K., Lawson, M., Speidel, R., McDonnell, C. G., & Valentino, K. (2020). Buffering the effects of childhood trauma within the school setting: A systematic review of trauma-informed and trauma-responsive interventions among trauma-affected youth. *Children and Youth Services Review*, 109, 104691. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104691>

Galvão, M. C., Pluye, P., & Ricarte, I. L. M. (2018) Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação. *Revista de Ciência da Informação e Documentação*, 08 (02), 4-24, <https://www.revistas.usp.br/incid/article/view/121879/133611>.



- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas.
- LeDoux, J. (1996). *O cérebro emocional: os misteriosos alicerces da vida emocional*. Objetiva.
- Majer, M., Nater, U. M., Lin, J.-M. S., Capuron, L., & Reeves, W. C. (2010). Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults: A pilot study. *BMC Neurology*, 10(1), 61. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-10-61>
- Martins, M. E. G. (2018). Amostra aleatória simples. *Revista de Ciência Elementar*, 06 (01), <https://rce.casadasciencias.org/rceapp/art/2018/021/>.
- Melchior, L. M., Barreto, R. A., Alencar, L. K., Nunes, D. S., Silva, T. M. & Oliveira, I. F. (2018). Avaliação do Estado de Ansiedade Pré-operatória em Pacientes Cirúrgicos Hospitalizados. *Revista de Enfermagem da UFJF*, 04 (02), 107 – 114. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/14023>.
- Nabinger, A. B. (2016). Psicoterapia e neurobiologia dos esquemas. In R. Wainer et al. (Orgs.), *Terapia cognitiva focada em esquemas: integração em psicoterapia*. Artmed.
- Oliveira, A. S. & Antônio, P. S. (2006). Sentimentos do adolescente relacionados ao fenômeno bullying: possibilidades para a assistência de enfermagem nesse contexto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 08 (01), 30-41. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/946/1158>.
- Ramires, V. R., & Schneider, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação? *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26 (01), 25-33. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100004>.
- Schnider, M., Jenni, R., Romain, J., Camporesi, S., Golay, P., Alameda, L., Conus, P., Do, K. Q., & Steullet, P. (2022). Time of exposure to social defeat stress during childhood and adolescence and redox dysregulation on long-lasting behavioral changes, a translational study. *Translational Psychiatry*, 12(1), 1–12. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02183-7>
- Silva, A. B. (2008). *Mentes Perigosas*. Fontanar.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2008) *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Artmed.
- Zangirolami-Raimundo, J., Echeimberg, J. O., & Leone, C. (2018) Tópicos de metodologia de pesquisa: estudos de corte transversal. *Portal de Revistas da USP*, 26 (03). <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/152198>.