

A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação

Eliane Regina Pereira
(Organizadora)



Atena
Editora

Ano 2019

Eliane Regina Pereira
(Organizadora)

A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Faria – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P974	A psicologia em suas diversas áreas de atuação [recurso eletrônico] / Organizadora Eliane Regina Pereira. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-736-9 DOI 10.22533/at.ed.369192310 1. Psicologia. 2. Psicólogos – Brasil. I. Pereira, Eliane Regina. CDD 150
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Descobri aos 13 anos que o que me dava prazer nas leituras não era a beleza das frases, mas a doença delas.

Comuniquei ao Padre Ezequiel, um meu Preceptor, esse gosto esquisito.

Eu pensava que fosse um sujeito escaleno.

- Gostar de fazer defeitos na frase é muito saudável, o Padre me disse.

Ele fez um limpamento em meus receios.

O Padre falou ainda: Manoel, isso não é doença, pode muito que você carregue para o resto da vida um certo gosto por nada...

E se riu.

Você não é de bugre? – ele continuou.

Que sim, eu respondi.

Veja que bugre só pega por desvios, não anda em estradas –

Pois é nos desvios que encontra as melhores surpresas e os arituncos maduros.

Há que apenas saber errar bem o seu idioma.

Esse Padre Ezequiel foi o meu primeiro professor de agramática.

(Barros, 2010, p. 319-20)¹.

Escolhi Manoel de Barros para iniciar a apresentação deste ebook. Tal escolha se dá, pelo convite de Manoel a que conheçamos os desvios, o gosto por nada e o prazer pela doença das frases/palavras. Ele nos incita a encontrar os arituncos maduros, a escrever, pensar, e gostar da agramática. Esta é a psicologia que acredito, aquela que se produz nas rupturas, nas frestas, nas discontinuidades, nas transgressões, mas, sempre nos encontramos. Não uma psicologia enclausurada em regras ou em protocolos, mas uma psicologia que se faz ciência no contato com os sujeitos. Que constrói desvios para encontrar a beleza e a potência de vida nos sujeitos e em seus momentos difíceis.

Este ebook é resultado de uma série de pesquisas bibliográficas de cunho qualitativo e/ou quantitativo, pesquisas empíricas e relatos de experiência. Nele os autores descobrem e contam sobre seus caminhos, sobre sofrimento, dor, angústia, mas também sobre possibilidades, desvios e arituncos maduros.

O livro está organizado em duas partes. A primeira parte intitulada “Reflexões

1. Barros, M. (2010). Poesia Completa. São Paulo: Leya. (6ª reimpressão).

em psicologia” consta trinta e um capítulos que apresentam diferentes temáticas, como: a prática grupal como estratégia de cuidado a jovens analisadas em duas perspectivas diferentes – abordagem centrada na pessoa e psicologia histórico-cultural; a gestação e o desenvolvimento humano ou os cuidados paliativos de neonatos e sofrimento da perda; a pessoa idosa no dia a dia e a prestação de serviço oferecida aos cuidadores; promoção de saúde e intervenções psicossociais; proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar; dependência química e relações familiares; doença crônica; suicídio; constituição da subjetividade; desinteresse escolar e arte no contraturno; motivação, satisfação e produtividade no ambiente de trabalho; inclusão de pessoas com deficiência na escola e no trabalho.

A segunda parte intitulada “Resumos expandidos” é composta de sete capítulos. Nesta parte, os autores apresentam em textos curtos, mas muito interessantes, diferentes temas, como: suicídio, qualidade de vida no trabalho, mediação extrajudicial, sexualidade infantil, psicologia educacional, e manifestações comportamentais.

Desejamos boa leitura a todos e que os conhecimentos aqui apresentados possam provocar um interesse pela agramática, como nos diz Manoel.

Eliane Regina Pereira

SUMÁRIO

REFLEXÕES EM PSICOLOGIA

CAPÍTULO 1	1
CONSTITUIR-SE SUJEITO: PROCESSO DE SUBJETIVAÇÃO DE SUJEITOS JOVENS A PARTIR DE UMA PRÁTICA GRUPAL	
Larissa Franco Severino Eliane Regina Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.3691923101	
CAPÍTULO 2	15
GRUPOS DE ENCONTRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA	
Leonardo Farias de Arruda Emily Souza Gaião e Albuquerque Brenda Lauana Pereira de Souza Danielly Scalone Maciel Débora Simone Araújo Wanderley Gabriel Tognin de Souza Maria Aparecida da Silva Januário Maria Luisa Barros Santos Lucena Mateus Rafael Uchôa Dantas Stéphanie Lima Fechine de Alencar	
DOI 10.22533/at.ed.3691923102	
CAPÍTULO 3	26
PERDAS GESTACIONAIS E NEONATAIS: QUANDO AS MÃES CONTAM	
Ana Maria Saldanha Pereira Eliane Regina Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.3691923103	
CAPÍTULO 4	45
DA GESTAÇÃO AO PRIMEIRO ANO DE VIDA: OS FATORES DE INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO HUMANO	
Bruna Médís Baruci Cássia Regina de O. Dela Rovere Eliandra Dias de Souza Fabiana Toppan Rocha Radila Fabricia Salles	
DOI 10.22533/at.ed.3691923104	
CAPÍTULO 5	75
CUIDADOS PALIATIVOS COM A FAMÍLIA DE PACIENTES NEONATOS: UM ESTADO DA ARTE	
Letícia Candido da Cunha Francini Pullig Fabre Mariana de Abreu Arioli Lurdes Victoria Acuña do Amaral Cloves Antonio de Amissis Amorim	
DOI 10.22533/at.ed.3691923105	

CAPÍTULO 6	86
INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE: NARRATIVAS DE UMA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO	
<p>Ana Karine Nóbrega de Araújo Fábia Moraes Barreto Isabella Juciene Aguiar João Bosco Filho Sebastiana Gomes Bezerra Ana Izabel Oliveira Lima</p>	
DOI 10.22533/at.ed.3691923106	
CAPÍTULO 7	99
SERVIÇOS DE PROTEÇÃO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REVISÃO INTEGRATIVA	
<p>Paula Orchiucci Miura Estefane Firmino de Oliveira Lima Kedma Augusto Martiniano Santos Mirella Cordeiro Moreira da Costa</p>	
DOI 10.22533/at.ed.3691923107	
CAPÍTULO 8	114
PERTURBAÇÕES DE PERSONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA NUMA AMOSTRA CLÍNICA DE UTENTES PORTUGUESES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	
<p>Bruno José Oliveira Carraça Daniel Maria Bugalho Rijo Cátia Clara Ávila Magalhães</p>	
DOI 10.22533/at.ed.3691923108	
CAPÍTULO 9	127
PERCEÇÃO DE PSICÓLOGAS SOBRE SERVIÇOS PSICOLÓGICOS PARA CUIDADORES DE IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	
<p>Rui Maia Diamantino Felipe Santos de Almeida Arly Patrícia Reis Almeida</p>	
DOI 10.22533/at.ed.3691923109	
CAPÍTULO 10	143
A PSICOLOGIA POSITIVA NO DIA A DIA DA PESSOA IDOSA	
<p>Eliane de Holanda Silva</p>	
DOI 10.22533/at.ed.36919231010	
CAPÍTULO 11	152
O ESTRESSE COMO FATOR DE RISCO PARA O USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS ENTRE UNIVERSITÁRIOS	
<p>Luiz Roberto Marquezi Ferro Aislan José de Oliveira Ana Paula Jesus da Silva Flávia Fernanda Ferreira de Andrade</p>	
DOI 10.22533/at.ed.36919231011	
CAPÍTULO 12	165
RELAÇÕES FAMILIARES E A DEPENDÊNCIA QUÍMICA	
<p>Gabrielly Aparecida Borges dos Santos</p>	
DOI 10.22533/at.ed.36919231012	

CAPÍTULO 13	176
REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DO ADOECIMENTO CRÔNICO EM HOMENS: IMPLICAÇÕES PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	
Anderson Reis de Sousa	
Álvaro Pereira	
Evanilda Souza de Carvalho	
Ailton Santos	
Selton Diniz dos Santos	
Mateus Vieira Soares	
Isabella Félix Meira	
Wellington Caribé Santana	
DOI 10.22533/at.ed.36919231013	
CAPÍTULO 14	196
SOFRIMENTO PSÍQUICO E MAL-ESTAR SOB UM VIÉS PSICANALÍTICO	
Iane Pinto de Castro	
DOI 10.22533/at.ed.36919231014	
CAPÍTULO 15	207
SUICÍDIO E OUTRAS MORTES AUTOINDUZIDAS: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA	
Evandro Yan Duarte	
Guilherme Monteiro da Silva	
Maria Paula Alves Corrêa	
Paulo Henrique Marques dos Santos	
Talis Shindy Masuda	
Victor Antonio Kuiava	
DOI 10.22533/at.ed.36919231015	
CAPÍTULO 16	215
ALGUMAS LEITURAS INTRODUTÓRIAS SOBRE SUICÍDIO, MORTE, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE	
Ariço Chaves Nantes	
DOI 10.22533/at.ed.36919231016	
CAPÍTULO 17	229
A FORMAÇÃO DA SUBJETIVIDADE DO CEGO À LUZ DA PSICANÁLISE	
Talita Franciele de Oliveira Medeiros	
DOI 10.22533/at.ed.36919231017	
CAPÍTULO 18	242
MITO E DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO: A SAGA DO HERÓI NO PROCESSO DE INDIVIDUAÇÃO	
Kadidja Luciana Tavares Augusto	
Bryan Silva Andrade	
DOI 10.22533/at.ed.36919231018	
CAPÍTULO 19	260
ARTE E CONTRATURNO ESCOLAR: (IM) POSSIBILIDADES DE VIVÊNCIA ESTÉTICA	
Tatyanne Couto Flor	
Eliane Regina Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.36919231019	

CAPÍTULO 20	273
DESINTERESSE ESCOLAR: CAUSAS E EFEITOS DENTRO DA VERSÃO PSICANALÍTICA	
Veruska Soares de Andrade	
Alvaro Luis Pessoa de Farias	
Divanalmi Ferreira Maia	
Marcos Antonio Torquato de Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.36919231020	
CAPÍTULO 21	285
PSICOLOGIA E APRENDIZAGEM: ASPECTOS NEUROCIENTÍFICOS E COGNITIVOS	
Eduardo Luiz Muniz Medeiros	
João Marcos Ferreira Gonçalves	
Jônatas Waschington Pereira Araújo	
Vinícius Flávio Medeiros Gomes	
João Paulo de Paiva Ramos	
DOI 10.22533/at.ed.36919231021	
CAPÍTULO 22	299
AS NUANCES DO FENÔMENO BULLYING NO ENSINO PÚBLICO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO LUÍS: ANÁLISE DE UM PROJETO PARA A APRENDIZAGEM SEM MEDO	
Ítalo Fábio Viana da Silva	
Jéssica Pinheiro Nunes	
Silvia Regina Moreira Vale	
Clemilda Meireles Gomes	
Josué Nascimento Garcia	
DOI 10.22533/at.ed.36919231022	
CAPÍTULO 23	308
AUXILIARES DE APOIO À INCLUSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM PSICOLOGIA COMPORTAMENTAL	
Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior	
DOI 10.22533/at.ed.36919231023	
CAPÍTULO 24	316
A INCLUSÃO DE PESSOAS COM AUTISMO NO MERCADO DE TRABALHO: UMA REVISÃO	
Talita Martins Golf Ueno	
Tatiane Carvalho Castro Marin	
DOI 10.22533/at.ed.36919231024	
CAPÍTULO 25	328
A IMPORTÂNCIA DO OLHAR DA PSICOLOGIA NO PROCESSO DE INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO MERCADO DE TRABALHO ATRAVÉS DE UMA METODOLOGIA INOVADORA DENOMINADA EMPREGO APOIADO	
Ligia Regina Pauli	
Regina Maria Joppert Lopes	
Yvy Karla Bustamante Abbade	
DOI 10.22533/at.ed.36919231025	
CAPÍTULO 26	339
A IMPORTÂNCIA DOS SENTIDOS DO TRABALHO NA MOTIVAÇÃO, SATISFAÇÃO E PRODUTIVIDADE	
Sarah Caroline Albuquerque Ferraz Santos	
DOI 10.22533/at.ed.36919231026	

CAPÍTULO 27 348

BURNOUT E ATIVIDADE FÍSICA COMO *COPING* PARA MÉDICOS PLANTONISTAS: UM ESTADO DA ARTE

Gracielen Bordignon
Thais Weiss Brandão

DOI 10.22533/at.ed.36919231027

CAPÍTULO 28 358

PSICOLOGIA JURÍDICA: ANÁLISE EPISTEMOLÓGICA

Adelcio Machado dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.36919231028

CAPÍTULO 29 371

PASTORAL DA JUVENTUDE NO REGIONAL NORTE 2 DA CNBB: UMA ANÁLISE SWOT A PARTIR DA CATEGORIA DOS *STAKEHOLDERS*

Denny Junior Cabral Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.36919231029

CAPÍTULO 30 382

O PSICÓLOGO POR SI SÓ É COACH? UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Rosimeri Vieira da Cruz de Souza
Rafael Zaneripe de Souza Nunes
Caroline Zaneripe de Souza
Karin Martins Gomes
Amanda Castro
Ana Marlise Scheffer de Souza

DOI 10.22533/at.ed.36919231030

RESUMO EXPANDIDO

CAPÍTULO 31 404

A GESTÃO DE PESSOAS DENTRO DAS CARACTERÍSTICAS DOS CONFLITOS PESSOAIS, COM ENFOQUE NA PSICANÁLISE E INTELIGÊNCIA ESPIRITUAL

Osnei Francisco Alves
Eliete Cristina Pessôa

DOI 10.22533/at.ed.36919231031

CAPÍTULO 32 416

IDEAÇÃO SUICIDA: UMA TRISTE REALIDADE ENTRE OS MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA

Thalia Roberta Correia Campagnollo
Maiara Carvalho Panizza
Mariana Ribeiro da Silva
Winy Vitória de Lima
Rafael Bottaro Gelaleti
Érica Alves Serrano Freitas

DOI 10.22533/at.ed.36919231032

CAPÍTULO 33	423
CONCEITO E IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT): UMA REVISÃO DE LITERATURA	
Marta Gislayne Gomes Leite	
Fernanda Tamyris de Oliveira Lopes	
DOI 10.22533/at.ed.36919231033	
CAPÍTULO 34	427
A PSICOLOGIA NO DIREITO SUCESSÓRIO: MEDIAÇÃO EXTRAJUDICIAL INTERDISCIPLINAR	
Camila Deprá	
Cristian Garcia Scolari	
DOI 10.22533/at.ed.36919231034	
CAPÍTULO 35	432
SEXUALIDADE INFANTIL: EVENTO PRECOCE OU CONSTITUTIVO?	
Mirella Hipólito Moreira de Anchieta	
Rafael Ayres de Queiroz	
Bárbara Castelo Branco Monte	
Mara Aguiar Ferreira	
Selênia Maria Feitosa e Paiva	
Daniel Mattos de Araújo Lima	
DOI 10.22533/at.ed.36919231035	
CAPÍTULO 36	439
MANIFESTAÇÕES COMPORTAMENTAIS DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM VITIMAS DE ABUSO SEXUAL	
Patricia Laysa Silva Soares Campelo de Carvalho	
Nelson Jorge Carvalho Batista	
DOI 10.22533/at.ed.36919231037	
CAPÍTULO 37	445
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM PSICOLOGIA ESCOLAR/EDUCACIONAL EM UMA ESCOLA PRIVADA EM TERESINA-PI	
Juniane Oliveira Dantas Macedo	
Liliana Louísa de Carvalho Soares	
Patrícia Melo do Monte	
DOI 10.22533/at.ed.36919231037	
CAPÍTULO 38	452
OS POVOS KARAJÁ XAMBIOÁ E OS REFLEXOS DA CULTURA NO COMPORTAMENTO SUBJETIVO: A TRANSDISCIPLINARIDADE PRESENTE	
Helena Mendes da Silva Lima	
Maycon Douglas Silva Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.36919231038	
SOBRE A ORGANIZADORA	464
ÍNDICE REMISSIVO	465

O PSICÓLOGO POR SI SÓ É COACH? UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Rosimeri Vieira da Cruz de Souza

Universidade do Extremo Sul Catarinense
Criciúma – Santa Catarina

Rafael Zaneripe de Souza Nunes

Universidade do Extremo Sul Catarinense
Criciúma – Santa Catarina

Caroline Zaneripe de Souza

Universidade Federal de Santa Catarina
Palhoça – Santa Catarina

Karin Martins Gomes

Universidade do Extremo Sul Catarinense
Criciúma – Santa Catarina

Amanda Castro

Universidade do Extremo Sul Catarinense
Criciúma – Santa Catarina

Ana Marlise Scheffer de Souza

Universidade do Extremo Sul Catarinense
Criciúma – Santa Catarina

RESUMO: A análise metodológica entre Psicologia e Coaching é o tema central abordado neste artigo que busca compreender de forma mais precisa as delimitações entre essas áreas. Fazemos menção às formas de trabalhar de cada processo com base em um comparativo, considerando a base teórica e a atuação de cada um, ressaltando as evidências de uma prática e outra. O presente artigo surgiu devido à necessidade de maiores estudos no

Brasil nesta área e para entender a importância da Psicologia como ciência e suas vertentes.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia. Terapia Cognitivo Comportamental. Coaching.

IS THE PSYCHOLOGIST BY ITSELF COACH? A BIBLIOGRAPHICAL REVIEW

ABSTRACT: The methodological analysis between Psychology and Coaching is the main theme addressed in this article that seeks to understand more precisely the delimitations of these areas. We mention the ways of working of each process based on a comparative, considering the theoretical base and performance of each, highlighting the evidences of one practice and other. This article has come up due the need for further studies in Brazil about this area to understand the importance of Psychology as a science and its aspects.

KEYWORDS: Psychology. Cognitive Behavioral Therapy. Mentoring.

INTRODUÇÃO

De tantos temas possíveis para se abordar um dos que está mais em voga atualmente é as diferenças profissionais entre um profissional Coach e um Psicólogo, pois é comum as pessoas se depararem com essa

dúvida sobre a integração destas duas práticas. No entanto, partindo do princípio de que o Coaching trabalha com processos de desenvolvimento nos âmbitos pessoal e profissional, a diferenciação entre as duas áreas acaba se tornando nebulosa, e esses aspectos são de extrema relevância na sociedade moderna em que vivemos.

Sabemos que os dois temas estão interligados e que a ciência da Psicologia está como um véu atrás dos processos de Coaching, que ainda não é regulamentado, mas atua com força em todos os aspectos relativos na disputa por espaço no mercado de trabalho com o profissional psicólogo.

Assim, o presente artigo surge como uma discussão inicial para futuras pesquisas que busquem avaliar e comparar as práticas dessas duas áreas de trabalho. As informações coletadas foram obtidas por meio de leituras prévias acerca do Coaching, Psicologia Cognitiva Comportamental e suas áreas de desenvolvimento. De maneira breve, vamos percorrer um pouco do processo histórico da psicologia, sendo esse ponto de suma importância para a validação de sua prática científica. Após demonstrarmos o valor científico da área de atuação do psicólogo faremos uma análise das técnicas usadas por ambos os profissionais, Coach e Psicólogo, para identificarmos em quais níveis suas áreas de atuação se assemelham e diferenciam.

HISTÓRIA DA PSICOLOGIA

Segundo Vidal (2007), a palavra *psychologia* se tornou conhecida a princípio nos textos sobre alma usados em universidades protestantes da Alemanha. Foi impressa pela primeira vez em 1590 em uma coletânea de discussões sobre a origem e a transmissão da alma racional. Sendo que, a etimologia da palavra psicologia: vem do grego *psyché* e quer dizer sopro de vida, alma. *Logos*, do grego, quer dizer ciência, estudo. Etimologicamente, então, psicologia significa o estudo da alma. (FREIRE, 2006).

Porém a psicologia tem seu marco histórico com Wilhelm Wundt, ou ainda com Fechner. Wilhelm Wundt (1832-1920) é considerado o pai da Psicologia científica por ter fundado o Laboratório de Psicologia na Universidade de Leipzig, na Alemanha (ARAUJO, 2007). Porém existem divergências em relação a isso, afinal alguns autores relacionam Gustav Theodor Fechner (1801-1887), como o surgimento da psicologia científica, juntamente com a psicofísica, em 1860, quando este publicou sua obra *Elementos de Psicofísica*. Sendo nesta data que se conseguiu, pela primeira vez, fazer medidas precisas de fenômenos e quantidades mentais, mostrando o relacionamento das quantidades psíquicas com as físicas. (FREIRE, 2006).

Pode-se levar em conta também que as raízes da psicologia têm grande elo com os filósofos, afinal foi por meio da filosofia que surge o estudo do comportamento, que vai do século VI a.c até 1879. (FREIRE, 2006) A Psicologia enfrentou muitas lutas no decorrer dos tempos para chegar onde está atualmente, desde a regulamentação da profissão até a desmistificação sobre as atribuições dos psicólogos.

A psicologia surgiu com o pós-guerra e foi implantada em nosso país pelos testes psicológicos como forma de diagnosticar problemas mentais, sendo assim surge à necessidade de torná-la uma profissão (CRUCES, 2010). Porém somente muitos anos após a profissão de Psicologia ter chegado ao Brasil que a mesma foi reconhecida, por tal fato é considerada uma profissão nova. “Em 1953 surge na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, o primeiro curso de psicologia (PUC/RJ), no Brasil” (CRUCES, 2010, p.21).

Isso tornou possível aos Psicólogos o reconhecimento como profissão e ciência, bem como a realizarem suas atividades no âmbito como merecedores de reconhecimento. “Até a metade do século XX a psicologia continuou subordinada à Faculdade de Filosofia nas Universidades Alemãs” (ARAUJO, 2007, p. 101). Porém somente mais tarde se abrem espaços para cursos de graduação em outras faculdades.

Para Araujo (2007), o curso de psicologia surgiu ligada a outros cursos como medicina e direito. Porém a psicologia muitas vezes tem uma visão diferenciada do indivíduo, o vê de forma holística e em sua totalidade. A psicologia inclui o ser humano em uma visão biopsicossocial emocional. Diante disso pode-se observar que este período a prática da Psicologia não era voltada para educação, e sim atrelada ao direito e medicina, duas áreas diferentes do modelo atual de Psicologia, mas que foram fundamentais para o processo de aprimoramento da área enquanto ciência.

A psicologia fazia parte dos cursos principalmente referentes à educação, sendo que a mesma não tinha um curso individual para si própria. Pois não era tida como uma profissão reconhecida (CRUCES, 2010). A partir disso a psicologia começou a ganhar destaque no campo científico, trabalhando com disciplinas próprias da profissão, na teoria e na prática, possibilitando assim o interesse das pessoas pelo curso, bem como pela sua necessidade em vários âmbitos.

A HISTÓRIA DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL

Segundo Dobson; Backs-Dermott; Dozsois (2000) *apud* Knapp (2004) Aron Beck era um psicanalista tradicional na época em que Albert Ellis começou os estudos sobre a Terapia Cognitiva Comportamental. Quando Aron Beck desenvolveu a Terapia Cognitiva era um período em que dominava três campos da psicoterapia: psicanálise, behaviorismo e humanismo. Em 1960, o psicanalista Aaron Beck, elaborava um novo modelo de intervenção terapêutica para tratamento de transtornos emocionais, que cunhou em definitivo como Terapia Cognitiva.

Na década de 60 muitas outras abordagens surgiam, além de Beck, Albert Ellis, Lazarus, Meichenbaum, Mahoney, entre outros. Todas essas fazem parte de um grande grupo, bastante genérico, chamado de Terapias Cognitivo-comportamentais (KNAPP, 2004). Mas, parece que essa classificação não cabe mais, como vemos

na 2ª edição do clássico de Judith Beck, que altera o seu título e chama a terapia cognitiva, agora de terapia cognitiva-comportamental (BECK, 2014).

Segundo Wright, Basco e Thase (2008), Aaron T. Beck foi o primeiro a desenvolver completamente as teorias e métodos para aplicar as intervenções cognitivas comportamentais. As primeiras formulações de Beck eram centrais no papel do processamento de informações em transtornos de depressão e ansiedade, constatando que os indivíduos acometidos com os transtornos processavam as informações de maneira disfuncional. Beck identificou três níveis básicos de processamento cognitivo, sendo o nível mais alto a consciência, um estado de atenção em que o indivíduo toma decisões de modo racional. Segundo Wright, Basco e Thase (2008, p.19) a atenção consciente permite:

- Monitorar e avaliar as interações com o meio ambiente;
- Ligar memórias passadas às experiências presentes;
- Controlar e planejar ações futuras.

De acordo com Knapp (2004), as terapias cognitivo-comportamentais compartilham de um único modelo cognitivo que serve como pressuposto básico. Há, portanto, segundo o mesmo, três características que definem o núcleo cognitivo-comportamental, que são (KNAPP, 2004, p. 19):

1. A atividade cognitiva influencia o comportamento,
2. A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada.
3. O comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva.

O modelo desenvolvido por Aaron Beck, originalmente, tinha o propósito de tratar a depressão. Com o tempo e com o acúmulo de pesquisas o mesmo modelo pode ser introduzido no tratamento de diversos transtornos, populações e queixas. Hoje a terapia cognitivo-comportamental é aplicada aos transtornos de ansiedade, dependências químicas, transtornos de personalidade, transtornos alimentares, transtorno bipolar, casais, famílias, crianças e adolescentes, entre muitos outros (KNAPP, 2004).

Dessa forma, podemos ver aspectos das Crenças centrais ou nucleares dentro da abordagem psicológica da Terapia Cognitiva Comportamental que são classificados como ideais e conceitos que temos enraizados acerca de nós mesmos, das pessoas e do mundo (KNAPP, 2004). Essas crenças são construídas em uma tenra idade e perseveram por toda a vida, independente das situações que se apresentem ao indivíduo ele pensará da mesma forma. Mudanças duradouras na psicopatologia do indivíduo ocorrem apenas com a reestruturação das crenças centrais. Muitos conservam crenças positivas sobre si mesmo, como *“eu tenho valor”*, *“eu sou digno de ser amado”*, *“eu sou capaz”*, entre outras. Mas, as crenças negativas, que frequentemente ficam adormecidas, despertam em situações psicológicas

estressoras e de sofrimento. Crenças negativas do tipo “*eu sou incapaz*”, “*eu sou incompetente*”, “*sou indigno de ser amado*”, entre outras.

De acordo com Knapp (2004), até aproximadamente a década de 1970 apenas a psicanálise, o behaviorismo e o humanismo dominavam o campo da psicoterapia. Segundo o autor as terapias cognitivo-comportamentais (TCC’S) surgiram como uma “quarta força” na psicoterapia. O auge desse modelo foi o final dos anos 1960 e início da década de 1970. Devido a diversos fatores sociais e históricos, foram surgindo diversos modelos de TCC’s. Primeiro a insatisfação com os modelos de trabalho existentes, segundo foi a rejeição ao modelo psicodinâmico de personalidade, aliado a insatisfação com o modelo estímulo-resposta behaviorista. Em terceiro foi a ineficácia existente de intervenções comportamentais em problemas como o pensamento obsessivo. Em quarto, foi a atenção sendo focada cada vez mais para os aspectos cognitivos. Um quinto fator contextual que cooperou ao desenvolvimento da TCC foi a identificação de vários teóricos e pesquisadores com a área. A criação de uma revista científica, intitulada *Cognitive Therapy and Research* cooperou para essa disseminação. Um último fator foi a eficácia obtida através do modelo da TCC, através das recentes pesquisas desenvolvidas naquela época.

A semelhança de Albert Ellis, Aaron Beck em torno da década de 1960 também teve seus questionamentos ao modelo psicanalítico, transformando-se no principal autor no modelo cognitivo. A terapia cognitiva surgiu após as pesquisas e formulações de Beck no tratamento de depressão e outros transtornos. Segundo suas observações as distorções cognitivas eram o centro comum de disfunções emocionais e comportamentais. Sistematizou assim diversos tipos de distorções cognitivas, incluindo a abstração seletiva, inferência arbitrária, hipergeneralização, maximização e minimização. O modelo de Aaron Beck foi aperfeiçoado em diversos textos (BECK, 2014), entretanto as características essenciais da terapia cognitiva foram mantidas (KNAPP, 2003). Segundo Wright; Basco; Thase (2008), a TCC é uma abordagem que se baseia em dois eixos centrais:

- nossos pensamentos influenciam diretamente nossas emoções e comportamentos;
- o modo como nos comportamos influencia em nossos pensamentos e emoções.

TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL

Segundo Caminha (2003) a terapia cognitiva menciona que o comportamento é reflexo das cognições, das crenças que possui de si mesmo e do mundo ao seu redor, haja vista que a cognição é o conteúdo dos pensamentos e processos do ato de pensar. Na visão de Wright; Basco; Thase (2008), a perspectiva de que um pensamento saudável pode influenciar no bem-estar e aliviar a angustia do indivíduo

é um tema comum discutido em diversas gerações e culturas. “A teoria cognitiva tem como objeto de estudo principal a natureza e a função dos aspectos cognitivos, ou seja, o processamento de informação que é o ato de atribuir significado a algo” (BAHLS; NAVOLAR, 2004, p.2).

De acordo com Dobson e Dozois (2006), em sua natureza, todas as terapias cognitivo-comportamentais possuem três aspectos essenciais:

- A cognição afeta o comportamento;
- A cognição pode ser monitorada e alterada;
- A mudança comportamental desejada pode ser efetuada por meio da mudança cognitiva.

Contudo, é válido ressaltar que, mesmo sendo a Terapia Cognitiva Comportamental eficaz para o tratamento de transtornos mentais, ela pode ser aplicada a indivíduos que buscam o processo terapêutico por outras questões e motivações, como o desenvolvimento pessoal onde, nestes casos, ficaria a critério do cliente escolher o processo de desenvolvimento de autoconsciência e modificação comportamental via terapia ou *coaching*. O objetivo principal da Terapia Cognitiva Comportamental é buscar a modificação das crenças centrais distorcidas e transformar em cognitivamente adaptativas. (BECK, 2014)

As crenças centrais são as ideias e conceitos mais enraizados que o indivíduo pode ter sobre ele mesmo, os outros e o mundo. Elas são *incondicionais*, ou seja, independentemente do evento que ocorrer ao sujeito, o indivíduo irá pensar de acordo com suas crenças. Estas crenças se formam e se constroem através de experiências e aprendizados ao longo da vida, moldando a percepção e a significação dos eventos, e quando se tornam disfuncionais, o indivíduo tende a cristalizá-las como verdades absolutas. (KNAPP, 2008). Beck (2013) apresenta três categorias de crenças nucleares:

- Crenças nucleares desamparo (Eu sou incompetente, Eu sou ineficiente, Eu não consigo fazer nada direito, Eu sou fraco, Eu sou um fracasso...).
- Crenças nucleares de desamor (Eu sou incapaz de ser amado, Eu não sou gostável, Eu não sou querido, Ninguém se preocupa comigo...).
- Crenças nucleares de desvalor (Eu não tenho valor, Eu sou intolerável, Eu sou mau, Eu sou inútil...)

Já as crenças intermediárias, são construções cognitivas disfuncionais, implícitas aos pensamentos automáticos. São regras, padrões e normas que guiam a conduta de um indivíduo, e o condiciona para que estas sejam cumpridas. As crenças intermediárias são algumas regras que as pessoas criam e utilizam, mesmo que inconscientemente e que acabam dificultando o funcionamento mental e, conseqüentemente, os pensamentos e atitudes. É formado por “hipóteses” que se formulam a partir de situações de enfrentamento (KNAPP, 2008). Segundo Caminha *et al.* (2003), as crenças intermediárias podem ser mudadas, mas isso exige bastante

tempo e colaboração do paciente.

ESTRUTURA DAS SESSÕES

Para iniciarmos nosso comparativo, é necessário que entendamos as estruturas das sessões de cada área, iniciaremos com as sessões da psicologia, dentro do campo da terapia cognitivo comportamental. Os elementos básicos que estruturam e dão forma as sessões terapêuticas são:

1.1 Revisão do humor e da semana

De acordo com Beck (2014), a revisão do humor é realizada solicitando que o paciente relate como está e esteve seu humor desde a última sessão, em poucas palavras. Outra forma de questionar e verificar o humor semanal do paciente é orientando-o a classificar em uma escala de zero a dez seus sintomas durante a semana, como em uma ou duas frases, e assim fazer um monitoramento do progresso terapêutico.

1.2 Ponte com a última sessão

Knapp (2008) afirma que cada sessão está diretamente vinculada com as outras. Questionamento como “O que você lembra de importante da nossa última sessão?” auxilia e dá continuidade ao plano terapêutico.

1.3 Revisão das tarefas

É importante revisar o exercício de casa do paciente. Se você não o fizer, o paciente vai parar de fazê-lo. Às vezes, o exame do exercício de casa é relativamente rápido, outras vezes, no entanto, pode se tornar a maior parte da sessão, se estiver relacionado aos problemas da pauta. (BECK, 2014).

1.4 Fazer agenda

Essa prática, de realizar conjuntamente com o paciente em todo início de sessão uma agenda com os aspectos a serem trabalhados, que ambos considerem mais importantes para o momento, possibilita extrair o máximo proveito e produtividade de cada sessão (KNAPP, 2008).

1.5 Feedback da sessão

O feedback não necessariamente precisa ser realizado na finalização de cada sessão, mas em qualquer momento que se faça necessário ou que apareça como “insight”. Além disso, é importante que se obtenha o feedback de como está o andamento das sessões continuamente, o que o paciente está sentindo e pensando

em relação ao processo e ao progresso terapêutico (KNAPP, 2008).

PRINCIPAIS TÉCNICAS

As técnicas aqui abordadas fazem parte do escopo da terapia cognitivo comportamental, uma das diversas abordagens da psicologia. É de suma importância destacarmos as técnicas de cada área para observarmos possíveis semelhanças e divergências entre o Coach e o Psicólogo.

1.6 Auto monitoramento

O automonitoramento diz respeito a uma intervenção mais simples e menos intrusiva. Pode ser emocional, comportamental ou cognitivo (FRIEDBEARG; MCCLURE; GARCIA, 2011). Com essa técnica busca-se auxiliar o paciente a perceber, identificar e descrever com especificidade os próprios sentimentos, comportamentos e pensamentos (BASSO; WAINER, 2011; LEAHY, 2017). O objetivo é fazer com que o indivíduo tenha mais consciência do que ocorre consigo (HOPE; HEIMBERG; TURK, 2012), bem como aumentar a previsibilidade de situações estressoras e torná-las mais administráveis (FRIEDBEARG; MCCLURE; GARCIA, 2011). Esse processo pode ser realizado utilizando-se uma planilha (LEAHY, 2017).

1.7 Descoberta guiada

A descoberta guiada é uma das técnicas cognitivas centrais da TCC, e um dos principais modos de identificar pensamentos automáticos (BECK, 2014; SANTOS; MEDEIROS, 2017; FRIEDBARG; MCCLURE; GARCIA, 2011; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Trata-se de um tipo de análise racional, na qual o paciente é levado a pensar sobre seus problemas e avaliar seus pensamentos junto com o terapeuta, para então elaborar conclusões próprias (BASSO; WAINER, 2011; BECK, 2014). Esse processo ocorre por meio de questionamentos que devem estimular a emoção, ser específicos e manter um foco (BARLETTA; FONSECA; DELABRIDA, 2012; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). O objetivo é possibilitar que o indivíduo analise crenças e crenças perturbadoras com distanciamento, e desafie suas avaliações e crenças errôneas (BECK, 2014; CORDIOLI; BORTONCELLO; BRAGA, 2014). Desse modo o indivíduo pode avaliar melhor a validade e benefícios de sua explicação inicial, bem como explorar explicações mais realísticas ou adaptadas/funcionais (BECK, 2014; CORDIOLI; BORTONCELLO; BRAGA, 2014).

1.8 Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD)

O Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) é um exercício cognitivo para identificação, exame e modificação de crenças como pensamentos automáticos, intrusivos ou catastróficos (BECK, 2014; CORDIOLI; BORTONCELLO; BRAGA,

2014; SANTOS; MEDEIROS, 2017). Esse registro é realizado com a utilização de uma planilha na qual o indivíduo declara em cada coluna: uma situação específica; os pensamentos automáticos que ocorreram no momento; as emoções sentidas; as respostas adaptativas (quais distorções cognitivas foram percebidas e o quanto acredita nelas); e por fim o resultado, que se trata do registro do quanto o indivíduo acredita em seus pensamentos automáticos e qual a intensidade da emoção percebida após a análise (BECK, 2014; KNAPP; BECK, 2008). Essa técnica é utilizada com indivíduos que já estão familiarizados com o modelo cognitivo, e não é recomendada para pacientes com déficits intelectuais, que não gostam de escrever ou que se encontram desmotivados (BECK, 2014; CORDIOLI; BORTONCELLO; BRAGA, 2014).

1.9 Role-play

O role-play é uma técnica que pode ser utilizada na terapia individual ou em grupo (WALLACH; SAFIR; BAR-ZVI, 2009), e em favor de diversos objetivos tais como a identificação de pensamentos automáticos, a modificação de crenças intermediárias e nucleares, o desenvolvimento de habilidades sociais e de formas de enfrentamento mais adaptativas (BECK, 2014; BASSO; WAINER, 2011; SANTOS; MEDEIROS, 2017). A sua prática se dá por meio da dramatização de uma situação descrita pelo indivíduo, na qual este pode interpretar a si mesmo ou a outra pessoa envolvida ou, ainda, pode presenciar a representação realizada por membros de apoio ou coparticipantes de terapia em grupo (BASSO; WAINER, 2011; BECK, 2014; WALLACH; SAFIR; BAR-ZVI, 2009; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Outra forma de role-play é a *intelectual-emocional*, na qual terapeuta e paciente interpretam o lado emocional e intelectual do paciente em uma discussão sobre suas crenças (BECK, 2014).

1.10 Análise das vantagens e desvantagens

A análise de vantagens e desvantagens, ou de custo-benefício, trata-se da avaliação de prós e contras sobre um objeto de análise que pode ser: uma determinada crença, pensamentos problemáticos, sentimentos ou emoções perturbadoras, estratégias comportamentais, sintoma específico ou uma tomada de decisão (CORDIOLI; BORTONCELLO; BRAGA, 2014; COUTINHO *et al.*, 2011; FRIEDBARG; MCCLURE; GARCIA, 2011; LEAHY, 2017; OLIVEIRA; FREIRE; LARANJEIRA, 2011; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Nesse processo o indivíduo é levado a identificar e escrever em uma planilha vantagens e desvantagens tanto de manter quanto de modificar determinada crença, pensamento ou outro objeto de análise, fazendo que as possíveis consequências de suas escolhas se tornem mais visuais, claras e concretas (FRIEDBARG; MCCLURE; GARCIA, 2011; LEAHY, 2017; OLIVEIRA; FREIRE; LARANJEIRA, 2011). O objetivo é esclarecer ambivalências, visualizar

alternativas e aumentar a motivação para a mudança (FRIEDBARG; MCCLURE; GARCIA, 2011; LEAHY, 2017; OLIVEIRA; FREIRE; LARANJEIRA, 2011). Ainda que o indivíduo decida por manter uma situação disfuncional, espera-se fazê-lo reconhecer o custo dessa escolha a curto e médio prazo (LEAHY, 2017).

1.11 Questionamento socrático

O questionamento socrático é uma técnica fundamental da análise racional, que serve para identificar, avaliar e modificar pensamentos e crenças disfuncionais, por meio de perguntas estruturadas (BECK, 2014; FRIEDBARG; MCCLURE; GARCIA, 2011; SANTOS; MEDEIROS, 2017; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). É um procedimento que exige do terapeuta uma postura imparcial e paciente, a fim de levar o indivíduo a confrontar pensamentos e crenças disfuncionais por seu próprio raciocínio lógico (BECK, 2014; CORDIOLI; BORTONCELLO; BRAGA, 2014; SANTOS; MEDEIROS, 2017). Essa técnica proporciona um método estruturado de avaliação do pensamento, tornando-a mais concreta e evitando que o paciente responda a seus pensamentos automáticos superficialmente (BECK, 2014). O indivíduo deverá considerar sua crença ou pensamento automático uma mera hipótese, enquanto analisa evidências de realidade que os comprovem ou refutem (BECK, 2014; CORDIOLI; BORTONCELLO; BRAGA, 2014). Uma vez que trata de confrontar crenças importantes do indivíduo, a forma e timing de aplicação dessa técnica devem ser bem planejadas (FRIEDBARG; MCCLURE; GARCIA, 2011).

1.12 Ensaio cognitivo

O ensaio cognitivo é uma técnica imagética que pode ser utilizada para objetivos como: identificar gatilhos de piora de sintomas, modificar distorções, treinar resolução de problemas e assertividade, elaborar novas estratégias de enfrentamento, contribuir para a aprendizagem e memória e aumentar a possibilidade de se alcançar um objetivo (SANTOS; MEDEIROS, 2017; KNAPP; BECK, 2008; WIRGH; BASCO; THASE, 2008; WRIGHT *et al.*, 2010). Trata-se de propor que pelo manejo de imagens mentais, o paciente se imagine em uma situação específica (passada ou projetada) como se estivesse ocorrendo naquele momento, e, a partir de então, as respostas podem ser elaboradas, praticadas e reforçadas, aumentando as chances do indivíduo se beneficiar dessa aprendizagem no futuro (KANPP; BECK, 2008; WRIGHT *et al.*, 2010).

1.13 Psicoeducação

A psicoeducação é realizada no início e ao longo de todo o tratamento (CORDIOLI, 2014a). São ações que visam: promover clareza sobre o modelo cognitivo, tratamento, sintomas e transtorno; reforçar e acrescentar informações conforme se fizer necessário ao longo do acompanhamento; aumentar a motivação

do paciente; facilitar o processo de mudança; incentivar o indivíduo a levar em conta informações que não estejam de acordo com suas crenças (CORDIOLI, 2014a; FRIEDBARG; MCCLURE; GARCIA, 2011; HOPE; HEIMBERG; TURK, 2012; KNAPP, 2004; WIRGHT; BASCO; THASE, 2008). As intervenções psicoeducativas devem ser dinâmicas, interativas e colaborativas, ou seja, o paciente deve ser incentivado a questionar e compor a construção de seus conhecimentos, de modo que este não tenha uma papel passivo (FRIEDBARG; MCCLURE; GARCIA, 2011; HOPE; HEIMBERG; TURK, 2012; WRIGHT *et al.*, 2010). Partindo do princípio da coparticipação, o terapeuta deve levar em conta o grau de instrução do paciente, utilizar diferentes materiais, solicitar feedback e integrar esse processo às tarefas de casa (WRIGHT *et al.*, 2010).

1.14 Reestruturação cognitiva

A técnica de reestruturação cognitiva envolve a identificação de: pensamentos automáticos; crenças e memórias seletivamente negativas; o exame de evidências; correção de erros de pensamento; o treinamento do diálogo interno; o pensamento racional; e elaboração de estratégias de enfrentamento (CORDIOLI; BRAGA, 2014; FRIEDBARG; MCCLURE; GARGIA, 2011; LOVATO; CORDIOLI, 2014; SILBERFARB; PERGHER, 2011; WALLACH; SAFIR; BAR-ZVI, 2009). O indivíduo deverá responder quais evidências de realidade depõem contra ou a favor de um determinado pensamento automático ou crença, considerando apenas fatos, e não o que sente (CORDIOLI; BRAGA, 2014). Espera-se com essa técnica, diminuir a frequência de respostas automatizadas e de cognições e emoções perturbadoras, e em lugar disso, tornar mais frequente as respostas racionais e a utilização de estratégias de enfrentamento (FRIEDBARG; MCCLURE; GARCIA, 2011; WALLACH; SAFIR; BAR-ZVI, 2009). Combinada a outras técnicas já treinadas em terapia, o paciente integra esse raciocínio de fala interna ao seu dia a dia, avaliando a validade de seus pensamentos, corrigindo-os quando necessário, e reestruturando dessa forma suas cognições para esquemas mais adaptativos (CERENTINI; DUARTE; PERGHER, 2011; SILBERFARB; PERGHER, 2011).

COACHING

O Coaching caracteriza-se como um processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências comportamentais, cognitivas e emocionais, direcionando o indivíduo a alcançar metas, solucionar problemas e superar barreiras e limitações. Palmer e Szymanska (2007 *apud* SARDINHA, 2014). O *coach* é um facilitador que fornece suporte contínuo para o *coachee* (cliente) estabelecer planos de ação eficientes para o alcance de metas específicas, Whitmore (2009 *apud* SARDINHA, 2014), o que, em geral, requer o desenvolvimento de novos padrões

cognitivos e comportamentais. O Coach é um facilitador da tomada de consciência, da identificação de potencial e obtenção ou reforço da autoestima (CATALÃO; PENIN, 2009).

O Coaching se configura e se expressa em diversas “abordagens”, existindo várias ramificações na sua atuação. Podemos encontrar: Coaching de Saúde; Coaching de Identidade; Coaching Transcultural; Coaching de emagrecimento; Coaching de relacionamentos; Coaching Integrativo Sistêmico; Coaching evolutivo e outros (PERCIA *et al.*, 2012). Além disso, existe o que é conhecido como Coaching Cognitivo Comportamental (CCC), sendo está uma abordagem cujo foco é o estabelecimento de meta e suporte na gestão de situações de crise, gerando a redução dos níveis de estresse, ansiedade, depressão e auxiliando na tomada de decisão (GOTTSCALK; MONTEIRO; ANDRETTA, 2019). O CCC apresenta-se como um processo estruturado de estabelecimento e alcance de metas, e tem como base os princípios cognitivo-comportamental, nisso se busca a identificação e desbloqueio de padrões cognitivos limitantes para que se obtenha a mudança comportamental, além disso, a interface da prática do CCC com a Terapia Cognitivo-Comportamental carecem de estudos. (FREITAS *et al.*, 2014)

O Coach vai exercendo diversos papéis na sua prática, como: Guia; Treinador Consultor; Professor e Mentor. O guia facilita o caminho do *Coachee* (cliente), para isso, é necessário que o *Coachee* saiba para onde ir, então, nesse momento o Coach se foca no modelo das perguntas poderosas provocando reflexões no *Coachee*. O Coach como treinador tem seu papel calcado no desenvolvimento das habilidades necessárias para o sucesso do *coachee*. Em um determinado ponto do processo, o Coach assume uma função de Consultor ou Mentor, e passa a se distanciar levemente das perguntas poderosas, assumindo uma postura de maior influência, trazendo comparativos, boas práticas, conhecimento e estratégia. Quando o Coach assume finalmente o papel de mentor, a verdadeira transformação começa, iniciando-se o processo de construção do “eu” (MARQUES; CARLI, 2012).

Os papéis que o coach vai assumindo com o *coachee* se baseiam no processo evolutivo dos Níveis Neurológicos de Aprendizagem e Mudança. No decorrer do processo, o papel do Coach vai se alterando entre os sete níveis de percepções e conhecimento no relacionamento com o *Coachee*. (MARQUES; CARLI, 2012). Além disso, o profissional de Coach deve ter competência para: escuta; observação e avaliação de desempenho; entender a teoria da aprendizagem e motivação; habilidade para diálogo; ter um entendimento amplo da teoria comportamental; habilidades para aconselhamento; amplo repertório de modelos de comportamento e etc. (CLUTTERBUCK, 2008).

O Coaching busca na sua relação com o cliente estabelecer uma relação de confiança, empatia, em outras palavras, o *Rapport*. Carl Rogers sendo o pai das abordagens psicológicas centradas na pessoa tem grande importância e utilidade para o Coaching Profissional. O *Rapport* nada mais é do que a capacidade do Coach

de se sincronizar com o Cliente para que favoreça a comunicação genuína, e quando essa relação é bem construída encoraja a estrutura colaborativa, melhorando a relação interpessoal. (CATALÃO; PENIN, 2009; PALMER; MCDOWALL, 2010).

ESTRUTURA DAS SESSÕES

De acordo com Palmer e McDowall (2010), as sessões de Coaching contêm os seguintes elementos: identificação da principal demanda através da avaliação do caso; classificar e estabelecer metas e objetivos; intervenção e utilizações de técnicas visando a obter/potencializar estratégias, competências e mudanças cognitivas e comportamentais para alcançar os objetivos do cliente. O último passo é o estabelecimento de um plano de ação que pode ser executado fora da sessão. Burton (2014) diz que as sessões de coaching terminam com alguma ação, que pode ser uma indagação, ou seja, algo a mais para os clientes pensarem. Segundo Freitas *et al.* (2014), a solicitação de resumo e feedback finalizam o encontro, e nos encontros posteriores o Coach inicia a sessão por meio de uma revisão do desempenho e do plano de ação realizado.

Para entendermos melhor a forma de agir durante os encontros/sessões de coaching, é preciso entender seu principal modelo de intervenção, ou melhor, como diz Clutterbuck (2008) os principais passos de intervenção:

1. Identificar a necessidade;
2. Observar e juntar evidências;
3. Motivação e determinação para as metas pessoais;
4. Ajudar a planejar como alcançar metas;
5. Criar oportunidades para praticar habilidades;
6. Observar ações e fazer o feedback objetivo;
7. Auxiliar na superação de contratempos.

Em sua intervenção o coaching deve adotar uma abordagem integrada para enriquecer sua prática com ideias, abordagens e filosofias de outras disciplinas, tais como: psicologia; administração; serviço social; sacerdócio e outros. O coaching psicológico por exemplo, tem como intuito tratar de padrões específicos de comportamento que impedem o indivíduo de alcançar a plenitude de seu potencial. O coaching de negócios por outro lado, visa ajudar a resolver problemas de estratégia e questões de desenvolvimento pessoal (CLUTTERBUCK, 2008). Logo, o modelo de intervenção do Coach vai depender da especialidade em que este segue como fundamentação teórico-prática.

PRINCIPAIS TÉCNICAS DO COACHING

Da mesma maneira que destacamos algumas das técnicas dentro da área da psicologia, a seguir veremos o conjunto de ferramentas usadas pelo profissional Coach em suas sessões:

1.15 Feedback 360°

Essa ferramenta (também conhecida como avaliação 360°) permite obter um feedback e uma avaliação em potencial para descrever os comportamentos e viabilizar objetivos estratégicos, avaliando fatores como capacitação, atitudes, habilidades técnicas, pontos fortes, pontos de melhoria, perfil comportamental (CATALÃO; PENIN, 2009; PALMER; MCDOWALL, 2010; MARQUES, 2019). O Coach pode utilizar de instrumentos para recolher dados para o feedback 360°, como o ESCI (The Emotional and Social Competency Inventory), que busca avaliar os pontos fracos e fortes do indivíduo, proporcionando informações para que este consiga ver quais as competências que deve melhorar para atingir seus objetivos pessoais (CATALÃO; PENIN, 2009).

1.16 PNL – Programação Neurolinguística

A Programação Neurolinguística, explora os processos do comportamento do ser humano, que são responsáveis pelos resultados que este obtém. O domínio da PNL serve como um reforço para a prática do Coach, já que a mesma aporta ao Coaching: uma compreensão do funcionamento do cérebro; pragmatismo; técnicas de efeito rápido; sincronia e confiança. O processo da PNL se pauta na modelagem, logo, este princípio defende que todo cliente pode alcançar o sucesso aprendendo como os outros atingiram os seus resultados, por isso há a necessidade de se identificar com outra pessoa que considera-se ter um desempenho excelente. A PNL busca também a interrupção de padrões (pensamentos e comportamentos) e identificação do estado emocional como uma de suas formas de intervenção (CATALÃO; PENIN, 2009). Na neurolinguística para mudar um comportamento é necessário mudar o significado/sentido, e mudando o significado/sentido obtemos uma nova conexão neuronal que culmina em um novo estado, um novo comportamento. Conclui-se que a emoção causa o estado, logo, resignificando a emoção, o estado e o comportamento irão se alterar. (OLIVEIRA, 2012; BURTON, 2014)

1.17 State of Flow

O conceito de Flow tem base na Psicologia Positiva, e corresponde a um estado mental em que o indivíduo aprende e tem uma performance que mostra a excelência de sua capacidade. Isso é chamado de *State of Flow*, quando o indivíduo se encontra nesse estado suas decisões se tornam eficazes e eficientes. A identificação e análise desse estado no decorrer da vida é de suma importância no processo de Coaching.

O cliente busca identificar por meio de sua percepção das capacidades pessoais, o seu estado mental em determinadas situações, por meio da combinação entre o nível de desafio e das suas competências pessoais. O estado de Flow, faz com que uma experiência se torne altamente agradável, onde a pessoa se encontra totalmente envolvida e concentrada na atividade. O Coach juntamente com o cliente identifica e equaciona os *valores* e *drives* que levam o cliente aquele estado e busca reproduzi-los em outras situações da vida. (CATALÃO; PENIN, 2009; MARQUES; CARLI, 2012)

1.18 SWOT Pessoal e Estratégico

O termo SWOT é uma sigla derivada do inglês, que significa: S: Strength (forças); W: Weakness (fraquezas); O: Opportunities (oportunidades); T: Threats (ameaças). Nesta ferramenta, há questões que consideram o momento atual e a condição em que se encontra o indivíduo, e é possível fazer um planejamento estratégico pessoal que envolva todos os objetivos a serem alcançados. É importante o autoconhecimento para que as respostas sejam verdadeiras na execução do planejamento. A análise SWOT busca identificar os aspectos positivos e pontos de melhoria, para que se possa tomar uma decisão baseada em fatos, seja no sentido empresarial ou pessoal. (BHARWANEY, 2007; IBC, 201-?)

1.19 Mapa mental

É um diagrama usado para interligar palavras, ideias e subtemas a uma questão central. Ajuda a gerar, visualizar, classificar e estruturar ideias. Está tem por objetivo ajudar a visualização de ideias e obter uma noção do todo. O mapa mental é formado por linhas desenhadas com base num tema central, contendo imagens e palavras. Os elementos que são conectados sem restrição formal são usados e ordenados de forma intuitiva, de acordo com a importância dos conceitos, para dessa forma, organizar em agrupamentos, ramificações ou áreas ao tema central. (BUZAN, 2005; CATALÃO; PENIN, 2009)

Primeiramente é pedido para que o cliente identifique o tema/tópico central, em seguida é solicitado que o cliente pense nas questões principais ligadas ao tema central, identificando cada questão com uma palavra-chave/imagem/frase curta, ligando-as com um traço. É necessário que o cliente defina sua própria codificação/simbolismo de cores no desenvolvimento e desenho do seu Mapa Mental. O Mapa é desenvolvido seguindo o próprio estilo do cliente, entretanto, é importante manter a clareza em seu desenho, usufruindo de uma hierarquia, ordem numérica e ramificações. (BUZAN, 2005; CATALÃO; PENIN, 2009)

1.20 Levantamento das emoções positivas e negativas - inteligência emocional

É a capacidade de sentir, entender, controlar e modificar o próprio estado

emocional ou o estado em relação aos outros, de maneira organizada. Esta ferramenta permite auxiliar o cliente a tomar consciência sobre as influências emocionais e a sua vida pessoal e profissional (CATALÃO; PENIN, 2009). O levantamento das emoções negativas e positivas é uma ferramenta essencial para o processo de mudança comportamental, pois as emoções são carregadas de crenças e valores culturais que muitas vezes impedem o cliente de acreditar no seu potencial. As emoções são a base para a mudança de estado, e se estas emoções estão num nível inconsciente o cliente não é capaz de perceber sua existência (OLIVEIRA, 2012).

1.21 MROV ou GROW

O modelo de diálogo e estruturação das sessões mais usado no coaching é o MROV (GROW em inglês), sigla formado pelas iniciais de Metas (Goals), Realidade (Reality), Opções (Options) e Vontade (Will). Esse modelo simplifica a grande quantidade de informações obtidas no diálogo com fins de aprendizado e baseando-se na observação do melhor caminho para o proveito do cliente. O diálogo no processo de coaching pode auxiliar na autopercepção/autoentendimento e mudanças de comportamento (CLUTTERBUCK, 2008; CATALÃO; PENIN, 2009). As sessões de coaching não precisam começar necessariamente pelo estabelecimento de um objetivo, dessa forma, pode-se iniciar a sessão a partir de qualquer uma das fases do modelo MROV/GROW. O modelo que estrutura a sessão pode ser dividido nas seguintes etapas de acordo com cada letra, respectivamente: Acordar o objetivo para a sessão de coaching; onde está e o que se está passando agora; o que se pode fazer para atingir o que pretende; e fazer acontecer (CATALÃO; PENIN, 2009).

1.22 Perguntas poderosas

A essência do Coaching reside na pergunta, que é a capacidade de formular perguntas que aumentam o nível de consciência, encorajam e clarificam as verdadeiras ideias do coachee. Em geral as perguntas são breves, claras e abertas (CATALÃO; PENIN, 2009; MARQUES; CARLI, 2012). Um exemplo de pergunta é: qual é a forma de fazer isso de maneira bem fácil? Com essa pergunta se levanta suposições positivas para que se resolva uma situação ou chega a um resultado final de maneira fácil, sendo útil quando o *coachee* sente que está passando por uma situação que parece ser uma batalha extremamente difícil. Fazer essa pergunta faz com que o cliente crie estratégias que aumentem o seu foco e a diversão (BURTON, 2014). A essência do coaching na visão de Catalão e Penin (2009) reside no próprio Coach, na sua capacidade de compreender o contexto, ter bom senso e colocar perguntas poderosas.

1.23 Changing Beliefs

Significa “mudança de crenças”, é um processo que visa trabalhar as crenças limitadoras, uma estratégia complexa, mas que promove mudanças de atitude e

comportamento duradouras. As crenças constituem convicções profundas que levam o indivíduo agir de determinada maneira. O processo de coaching visa identificar e ultrapassar as crenças limitadoras. Trabalhar as crenças no coaching é um processo simultaneamente complexo e delicado, mas indispensável (CATALÃO; PENIN, 2009; BURTON, 2014). De acordo com Catalão e Penin (2009), essa ferramenta percorre um conjunto de perguntas feitas pelo Coach ao cliente, e devem ser respondidas sem pressão. A eficácia dessa ferramenta vai depender do nível de conforto e confiança do Coach em sua aplicação.

DISCUSSÃO

Inúmeras são as semelhanças entre as duas práticas, consideramos assim que o desafio do Coaching é transferir as bases já muito bem estabelecidas da Terapia Cognitiva Comportamental para um contexto não clínico, expressando fundamentos que soam construtivos e positivos para os clientes de coaching, e não como forma de corrigir ou reparar a disfuncionalidade. (GRANT, 2012 *apud* FREITAS *et al.*, 2014)

O *coach* não precisa ser um especialista na área de atuação de seu cliente, e este deve ser um indivíduo que não preencha, no momento, critérios diagnósticos para transtornos psiquiátricos. Nesse sentido, o coaching diferencia-se da terapia, sendo esta a prática mais indicada para aqueles que necessitam desconstruir padrões disfuncionais em direção às formas de viver mais adaptativas. (FREITAS *et al.*, 2014)

A Terapia Cognitiva Comportamental, sendo uma das abordagens dentro da ciência psicológica, derivado do modelo de Beck, tem seu tratamento baseado em uma formulação cognitiva; assim como na conceituação ou compreensão de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva (modificação de pensamentos e no sistema de crenças do paciente, principalmente a crença central) para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura. (BECK, 2014).

Percebemos que o coach precisa de conhecimentos básicos da Psicologia e do comportamento humano para ser eficiente e reconhecer questões que necessitem de acompanhamento psicológico. Num contexto geral das duas práticas, segundo Catalão e Penin (2010), além da estruturação do processo de coaching, trabalha-se também com o desenvolvimento da confiança, da empatia e do rapport no processo. Baseia-se na escuta ativa, escuta estruturada e a finaliza com o feedback, que são elementos da Psicologia.

Na análise comparativa das sessões entre as duas práticas, pode-se perceber que tanto na Terapia Cognitiva Comportamental quanto no Coaching, o estilo de trabalho de ambos é colaborativo e participativo na medida em que profissional e

cliente são ativos nas sessões e buscam trabalhar de forma integrativa. Ainda assim, o segmento da estruturação dos dois processos é *semelhante* em suas etapas.

Entre as principais técnicas utilizadas pela Psicologia Cognitiva Comportamental e as utilizadas na prática do Coaching, estas duas formas de trabalho apresentam-se semelhantes/idênticas, porém com nomes diferentes. Percebe-se que as técnicas utilizadas e fundamentadas pela abordagem Cognitiva Comportamental são iguais a algumas das ferramentas utilizadas pelo Coaching e sendo assim fazem uso da base teórica da Psicologia, para trabalhar dinamicamente com os clientes.

Nas técnicas do Coaching há o uso do Questionamento Socrático em uma e “mudanças de crenças” em outra. Podemos nos deparar com bases fundamentais para o Terapeuta Cognitivo, o qual estuda a fundo a aplicação do questionamento durante o atendimento, assim como o seu objetivo com esta técnica. Já a mudança de crenças requer uma estrutura de atuação do indivíduo no seu meio ambiente, assim como sua história de vida, os quais fazem parte da construção de suas crenças. Um dos autores coloca que o profissional de coaching para usar esta ferramenta deve ter confiança em sua aplicação; mas como este terá confiança se talvez ele não saiba o que realmente é esta crença?

Seguindo este pensamento, podemos pensar então, que o profissional de coaching pode estar atuando com seu cliente a um nível de modificação de pensamento disfuncional, o qual é mais fácil o acesso e sua modificação não garante mudança a longo prazo na vida do cliente.

Para Oliveira-Silva *et al.* (2018), na prática do *coaching* encontram-se aspectos cognitivos, comportamentais, afetivos e atitudinais, visto isso, propõe-se que a Psicologia afirma seu domínio na área através de subsídios teórico-práticos válidos e fidedignos. Podemos ver inclusive ver técnicas muito usadas dentro da Terapia Cognitiva Comportamental como o *questionamento socrático*, sendo utilizadas dentro do processo de coaching (NEENAN, 2009), sem que o Coach necessariamente seja psicólogo.

Podemos observar que mesmo o Coaching tendo similaridades nas técnicas e estrutura com esta abordagem da psicologia, não consegue alcançar as crenças centrais do cliente/paciente para obter uma mudança duradoura na forma de sentir, pensar e agir do indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o que foi apresentado e discutido nesta revisão bibliográfica, verificamos que o Coaching utiliza a base teórica científica da Terapia Cognitiva Comportamental. As duas práticas utilizam modelos de trabalho e técnicas que atuam na correção/formulação dos pensamentos a fim de fazer a modificação do comportamento, assim como utilizam técnicas comportamentais que proporcionam

mudanças no comportamento e conseqüentemente no desenvolvimento pessoal.

A psicoterapia cognitiva comportamental está vinculada desde suas raízes a uma epistemologia e apegada a uma base científica que se centra na busca de evidências para explicar suas estratégias de efetividade. Nos dias de hoje, o importante é considerar que a psicoterapia é aplicada para o desenvolvimento de uma condição de saúde. O bem-estar do cliente/paciente deve ser considerado com seriedade que o método científico pode proporcionar. Só o método científico é capaz de contribuir com elementos passíveis de avaliação, de neutralidade e sem os casuísmos probabilísticos da sensibilidade. (MELO *et al.*, 2014).

A Terapia Cognitiva Comportamental, como foi descrito acima, é uma abordagem, a qual está dentro a ciência psicológica. Esta tem eficácia e eficiência com pessoas que apresentam ou não transtorno mental, pois o sujeito pode procurar a psicoterapia não apenas quando surge um transtorno, mas também para entender a si mesmo. Por outro lado, o coaching vem surgindo como um modelo de “solução” para uma vida com dificuldade de focar, estabelecer metas ou solucionar problemas, construindo-se com base em modelos já estudados, porém utilizados de outra forma e atingindo, talvez uma estrutura superficial do sujeito e com pessoas nem sempre preparadas para isso.

A interface entre Psicologia e Coaching evidencia uma carência de trabalhos acadêmicos para analisar as diferenças conceituais, práticas e estruturas das abordagens. Há a necessidade concomitante também de estudos da própria concepção do profissional “coaching” no Brasil em comparação com outros países (FREITAS *et al.*, 2014; OLIVEIRA-SILVA *et al.*, 2018).

Com o crescimento exponencial do profissional Coach no mercado de trabalho e a falta de estudos em bases científicas sobre as práticas da profissão, ativa-se um sinal de alerta dentro da abordagem científica da psicologia. Quais são os limites do profissional Coach? Em que momento suas ações cruzam o território pertencente ao profissional Psicólogo? Segundo Oliveira-Silva *et al.* (2018), tais questionamentos poderiam subsidiar uma investigação científica acerca do desenvolvimento do profissional coaching no mercado brasileiro, sendo necessário uma participação maior da psicologia na investigação desses aspectos.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, S. F. Wilhelm Wundt e o estudo da experiência interna. In: VILELA, A. J.; FERREIRA, A.; PORTUGUAL, F. (Org.). **História da psicologia: rumos e percursos**. 2. ed. Rio de Janeiro: NAU, 2007. p. 93-104.

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, ARIANA, B. B. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Revista eletrônica de psicologia**, Curitiba, n. 4, p.1-11, jul. 2004.

BARLETTA, J. B.; FONSECA, A. L. B.; DELABRIDA, Z. N. C. A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental. **Psicologia:**

teoria e prática, v. 14, n. 3, p. 153-167, dez. 2012.

BASSO, L, A. WAINER, R. Luto e perdas repentinas: contribuições da terapia cognitivo-comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, n. 1, pp 35-43, jun. 2011.

BECK, J. T. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BHARWANEY, G. Coaching executives to enhance emotional intelligence and increase productivity. *In*: BAR-ON, R.; MAREE, J. G.; ELIAS, M. J. (Org.). **Educating people to be emotionally intelligent**. Westport: Praeger Publisher, 2007, cap. 13, p. 183-198.

BURTON, K. **Coaching com PNL para leigos**. Rio de Janeiro: Alta Books Editora, 2014.

BUZAN, T. **Mapas mentais e sua elaboração: um sistema definitivo de pensamento que transformará a sua vida**. São Paulo: Cultrix, 2005.

CAMINHA, R. *et al.* **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CATALÃO, J.; PENIN, A. T. **Ferramentas de coaching**. 3 ed. Lisboa: Lidel, 2010.

CLUTTERBUCK, D. **Coaching eficaz**. São Paulo: Gente, 2008.

CORDIOLI, A. V. O início da terapia cognitivo-comportamental. *In*: CORDIOLI, A. V. (Org.). **TOC: Manual de terapia cognitivo comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2014a, cap.8, p. 155-171.

CORDIOLI, A. V. Obsessões de conteúdo agressivo, sexual ou blasfemo, pensamentos e rituais supersticiosos. *In*: CORDIOLI, A. V. (Org.). **TOC: Manual de terapia cognitivo comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2014b, cap.12, p. 238-260.

CORDIOLI, A. V.; BORTONCELLO, C. F.; BRAGA, D. T. Técnicas cognitivas no tratamento de pacientes com TOC. *In*: CORDIOLI, A. V. (Org.). **TOC: Manual de terapia cognitivo comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2014, cap. 6, p. 117-135.

CORDIOLI, A. V.; BRAGA, D. T. Acumulação compulsiva e transtorno de acumulação. *In*: CORDIOLI, A. V. (Org.). **TOC: Manual de terapia cognitivo comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2014, cap. 14, p. 278-301.

COUTINHO, F. C. *et al.* Transtorno de ansiedade generalizada. *In*: RANGÉ, B. P. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2011, cap. 20, p. 311-324.

CRUCES, A. V. V. Psicologia e educação: nossa história e nossa realidade. *In*: ALMEIDA, S. F. C. (Org.). **Psicologia escolar: ética e competências na formação e atuação profissional**. Campinas, SP: Alínea, 2010. cap. 7.

DOBSON, K. S.; DOZOIS, D. J. A. Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. *In*: DOBSON, K. S. *et al.* (Org.). **Manual de terapias cognitivo-comportamentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, cap. 1, p. 17-39.

FREIRE, I. R. **Raízes da psicologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

FREITAS, S. B. *et al.*, Terapia cognitivo-comportamental e *coaching* cognitivo-comportamental: como as duas práticas se integram e se diferenciam. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 55-63, jun. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_

FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE, J. M; GARCIA, J. H. **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes**: ferramentas para aprimorar a prática. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GOTTSCHALK, L. L. L.; MONTEIRO, J. K.; ANDRETTA, I. Coaching cognitivo-comportamental: relato de uma intervenção breve de carreira na transição universidade-trabalho. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 24, e39798, 8 abr. 2019.

HOPE, D. A.; HEIMBERG, R. G.; TURK, C. L. **Terapia cognitivo-comportamental para ansiedade social**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE COACHING – IBC. **Ferramentas essenciais de gestão para administradores**. São Paulo: IBC, 2017.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Cognitive therapy: foundations, conceptual model, applications and research. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 30, suppl. 2, p.54-64, 2008.

KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. *In*: KNAPP, P. *et al.* (Org.). **Terapia cognitivo comportamental na prática psiquiátrica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LANGE, A.; KARAWAJCZYK, T. Coaching no processo de desenvolvimento individual e organizacional. **Diálogo**, Canoas, n. 25, abr. 2014. Disponível em: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo/article/view/1495/1046>. Acesso em: 8 jul. 2019.

LEAHY, R. L. Modifying worry and rumination, *In*: LEAHY, R. L. (Org.). **Cognitive therapy techniques: a practioner's guide**. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2017, cap. 8.

LOVATO, L.; CORDIOLI, A. V. Transtornos relacionados ao TOC e TCC do transtorno dismórfico corporal, das grooming disorders e da hipocondria. *In*: CORDIOLI, A. V. (Org.). **TOC: manual de terapia cognitivo comportamental par ao transtorno obsessivo-compulsivo**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2014, cap. 19, p. 370-389.

MARQUES, J. R.; CARLI, E. **Coaching e carreira**. Goiânia: IBC, 2013.

MARQUES, J. R. Como funciona a avaliação 360° graus? Instituto Brasileiro de Coaching, 28 mar. 2009. Disponível em: <http://www.ibccoaching.com.br/portal/coaching/como-funciona-avaliacao-360-graus/>. Acesso em: 8 jul. 2019.

NEENAN, M. Using socratic questioning in coaching. **Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, v.27, n.4, p.249-264, dez. 2009.

OLIVEIRA, F. C. Coach in group e a inteligência emocional. *In*: PERCIA, A. *et al.* **Master coaches: técnicas e relatos de mestres do coaching**. São Paulo: Editora Ser Mais, 2012, cap. 22.

OLIVEIRA, M. S.; FREIRE, S. D.; LARANJEIRA, R. Abordagem cognitivo-comportamental no tratamento da dependência. *In*: RANGÉ, B. P. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2011, cap. 25, p. 409-423.

OLIVEIRA-SILVA, L. C. *et al.* Desvendando o coaching: uma revisão sob a ótica da psicologia. **Psicologia: ciência e profissão**., Brasília, v. 38, n. 2, p. 363-377, jun. 2018.

PALMER, S.; MCDOWALL, A. **The coaching relationship: putting people first**. New York: Routledge/ Taylor & Francis Group, 2010.

PENIM, A. T.; CATALÃO, J. A. **Ferramentas de coaching**. Lisboa: Lidel, 2009.

PERCIA, A. *et al.* **Master coaches: técnicas e relatos de mestres do coaching**. São Paulo: Editora Ser Mais, 2012.

SANTOS, C. E. M.; MEDEIROS, F. A. A relevância da técnica de questionamento socrático na prática cognitivo-comportamental. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 5, p. 204-208, 2017.

SARDINHA, A. Entrevista com Dr. Stephen Palmer: o desenvolvimento do coaching cognitivo comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 8, n. 2, p. 126-130, 2012.

SAVARIS, T. P. *et al.* Coaching de vida: autodesenvolvimento voltado à satisfação. **Revista Inteligência Competitiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, p.14-37, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.inteligenciacompetitivarev.com.br/ojs/index.php/rev/article/view/109>. Acesso em: 8 jul. 2019.

VIDAL, F. A mais útil de todas as ciências: configurações da psicologia desde o Renascimento tardio até o fim do Iluminismo. *In*: VILELA, A. M. J.; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. (Org). **História da Psicologia: rumos e percursos**. Rio de Janeiro: Nau, 2007, cap. 2.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SOBRE A ORGANIZADORA

ELIANE REGINA PEREIRA - Psicóloga formada pela Universidade do Vale do Itajaí (1995), com mestrado e doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2007, 2011). Atualmente é docente da Universidade Federal de Uberlândia, no Instituto de Psicologia, integrante do Núcleo de Psicologia Social e da Saúde e Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na linha Processos Psicossociais em Educação e Saúde. Líder do grupo de pesquisa Psicologia, Políticas Públicas e Relações Estéticas (CNPQ). Integra o GT da ANPEPP - A psicologia sócia histórica e o contexto brasileiro de desigualdade social (2017 atual). Atua na área da Psicologia da Saúde, com ênfase em Psicologia Social e nos Processos de Criação em contextos de saúde. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0023990232502452>

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem centrada na pessoa 15, 16, 17, 18

Abuso de drogas 152, 153

Ansiedade 11, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 32, 41, 77, 81, 84, 131, 134, 161, 162, 163, 186, 188, 190, 201, 205, 225, 273, 274, 301, 323, 385, 393, 401, 402, 417, 421, 440, 442, 448

Atenção básica em saúde 127, 132, 140, 141

Atenção psicológica 127, 130, 131, 132, 133, 134, 137, 138, 139, 140, 141

B

Bem-estar 11, 71, 78, 79, 143, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 153, 154, 163, 168, 178, 186, 187, 192, 198, 223, 226, 227, 322, 346, 362, 368, 386, 400, 423, 424, 425, 453

Blog 26, 29, 30, 31, 40, 41, 42

C

Comportamento 18, 19, 45, 47, 48, 52, 53, 54, 60, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 70, 72, 74, 143, 149, 150, 153, 158, 165, 172, 177, 202, 207, 210, 211, 225, 226, 233, 234, 252, 255, 268, 281, 292, 295, 301, 302, 307, 308, 310, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 319, 320, 321, 322, 323, 332, 336, 342, 343, 346, 351, 356, 358, 359, 360, 361, 362, 365, 366, 367, 374, 375, 383, 385, 386, 387, 393, 394, 395, 397, 398, 399, 400, 404, 411, 412, 416, 417, 433, 440, 448, 452, 454, 455, 457, 459

Cuidados com o cuidador 127

Cuidados paliativos 75, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 190

D

Dependência química 165, 166, 167, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 200, 356

Depressão 9, 15, 16, 17, 20, 23, 24, 54, 65, 74, 77, 81, 84, 129, 138, 147, 149, 150, 162, 163, 186, 188, 190, 194, 211, 217, 225, 279, 337, 385, 386, 393, 417, 419, 421, 440

Desenvolvimento infantil 45, 47, 52, 61, 66, 70, 71, 72, 433, 436, 437

Direitos da criança 99, 100, 106, 112

E

Epidemiologia 191, 207

Espiritualidade 28, 36, 108, 177, 190, 193, 215, 224, 225, 226, 227, 377, 405, 406, 409, 410, 413, 414

Estresse 77, 78, 79, 129, 131, 134, 150, 152, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 190, 211, 223, 268, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 393, 421, 439, 440, 441, 442, 443

Extensão universitária 15, 16, 17

F

Família 11, 39, 40, 46, 54, 55, 57, 60, 61, 64, 67, 68, 71, 72, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 92, 95, 98, 99, 105, 107, 108, 109, 111, 128, 129, 130, 134, 137, 138, 140, 141,

142, 144, 147, 148, 160, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 179, 180, 181, 185, 186, 188, 198, 220, 221, 227, 253, 267, 273, 275, 278, 279, 280, 282, 306, 311, 314, 323, 324, 325, 331, 332, 333, 336, 414, 419, 429, 443, 445, 447, 448, 450
Fatores de risco 45, 49, 50, 52, 57, 58, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 82, 84, 105, 111, 152, 153, 154, 161, 177, 189, 207, 210, 217, 219, 221, 349

G

Gestação 26, 27, 28, 29, 37, 45, 46, 50, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 65, 69, 70, 73, 74, 77
Gravidez assistida 45, 46

I

Idoso 93, 95, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 148, 149, 217, 431
Intervenções psicossociais 86, 87, 89

L

Luto 13, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 38, 39, 42, 43, 44, 76, 79, 83, 138, 185, 193, 336, 401, 427, 428, 429, 431, 445, 448, 450

M

Mal-estar 131, 196, 197, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 223, 275, 343
Maternidade 26, 30, 35, 44, 57, 81, 83, 322, 449
Morte 27, 28, 29, 33, 36, 42, 43, 44, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 138, 177, 181, 182, 198, 204, 208, 211, 215, 216, 217, 218, 219, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 250, 252, 254, 279, 340, 351, 353, 407, 410, 417, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 442, 448, 450
Multidisciplinar 35, 42, 76, 79, 102, 110, 127, 131, 140, 165, 171, 187, 296, 298

P

Parto 26, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 45, 46, 47, 48, 55, 58, 59, 60, 61, 73, 82, 84
Perda gestacional 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 38, 39, 41, 43, 44
Perda neonatal 26
Personality disorders 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 126
Políticas públicas 86, 87, 88, 90, 91, 94, 95, 97, 100, 101, 110, 112, 131, 138, 141, 163, 260, 261, 268, 278, 280, 314, 380, 458, 459, 463, 464
Prevenção 42, 76, 91, 99, 109, 110, 112, 131, 171, 178, 207, 208, 210, 211, 212, 228, 301, 305, 307, 312, 341, 345, 348, 352, 353, 366, 416, 420, 450
Primary health care 111, 112, 114, 117, 121, 127, 128
Promoção da saúde 86, 87, 88, 89, 93, 94, 95, 96, 134, 171
Psicanálise 112, 196, 197, 198, 199, 200, 204, 205, 206, 219, 229, 241, 259, 273, 274, 275, 276, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 384, 386, 404, 405, 406, 432, 434, 437, 438
Psicologia positiva 143, 144, 146, 147, 149, 150, 151, 395

Q

Quality of life 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 191, 349, 356, 423

R

Recém-nascido 48, 50, 59, 60, 73, 75, 78, 80, 81, 84, 85, 233, 457

Relações familiares 109, 165, 170, 171, 174, 175

Religiosidade 108, 177, 193, 215, 224, 225, 226, 227, 228

Revisão de literatura 80, 82, 99, 273, 348, 422, 423, 424

S

Sofrimento psíquico 185, 186, 196, 197, 198, 199, 202, 203, 204, 276

Suicídio 207, 208, 210, 211, 212, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 224, 225, 226, 227, 228, 410, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 428

U

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) 75, 80

Universitários 152, 153, 154, 155, 159, 160, 162, 163, 192, 372, 419

V

Violência na família 99

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-736-9



9 788572 477369