CLAUDIA BALLESTERO GRACINDO

Fobia de dirigir: descrição do perfil epidemiológico de quem procura ajuda e de quem é malsucedido no tratamento

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gracindo, Claudia Ballestero
Fobia de dirigir : descrição do perfil epidemiológico de quem procura ajuda e de quem é malsucedido no tratamento / Claudia Ballestero Gracindo. -- São Paulo, 2017.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.
Orientador: Francisco Lotufo Neto.

Descritores: 1.Transtornos fóbicos 2.Medo 3.Ansiedade 4.Terapêutica 5.Fobia 6.Condução de veículo/psicologia

USP/FM/DBD-321/17

DEDICATÓRIA

E olhou para mim e disse: “Mãe, para você fazer seu Mestrado não me importo em perdê-la por um tempo. É seu sonho. ”

Porque nela está minha força e meus motivos. Porque ela é meu sonho realizado.

À você, Luiza Ballestero Gracindo dos Santos, o resultado desse tempo.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Estudar sempre foi um prazer e este trabalho é a realização de um sonho deixado para depois em função das contingências da vida. Contudo, não havia sido esquecido por mim, nem por aqueles que sabiam dele.

E é para algumas dessas pessoas que teço meus profundos agradecimentos:

A meus pais Daniel Gracindo e Iracema Ballestero Gracindo que me apoiaram, proporcionaram-me estudo e deram-me a base para que eu transformasse o investimento deles em algo que considero grandioso.

Ao amor de minha vida, minha filha, que abriu mão de minha companhia e não me deixou amolecer quando me sentia sobrecarregada.

A Daniel Cunha que, talvez, não imaginasse que uma conversa de 10 minutos teria força suficiente para fazer crescer uma semente há muito plantada. Agradeço, de coração, todo seu incentivo e apoio.

Às amigas, companheiras de profissão e de caminhada Helena Santos, Sheila Medeiros, Fabiana Saghi e Eloisa Pegolo, que muito me ajudaram com incentivo e presença em momentos importantes.

À Dra. Mariangela Savoia que abriu as portas deste caminho, acreditando em minha capacidade. Aos amigos Lina Sue Matsumoto e Dr. Felipe Corchs pela ajuda nas diversas fases da pesquisa.

A Eliza Fukushima e Isabel Ataíde, pela disponibilidade ao explicarem-me o básico e pelas muitas orientações dadas. Às meninas da Biblioteca do Instituto de Psiquiatria pelo pronto atendimento a cada solicitação, pela paciência e atenção de todos os dias.

Às companheiras de pesquisa, que dedicaram muitas horas de seus dias para cadastrar os prontuários que foram as bases para este estudo: Adriana Furer, Erika Morita, Edilene Chaves e Elaine Queiroz.

Aos professores Dra. Kátia Silva e Lucas Bassoli, que me ajudaram na montagem do formulário eletrônico via RedCap. Ao Eriton Barros, pelas análises estatísticas e ao professor Dr. Moacir Nobre, pela disponibilidade em me fazer entender um pouco sobre Epidemiologia Clínica.

A meu irmão Renato Ballestero Gracindo, pela ajuda quando a Língua Inglesa ficava mais difícil.

A meu orientador Dr. Francisco Lotufo Neto, que me ajudou a colocar tudo que eu queria “nos trilhos”, mantendo-me focada em aspectos importantes, mostrando dados significativos e indicando leituras. Mais do que isso, apoiando-me e reforçando a cada passo dado. Seu acolhimento e tranquilidade fazem a diferença para todos nós!

À Banca de Qualificação que me ajudou a ver o que devia ser visto. Foi um grande aprendizado!

A todos os clientes que me ensinaram e ensinam desde 1997.

Por fim, a alguém que ocupa um espaço importante nisto, permitindo-me escrever sobre o trabalho de sua vida. Àquela que torceu por mim e me estimulou a ser mais, conhecer mais e buscar mais. Cecilia Bellina, não há palavras que expressem o quanto agradeço pelo estímulo e apoio.

Claudia Ballestero Gracindo

2017

Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o que, com frequência, poderíamos ganhar, por simples medo de arriscar.

William Shakespeare

NORMATIZAÇÃO

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação.

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)*

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria Fazanelli Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso e Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e documentação; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus.*

SUMÁRIO

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas
Lista de figuras
Lista de tabelas
Resumo
Abstract
1 INTRODUÇÃO 1
1.1 Transtornos de Ansiedade 2
1.2 Fobias Específicas 4
1.3 Fobia Específica de Dirigir 7
1.4 Competências para a execução do comportamento de dirigir 11
1.4.1 Habilidades motoras gerais: aprendizagem e desempenho 11
1.4.2 Habilidades motoras para dirigir 12
1.4.3 Habilidades Psicológicas e Cognitivas para dirigir 14
1.5 Fobia de dirigir e habilidades necessárias para a ação 16
1.6 Tratamentos para a Fobia Específica de Dirigir 16
1.7 Técnicas utilizadas nos tratamentos para a Fobia Específica de Dirigir 17
1.7.1 Psicoterapia em Grupo 18
1.7.2 Exposição ao Vivo 19
1.7.3 Aprendizagem por meio de Aproximações Sucessivas (Modelagem), Modelação e Instrução Verbal 20
1.7.3.1 Modelagem 20
1.7.3.2 Modelação 21
1.7.3.3 Instrução Verbal 21
1.8 Tratamento para a Fobia Especifica de Dirigir aplicado pela Clínica Escola Cecilia Bellina 21
1.8.1 Metodologia Cecília Bellina: Histórico do Serviço 22
1.8.2 Encerramento do tratamento 25
1.9 Desfechos de um tratamento 26
1.9.1 Adesão ao tratamento 27
1.9.2 Abandono do tratamento 27
1.10 Justificativa 29

2 OBJETIVOS E HIPÓTESES....31
2.1 Objetivo Primário....32
2.2 Objetivo Secundário....32
2.3 Hipóteses....32
3 REVISÃO DA LITERATURA....33
3.1 Critérios para a seleção de artigos....34
4 MÉTODO....37
4.1 Desenho do estudo....38
4.2 Amostra/Casuística....39
4.3 Instrumentos....40
4.4 Procedimentos....41
4.5 Análise Estatística....43
4.6 Desfecho Primário....44
4.7 Desfecho Secundário....44
4.8 Considerações Éticas....44
5 RESULTADOS....45
5.1 Análise retrospectiva das características da amostra geral no momento da busca por tratamento psicoterápico....47
5.2 Análise dos dados de comparação entre os grupos Sucesso e Insucesso....55
5.3 Análise Multivariada....60
6 DISCUSSÃO....62
6.1 Caracterização do Material....64
6.1.1 Características sociodemográficas da amostra total....64
6.1.2 Análise das variáveis com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Sucesso e Insucesso....71
6.2 Considerações finais....75
6.3 Limitações do Estudo....76
7 CONCLUSÕES....78
8 ANEXOS....81
Anexo A - Dados cadastrais/Anamnese....82
Anexo B - Ficha de Indicadores....85
Anexo C - Folha de Tarefas/Objetivos....86
Anexo D - Lista de Objetivos....87
Anexo E - Sexo, região de nascimento, estado civil, escolaridade e ocupação....88

Anexo F - Queixa do paciente, sem interferência do entrevistador 89
Anexo G - Objetivos com o carro 90
Anexo H - Aquisição da Carteira Nacional de Habilitação: categoria, aprendizado inicial, avaliação da autoescola e exame prático 91
Anexo I - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis sociodemográficas dos grupos Sucesso e Insucesso 92
Anexo J - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis das queixas e motivos para retomar a direção veicular sem interferência do psicólogo 93
Anexo K - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis dos sentimentos pela não direção dos subgrupos Sucesso e Insucesso 94
Anexo L - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis da autopercepção das dificuldades técnicas e reações fisiológicas na direção veicular antes do início do tratamento.....95
Anexo M - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis de aquisição da Carteira Nacional de Habilitação: categoria, aprendizado inicial, avaliação da autoescola e exame prático 96
Anexo N - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis de experiência após a aquisição da CNH 97
Anexo O - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis sobre saúde física e mental.....98
Anexo P - Solicitação de autorização para manejo dos prontuários 100
Anexo Q - Autorização para uso dos prontuários de pacientes da empresa privada.....101
Anexo R - Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.....102
Anexo S - Autorização para uso da carta de alta dos pacientes tratados na Clínica Escola Cecília Bellina.....103
9 REFERÊNCIAS 104
10 APÊNDICES 113
Cartas de alta
Folhas de Tarefa/Objetivos – Sequência de preenchimento

LISTAS

ABREVIATURAS E SIGLAS

B	Beta
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNH	Carteira Nacional de Habilitação
CNH A	Categoria de habilitação para condutor de veículo motorizado de duas ou três rodas, com ou sem carro lateral
CNH B	Categoria de habilitação para condutor de veículo motorizado, não abrangido pela categoria A cujo peso bruto total não exceda a três mil e quinhentos quilogramas e cuja lotação não exceda a oito lugares, excluído o do motorista
CNH C	Categoria de habilitação para condutor de veículo motorizado utilizado em transporte de carga, cujo peso bruto total exceda a três mil e quinhentos quilogramas
CNH D	Categoria de habilitação para condutor de veículo motorizado utilizado no transporte de passageiros, cuja lotação exceda a oito lugares, excluído o do motorista
CNH E	Categoria de habilitação para condutor de combinação de veículos em que a unidade tratora se enquadre nas categorias B, C ou D e cuja unidade acoplada, reboque, semirreboque, **trailer** ou articulada tenha 6.000 kg (seis mil quilogramas) ou mais de peso bruto total, ou cuja lotação exceda a 8 (oito) lugares
CTB	Código de Trânsito Brasileiro
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5 Edição
DP	Desvio Padrão
EP	Erro Padrão
GL	Grau de liberdade
I	Inferior
IC	Intervalo de Confiança
PubMed	United States National Library Of Medicine
S	Superior
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online

FIGURAS

Figura 1 - Estrutura da ação de dirigir, segundo Michon 14

Figura 2 - Habilidades para dirigir.....15

Figura 3 - Fatores etiológicos da Fobia Específica de Dirigir 16

Figura 4 - Subdivisão das Etapas dentro do Protocolo de Tratamento da Clínica Escola Cecília Bellina.....25

Figura 5 - Cumprimento do protocolo para alcançar a Alta no tratamento proposto.....25

Figura 6 - Desistência com interrupção na Etapa Reaprendizagem 25

Figura 7 - Desistência com interrupção na Etapa Enfrentamento.....26

Figura 8 - Desistência com interrupção na Etapa Tarefas 26

Figura 9 - Desistência com interrupção na Etapa Objetivos.....26

Figura 10 - Diagrama Prisma.....36

Figura 11 - Desenho do estudo 38

Figura 12 - Composição da população.....46

TABELAS

Tabela 1 - Idade no início, idade da primeira CNH, tempo de CNH e tempo sem dirigir no início do tratamento 47

Tabela 2 - Autopercepção das dificuldades técnicas e reações fisiológicas na direção veicular antes do início do tratamento 49

Tabela 3 - Dados sobre histórico na direção veicular 51

Tabela 4 - Dados sobre saúde física e mental 52

Tabela 5 - Lateralidade, tabagismo, uso de bebida alcoólica, habilidades para nadar e andar de bicicleta, tolerância 54

Tabela 6 - Horas de Exposições ao vivo realizadas 55

Tabela 7 - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis de idade no início do tratamento, idade da primeira CNH, tempo de CNH, tempo sem dirigir e tempo para encerramento do tratamento, entre os grupos Sucesso e Insucesso 56

Tabela 8 - Análise multivariada para o desfecho Sucesso 60

Tabela 9 - Análise multivariada para o desfecho Insucesso.....61

RESUMO

Gracindo CB. *Fobia de dirigir: descrição do perfil epidemiológico de quem procura ajuda e de quem é malsucedido no tratamento* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

Introdução: A fobia de dirigir é caracterizada como uma fobia específica do tipo situacional e causa sofrimento aqueles que a sentem, não só pelo impacto na rotina, dificultando a mobilidade, mas pelo sofrimento físico e cognitivo causados. **Objetivos:** Levantar o perfil sociodemográfico e clínico geral de quem procura ajuda para tratar a fobia de dirigir, analisar e comparar os perfis relacionados aos desfechos, com a finalidade de identificar as variáveis que poderiam predizer o abandono do tratamento. **Métodos:** O estudo foi realizado em duas fases: estudo transversal, descritivo com 1.640 pacientes que buscaram tratamento para Fobia Específica de Dirigir e estudo transversal, de uma coorte retrospectiva, com 1.541 pacientes, do sexo feminino, submetidos a tratamento psicoterápico para esta fobia e que alcançaram os desfechos Sucesso ou Insucesso. Todos os dados foram coletados dos formulários de pacientes atendidos em uma clínica especializada, entre 2008 e 2016, cadastrados no Research Eletronic Data Capture (REDCap), transportados para o Statisctical Package for Social Science for Windows (SPSS) e suas variáveis submetidas a análise descritiva e testes estatísticos do Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher, Teste T ou Teste não Paramétrico. **Resultados e Conclusão:** Considerando a primeira fase, variáveis como sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, aquisição da Carteira Nacional de Habilitação, dificuldades técnicas, intenções com o veículo, reações fisiológicas, posse de um veículo, treinamento após a aquisição da habilitação, histórico de acidentes, diagnósticos psiquiátricos e presença de outras fobias, assemelham-se aos achados da área. Outras variáveis levantadas diziam respeito, particularmente, à amostra estudada e não puderam ser comparadas. Na segunda fase, as variáveis que se mostraram estatisticamente significativas e que poderiam ser consideradas preditoras para interrupção do tratamento relacionavam-se ao estado civil separado, baixo nível de escolaridade, ocupações braçais, aquisição mais tardia da CNH, maior queixa de medo, idealização da direção como uma ação que traria liberdade e autonomia, mais do que facilidades na rotina, experiência de acidentes leves como motoristas e com vítimas como passageiros, mais diagnósticos psiquiátricos, mais fobias relacionadas à avaliação social, mais medo de nadar e maiores chances de abandono de tratamentos de longa duração.

Descritores: transtornos fóbicos; medo; ansiedade; terapêutica; fobia; condução de veículo/psicologia

ABSTRACT

Gracindo CB. *Driving phobia: epidemiological profile description of those seeking help and are unsuccessful in their treatment* [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2017.

Introduction: The driving phobia is characterized as a specific phobia of the situational type and causes suffering for those who feel it, not only in the impact on their routine, hindering their mobility, but in the physical and cognitive suffering that it causes. **Objectives**: To find the socio-demographic and general clinical profile of those seeking help to address their phobia, analyzing and comparing outcome-related profiles in order to identify the variables that could predict treatment withdrawal. **Methods:** The study was carried out in two phases: a descriptive cross-sectional study of 1640 patients who sought treatment for Specific Driving Phobia and a cross-sectional study of a cohort retrospective of 1541 female patients undergoing psychotherapeutic treatment for this phobia that have reached Success or Failure. All data were collected from patients forms seeing at a specialized clinic, between 2008 and 2016, and enrolled in the Research Electronic Data Capture (REDCap), then transferred to the Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) and its variables submitted to descriptive analysis and statistical tests of Pearson's chi-square, Fisher's Exact, T-Test or Non-Parametric Test. **Results and Conclusion**: Considering the first phase, variables such as gender, marital status, education, occupation, validation of the national driver's license (CNH), technical difficulties, intentions with the vehicle, physiological reactions, vehicle´s ownership, accidents history, psychiatric diagnoses and presence of other phobias, resembles the findings in the area. Other variables raised are, in particular, the sample studied that could not be compared. In the second phase, variables that were statistically significant and could be considered as predictors of treatment withdrawal were related to a separated marital status, low level of education, manual labor, later CNH validation, fear complaint, idealization that the driving action would bring freedom and autonomy, more than the conveniences of routine, experience in small accidents while drivers and victims were passengers, more psychiatric diagnoses, more phobias related to social assessment, more fear of swimming and greater chances of abandoning long treatments.

Descriptors: phobic disorders; fear; anxiety; therapeutics; phobia; automobile driving/psychology

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Transtornos de Ansiedade

Os Transtornos de Ansiedade são as doenças psiquiátricas mais comuns na população, levando prejuízo e sofrimento significativos a seu portador (Hales, 2012). Produzem, ainda, morbidade desordenada, uso do serviço de saúde em excesso e comprometimento do desempenho (Sadock; Sadock, 2007).

Contudo, é importante diferenciar "medo" de "ansiedade", sendo o primeiro uma resposta emocional a uma ameaça iminente (real ou percebida) e o segundo a antecipação da ameaça futura. Muito embora tais estados sobreponham-se, também se diferenciam porque o medo estaria mais associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada (necessária para luta ou fuga), pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga e a ansiedade mais ligada a tensão muscular, vigilância em preparação para perigo futuro e comportamento de cautela e esquiva (APA, 2014). Para Marks (1987), o medo é um legado evolutivo vital, que leva um organismo a evitar ameaças. Ele o descreveu como uma emoção produzida pela percepção de perigo, presente ou iminente que, embora provoque uma sensação desagradável, é normal em situações apropriadas. Apontou, inclusive, que parece haver uma quantidade ideal de medo para o bom desempenho em uma determinada situação. Quanto à ansiedade, embora considerada uma emoção semelhante ao medo, diferenciou-a por ela não decorrer de uma fonte objetiva de perigo.

Um estado ansioso pode ser considerado normal ou patológico, levando-se em conta o contexto, os possíveis desencadeantes e as características individuais dos sujeitos para determinar se as manifestações ansiosas são desproporcionais em intensidade, duração, interferência com o desempenho ou frequência com que ocorrem (Gentil et al., 1997).

Conforme o DSM-5, os Transtornos de Ansiedade diferenciam-se do medo e da ansiedade adaptativos ou provisórios por serem excessivos ou persistirem além de

períodos apropriados ao nível do desenvolvimento (APA, 2014). A ansiedade sentida como difusa, desagradável, de vaga apreensão é experimentada por todos, mas seus sintomas podem variar. Segundo o National Comorbity Study, em cada quatro pessoas, uma satisfaz o critério diagnóstico para, pelo menos, um Transtorno de Ansiedade e há uma taxa de prevalência, em 12 meses, de 17,7% (Sadock; Sadock, 2007).

No Brasil, os dados da pesquisa São Paulo Megacity Mental Health Survey, que busca estimar a prevalência, gravidade e tratamento dos transtornos mentais na cidade de São Paulo e Região Metropolitana, mostram que as pessoas que vivem nessas regiões apresentam maior prevalência de transtornos mentais em relação a outras cidades pesquisadas. Conforme o estudo, 29,6 % dos residentes apresentam um transtorno psiquiátrico, de acordo com o DSM-IV. Destes, os Transtornos de Ansiedade e de Humor foram mais prevalentes com 19,9% e 11%, respectivamente (Andrade et al., 2012).

Mulheres têm maior probabilidade para desenvolver um Transtorno de Ansiedade que homens (Sadock; Sadock, 2007; Andrade et al., 2012) e muitos se desenvolvem na infância e tendem a persistir se não tratados (APA, 2014). Em resumo, a ansiedade patológica existe em diversas condições, costuma estar presente em situações estressantes e variadas e os Transtornos Ansiosos são definidos como estados emocionais repetitivos ou persistentes nos quais a ansiedade patológica desempenha papel fundamental (Gentil et al., 1997).

Os tratamentos para este grupo de transtornos estão entre os mais efetivos e, para muitas condições, a maioria dos pacientes pode esperar alívio dos sintomas em um período curto do tratamento. No que se refere a fatores causais, há a interação entre genéticos e experiência, sendo os acontecimentos traumáticos etiologicamente importantes (Sadock; Sadock, 2007).

O que diferencia os Transtornos de Ansiedade são os objetos ou situações que induzem o medo, ansiedade ou comportamento de esquiva, bem como, a ideação cognitiva associada. Então, embora tendam a ser comórbidos entre si, podem ser diferenciados pela análise das situações temidas ou evitadas ou pelo conteúdo dos pensamentos e crenças associadas. Como os indivíduos com Transtornos de

Ansiedade, em geral, superestimam o perigo nas situações que temem ou evitam, a determinação primária do quanto o medo ou a ansiedade é excessivo é feita pelo clínico e leva em conta fatores contextuais e culturais.

Os quadros pertencentes ao grupo dos Transtornos de Ansiedade, conforme o DSM-5 (APA, 2014) são: Transtorno de Ansiedade de Separação, Mutismo seletivo, Fobia Específica, Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno do Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento, Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica, Outro Transtorno Especificado e Transtorno de Ansiedade Não Especificado.

1.2 Fobias Específicas

Nas Fobias Específicas, os medos são circunscritos a determinados objetos, situações ou atividades e apresentam três componentes: ansiedade, medo central e comportamento de esquiva (Hales, 2012).

Os Critérios Diagnósticos descritos para elas são: A) Medo ou ansiedade acentuado acerca de um objeto ou situação; B) O objeto ou situação fóbica quase invariavelmente provoca uma resposta imediata de medo ou ansiedade; C) O objeto ou situação fóbica é ativamente evitado ou sua presença é sentida com intensa ansiedade ou sofrimento; D) O medo ou ansiedade é desproporcional ao perigo real imposto pelo objeto ou situação especifica e ao contexto sociocultural; E) O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente com duração mínima de 6 meses; F) O medo, ansiedade ou esquiva causam sofrimento clinicamente importantes ou prejuízos no desempenho social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; G) O transtorno não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, incluindo medo, ansiedade ou esquiva de situações associadas a sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes; objetos ou situações

relacionadas a obsessões; evocação de eventos traumáticos; separação de casa ou de figuras de apego; ou situações sociais (APA, 2014).

Considerando ainda, o DSM-5, a característica essencial para o diagnóstico da Fobia Específica é que o medo ou ansiedade devem estar circunscritos à presença do estímulo fóbico e devem ser intensos ou graves (podendo assumir a forma de um ataque de pânico com sintomas completos ou limitados), sendo seus sintomas percebidos tão logo o objeto ou a situação fóbica são encontrados. Quanto ao grau da ansiedade ou do medo, é possível que haja variações, desde a ansiedade antecipatória até um ataque de pânico completo, pode acontecer a esquiva da situação ou caso a pessoa decida enfrentá-la, a evocação de temor e ansiedade intensos. Estas variações são devidas a fatores contextuais, como a presença de outra pessoa, duração da exposição e outros elementos ameaçadores. Muitas pessoas sofrem durante anos e alteram as circunstâncias de vida com o objetivo de se manter distante do objeto ou da situação fóbica, deixando de experimentar medo ou ansiedade.

Indivíduos com Fobia Específica podem, ainda, imaginar que sofrerão ferimentos (Sadock; Sadock, 2007), ter preocupações sobre perder o controle, entrar em pânico, ter manifestações somáticas e desmaiar diante do objeto ou situação temidos (APA, 2002). Uma ideação cognitiva específica não está caracterizada nesse transtorno, como está em outros transtornos de ansiedade; medo, ansiedade ou esquiva são quase sempre imediatamente induzidos pela situação fóbica, até um ponto em que se tornam persistentes e fora de proporção em relação ao risco real que se apresenta. Embora tais pessoas percebam a reação desproporcional, tendem a superestimar o perigo nas situações temidas. Com isso, o julgamento do caráter desproporcional, a fim de se chegar a um diagnóstico, é feito pelo clínico (APA, 2014).

As Fobias Específicas são os transtornos mais prevalentes na comunidade e são tidas como um quadro de bom prognóstico que costuma ter início muito precoce e curso natural, com remissão frequente em muitos indivíduos. Mas, quando a sintomatologia ainda está presente na vida adulta, o curso é crônico e sem remissões (Gentil et al., 1997).

Os subtipos da Fobia Específica baseados no estímulo fóbico são: fobia de animal, ambiente natural, sangue-injeção-ferimentos, situacional e outros.

A estimativa de prevalência nas comunidades como, Estados Unidos da América (EUA) e países europeus, para 12 meses é entre 7 e 9%; nos países asiáticos, africanos e latino americanos é entre 2 e 4% (APA, 2014). O estudo de Andrade et al. (2012) estima que, na Grande São Paulo, haja 10,6% de pessoas com Fobias Específicas.

Conforme o DSM-5, mulheres são mais afetadas, com taxas variando em relação aos diferentes estímulos fóbicos e desenvolvem mais as fobias específicas de animais, ambiente natural e situacional.

O desenvolvimento das Fobias Específicas se dá, ocasionalmente, após um evento traumático, pela observação de pessoas que passam pelo evento traumático, por um ataque de pânico inesperado na situação a ser temida ou por transmissão de informações. No entanto, muitas pessoas não conseguem lembrar o motivo que as levaram a ter a Fobia Específica (APA, 2014).

Geralmente, embora as fobias específicas do tipo situacional desenvolvam-se no início da infância, tendem a surgir mais tardiamente em comparação às fobias as fobias de ambiente natural, animais ou sangue-injeção-ferimentos. Mas, podem se estabelecer em quaisquer idades, frequentemente como consequência de experiências traumáticas. Há três grupos de fatores de risco/prognóstico para as Fobias Específicas: temperamentais (afetividade negativa, inibição comportamental), ambientais (superproteção, perda e separação parentais, abusos, encontros negativos ou traumáticos com o objeto ou situação temidos) e Genéticos/Fisiológicos. Um fator importante para o diagnóstico é o diagnóstico diferencial, pois a Fobia Específica pode parecer com outros quadros (APA, 2014).

Raramente, uma Fobia Específica é vista em contexto clínico na ausência de outra patologia e tende a ser mais observada em contextos de saúde mental não médicos; é, com frequência, associada a outros transtornos, podendo ser vista como sintoma deles; o quadro costuma ser o primeiro a se desenvolver e os indivíduos têm risco aumentado de outros transtornos mentais (APA, 2014). Quanto ao diagnóstico,

não é feito se a fobia não interferir significativamente no funcionamento do indivíduo ou não causar sofrimento acentuado (APA, 2002).

1.3 Fobia Específica de Dirigir

Diagnosticar a Fobia Específica de Dirigir não é simples, pois há limitações para fechar os critérios estabelecidos. Alguns autores a consideram como uma patologia com diagnóstico complexo, confuso, questionável e arbitrário. Pode ser vista, tanto como uma fobia específica como um sintoma de outra doença (agorafobia, fobia social ou transtorno do estresse pós-traumático). Muitas vezes, os fóbicos descrevem sintomas/pensamentos relacionados a vários transtornos de ansiedade, tornando difícil determinar o foco do medo (Ehlers et al., 1994; Taylor et al., 2000; Taylor et al., 2007).

Diversos estudos buscaram responder sobre a origem da Fobia de Dirigir e levantaram também as características clínicas dos indivíduos que a apresentam (Mathew et al., 1982; Munjack, 1984; Ehlers et al., 1994; Taylor et al., 1999; 2000b; Townend; Grant, 2006; Taylor; Podd, 2007; Taylor; Paki, 2008; Cantini et al., 2013; Costa et al., 2014).

O que melhor a explicaria seriam os eventos externos traumáticos, a partir de experiências diretas, indiretas ou absorção de informações contendo ameaça. Por isso, os primeiros trabalhos sobre o tema associaram a Fobia de Dirigir ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático em decorrência de acidentes automobilísticos. As pesquisas concentraram-se no contexto dos eventos traumáticos (acidentes), dos sobreviventes, das sequelas psicológicas adquiridas e apoiavam as ideias de Rachman (1977) onde as fobias seriam adquiridas pelas vias do condicionamento direto (experiência), indireto (observação de modelos) e transmissão de informações (Mathew et al., 1982; Munjack, 1984; Ehlers et al., 1994; Taylor et al., 2002). Mas, outros trabalhos mostram que o grupo de fóbicos não apresentava diferenças significativas no histórico de direção no que se refere a acidentes, quando comparado

ao grupo controle e começam a estudar o quadro sem relacioná-lo a eventos condicionados, questionando, inclusive, a aquisição deste medo com base nas descrições de Rachman (Mathew et al., 1982; Ehlers et al., 1994; Taylor; Deane, 1999; Taylor et al., 1999; Taylor et al., 2007). Tais autores apontam para a possibilidade que os fóbicos estudados teriam como evento aparentemente causal o aumento da ansiedade transitória durante a direção veicular, acionada interna ou reativamente diante de um evento externo menor.

Mathew et al. (1982) mostram que o grupo de fóbicos, em comparação ao grupo controle, apresentava maior prevalência de problemas psiquiátricos, resposta emocional excessiva diante da direção (maior nível de ansiedade), mais instabilidade emocional e, por isso, dificuldade para voltar ao estado de equilíbrio (tranquilidade) após experiências emocionais. Outros dados apontados referem-se à relação entre a fobia de dirigir e segurança de tráfego, surgimento de emoções durante a exposição à situação temida e a evitar o comportamento de dirigir.

Na pesquisa de Ehlers et al. (1994), os achados sobre as possíveis formas de aquisição da fobia de dirigir mostram que os fóbicos apresentaram sensações corporais desagradáveis e ansiedade mais intensa, crença de que a ansiedade levaria ao prejuízo na qualidade da direção veicular, preocupações sobre a falta de controle, da habilidade de dirigir e a agressividade das outras pessoas, impressão de que o ato de dirigir é um comportamento perigoso, dificuldade em lidar com as variáveis apresentadas pelo ambiente, receio de "se perder", estar em um engarrafamento ou falhas no veículo. Para essas pessoas a ansiedade é vista como preditora de uma catástrofe física ou mental (ataque cardíaco, loucura, desmaio).

Taylor e Deane (1999) também apresentam resultados que refutam as vias de aquisição de medo estabelecidas por Rachman (1977) e consideram origens diferentes do condicionamento clássico para a Fobia de Dirigir. Neste estudo, apenas 36% das pessoas atribuíram o medo a um condicionamento e a população que não atribuiu o medo a qualquer evento traumático apresentava mais reações físicas de ansiedade e mais presença de pensamentos negativos relacionados ao comportamento de dirigir. Em função disso, seus pesquisadores apontam para a necessidade de se investigar mais detalhadamente o papel das cognições associadas à Fobia de Dirigir e

sugerem que esses indivíduos teriam a tendência de superestimar o medo que será sentido em uma situação ameaçadora e, por conta disso, evitariam a ação.

Taylor et al. (2002), ao analisarem a relação “Acidente - Fobia de Dirigir”, perceberam que ela poderia não ser tão forte para determinar o medo. Assim, descreveram outros fatores que poderiam ser responsáveis por esta fobia. Consideraram que as pesquisas negligenciaram a presença desse medo na população que não esteve envolvida em acidentes e questionaram o quanto as habilidades motoras (aquisição e execução) poderiam exercer um papel determinante para o início dele. Nesta mesma linha, Clapp et al. (2011) e Cantini et al. (2013) indicam uma relação entre o medo de dirigir e o deficit no desempenho da ação. Para eles, a falta de habilidade causaria sentimento de insegurança, cautela exagerada e esquiva do comportamento de dirigir com o propósito de evitar acidentes.

Também são raros os estudos que abrangem variáveis existentes no comportamento de dirigir, como a história de vida da pessoa como motorista, circunstâncias da aprendizagem, obtenção da carteira de habilitação e histórico de acidentes (Taylor et al., 2007).

Taylor et al. (2007) levantaram as características clínicas, perfil diagnóstico e gravidade dos sintomas de 50 indivíduos com medo de dirigir e os relacionaram com o conteúdo de suas cognições. Os resultados mostram que 42% reportavam medo de se envolver em um acidente (ferindo-se ou ferindo alguém), 26% possuíam algum medo específico (manobra, velocidade, noite, lugares desconhecidos, pontes, tuneis, subidas ou mudar de faixa), 14% tinham receio de sofrer um ataque de pânico ou ter sintomas de ansiedade e 16% tinham preocupações sociais por receio das reações negativas, avaliação dos outros motoristas, pressão, ansiedade do desempenho, pouca autoconfiança e maior temeridade em relação à direção como um todo, com crenças de que teriam maiores chances em relação a outras pessoas de se envolverem em um acidente. Resumindo, os resultados indicam que as preocupações sociais poderiam ser fortes determinantes para a fobia de dirigir e que as cognições negativas desta população estariam mais associadas à avaliação social do que a acidentes e ferimentos.

O estudo de Cantini et al. (2013) encontra associações entre a fobia de dirigir e um grau elevado de perfeccionismo, fato que corrobora os estudos que consideram as cognições, como fator determinante para o início da fobia. Outros achados indicam que uma pessoa mais ansiosa e a alta frequência de distorções cognitivas explicariam porque os fóbicos de direção apresentariam comportamentos de segurança mal adaptativos em uma tentativa de se proteger de perigos imprevisíveis durante a condução (Costa et al., 2014).

Para Taubman-Ben-Ari et al. (2012), há quatro estilos de condutores de veículos: cuidadoso, imprudente, hostil e ansioso. As investigações entre estes quatro tipos levaram à descrição e diferenciação de algumas características entre eles. O estilo cuidadoso estaria associado a uma maior autoestima; o imprudente e o hostil à busca por sensações que aumentam a adrenalina e o ansioso a uma maior introversão. Os achados mostram, ainda, que os estilos ansioso e imprudente estariam associados com uma história de direção mais perigosa ou de risco, e o estilo cuidadoso a uma condução mais segura.

Os motoristas caracterizados como pertencentes ao grupo de estilo ansioso possuiriam uma propensão maior para pensamentos negativos, menor conscienciosidade, menos sensação de prazer (avaliam que o custo/benefício para dirigir não vale a pena) e maior percepção de que dirigir é um comportamento de risco à vida. Este estilo estaria ligado, também, a baixa exposição da ação. Uma das hipóteses levantadas pelos autores é que pessoas com estilo ansioso preferem dirigir o mínimo possível já que fazê-lo provoca angústia, aborrecimento, ameaça à autoimagem e à vida. A estas pessoas estão associadas características de tensão, nervosismo e medo. A pesquisa mostra também que são as mulheres que mais apresentam os estilos cuidadoso e ansioso. Estudos sobre a Fobia de Dirigir apontam para o fato de que o problema seria mais frequente em mulheres e que elas demonstrariam maior ansiedade diante do volante (Mathew et al., 1982; Cantini et al., 2013; Costa et al., 2014).

1.4 Competências para a execução do comportamento de dirigir

1.4.1 Habilidades motoras gerais: aprendizagem e desempenho

Catânia (1999) distingue as aprendizagens entre as que envolvem ações e as que envolvem palavras. No que diz respeito à aprendizagem que envolve ações (sensório-motoras), apontou que processos sensoriais também devem ser vistos como comportamentos, pois se estabeleceriam por meio da relação estímulo-resposta.

Para Pellegrini (2000) aprendemos fazendo. A prática (atividade organizada, baseada na repetição de uma mesma tarefa ou ação motora) leva à melhora do desempenho de uma ação e, esta melhora, resulta da apresentação de feedback, da existência de modelos e de outros fatores ligados ao processo de aprendizagem.

Todas as habilidades motoras presentes em nosso repertório passam pelo caminho "do inexperiente ao habilidoso" desta forma, performances habilidosas não são restritas apenas àquelas pessoas ditas superdotadas.

A aquisição das habilidades motoras é um processo dinâmico e complexo e a aprendizagem motora é uma mudança relativamente permanente no comportamento motor ocorrida em virtude de prática e inferida por meio de desempenho. Considera-se que as competências adquiridas não devem ser encaradas como permanentes, pois se não houver prática, a qualidade do desempenho cairá. Assim, as experiências anteriores são bases da aprendizagem e fundamentais para a sequência dela: "é preciso praticar para aprender e praticar para não desaprender", ou seja, o processo de aprendizagem é contínuo e a prática reforça habilidades adquiridas e estimula a aplicação delas em novas situações (Benda, 2006).

Estudiosos do comportamento motor estabelecem estágios para a aprendizagem e o número de fases varia em função da ênfase dada à automatização. Em relação a essas fases, podemos descrevê-las da seguinte forma (Pellegrini, 2000):

1. Inexperiente ou Novato: Onde se busca descobrir a tarefa e como realizá-la; mostra descoordenação, com movimentos desnecessários e sem fluência; tem grande variabilidade de respostas motoras; verbaliza a

sequência de movimentos; não se detém a detalhes e tem dificuldade em identificar a relevância dos estímulos internos ou externos para a ação; apresenta uma grande quantidade de erros e os acertos, muitas vezes, são ao acaso, o que leva a incertezas sobre como deve agir;

2. Intermediário: Eliminação de movimentos desnecessários com economia de energia e tempo; a sequência de movimentos ganha fluência e harmonia; a atenção dirige-se aos estímulos relevantes com percepção de anteriormente ignorados; o padrão motor tende a se estabilizar; a quantidade de erros tende a diminuir e a confiança na realização da tarefa aumenta; e
3. Avançado ou Expert: Demonstração da certeza em relação à execução da ação, gastando o mínimo de energia e tempo; os movimentos tornam-se eficientes; a atenção é menos requisitada em função da automatização e o padrão motor é relativamente estável.

Para Fitts e Posner (1967), apud Ladewig (2000), ao aprendermos algo novo passamos por um processo de mudança em estágios que consistem em:

- Cognitivo: Há a identificação e desenvolvimento dos componentes da habilidade que envolve a formação de uma imagem mental da habilidade. Há uma quantidade elevada de erros e pouca consistência;
- Associativo: Acontece a associação de variações ambientais com os movimentos. É o refinamento da habilidade a partir da prática e há o aumento na consistência; e
- Autônomo: A habilidade aprendida torna-se automática, a atenção a execução são baixas e atinge-se máxima consistência.

1.4.2 Habilidades motoras para dirigir

A interação “motorista-veículo-ambiente” é considerada um desafio para a habilidade de dirigir.

O Código de Trânsito Brasileiro (1997), em seu capítulo III, artigo 28, estabelece que o “condutor deverá, a todo o momento, ter domínio de seu veículo, dirigindo-o com atenção e cuidados indispensáveis à segurança do trânsito”. Descreve, no capítulo XIV, artigo 147, as competências para quem quer se tornar um condutor: aptidão física e mental; conhecimento sobre legislação de trânsito e habilidades motoras específicas para a ação.

Estas competências levam a direção veicular ser descrita como uma ação complexa que envolve fatores como habilidades para a ação (motoras, perceptivas, emocionais e cognitivas - tanto variadas como simultâneas); capacidade de adaptação às mudanças de forma rápida e busca de segurança durante o deslocamento ponto a ponto (Schaap, 2012).

Para entender sobre a adaptação comportamental necessária para a execução da tarefa de dirigir, torna-se necessário conhecer a estrutura desta ação que, conforme Michon (1985), deve ser vista a partir de subtarefas. A ideia das subtarefas apresenta uma classificação e interação hierárquicas da aprendizagem de direção veicular que pode ser vista, como tendo três níveis: estratégico, tático e operacional (Figura 1).

O primeiro nível corresponde à capacidade de planejamento e estabelecimento de rota e tempo (definição das metas gerais para o deslocamento). O segundo nível diz respeito à direção para atingir os objetivos estabelecidos no primeiro nível, é onde acontece a interação (contém subtarefas como manter distância, controlar o carro, manter alinhamento, estar na posição correta, etc.). O terceiro nível trata, diretamente, do controle da máquina, ou seja, da habilidade em manipulá-la (com subtarefas, como controle dos pedais, do cambio, do volante, etc.). Ressalta-se que os três níveis interagem, sendo continuamente ajustados e controlados a partir de estímulos ambientais e são considerados hierárquicos, pois influenciam uns aos outros.

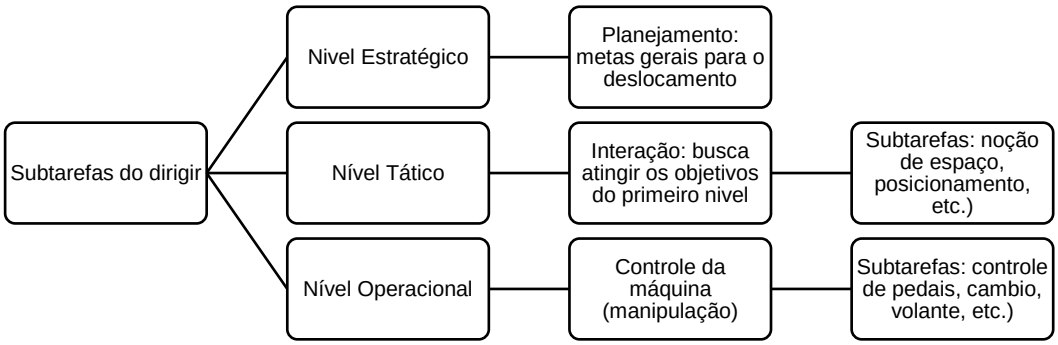


Figura 1 - Estrutura da ação de dirigir, segundo Michon

1.4.3 Habilidades Psicológicas e Cognitivas para dirigir

Dirigir é uma ação multitarefa, com a execução de movimentos sucessivos e exigência de habilidades cognitivas complexas que envolvem mudanças constantes em relação aos objetivos, ou seja, alocação de atenção sequencial, alternância entre diferentes subtarefas e adaptação dinâmica às mudanças (Michon, 1985).

Rozestraten (1988) descreve as condições cognitivas necessárias para que haja produção de comportamentos adequados no trânsito: presença de estímulos ou situações que possam ser observadas e percebidas (quanto mais clara e menos ambígua a situação ou o estímulo melhor poderá ser a adaptação comportamental em relação a ela); um organismo em condições de perceber e reagir adequadamente aos estímulos percebidos (organismo sem deficiências sensoriais, mentais ou motoras que prejudicariam sua reação) e uma aprendizagem prévia dos sinais e das normas que devem ser seguidas para que este organismo saiba se comportar adequadamente no sistema complicado do trânsito.

Pirito (1999), apud Balbinota et al. (2011), assinalou que as funções cognitivas necessárias para dirigir seriam memória, atenção, avaliação sistemática do ambiente, habilidades visoespaciais, verbais e de processamento de informações, tomada de decisões e capacidade para resolução de problemas (Figura 2).

Todo motorista deve passar pelo exame de aptidão mental, conforme exigência do código de trânsito de seu país. Retomando o Artigo 147 do Código de

Trânsito Brasileiro (1997), em seu capitulo XIV, que estabelece as normas para aquisição da Carteira Nacional de Habilitação temos:

> O candidato à habilitação deverá submeter-se a exames realizados pelo órgão executivo de trânsito, na seguinte ordem: de aptidão física e mental; escrito, sobre legislação de trânsito; de noções de primeiros socorros, conforme regulamentação do CONTRAN; de direção veicular, realizado na via pública, em veículo da categoria para a qual estiver habilitando-se.

No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia, com a Resolução N. º 012/00 de 20 de dezembro de 2000 (Manual para Avaliação Psicológica de candidatos à Carteira Nacional de Habilitação e condutores de veículos automotores) orienta sobre as exigências que devem ser feitas ao candidato à aquisição da CNH:

> O perfil psicológico do candidato à CNH e do condutor de veículos automotores deve considerar: a) Nível intelectual capaz de analisar, sintetizar e de estabelecer julgamento diante de situações; b) Nível de atenção capaz de discriminar estímulos e situações adequados para a execução das atividades relacionadas à condução de veículos; c) Nível psicomotor capaz de satisfazer as condições práticas de coordenação entre as funções psicológicas e as áreas áudio-visiomotoras; d) Personalidade, respeitando-se as características de adequação exigidas por cada categoria; e) Nível psicofísico, considerando a possibilidade de adaptação dos veículos automotores para os deficientes físicos.

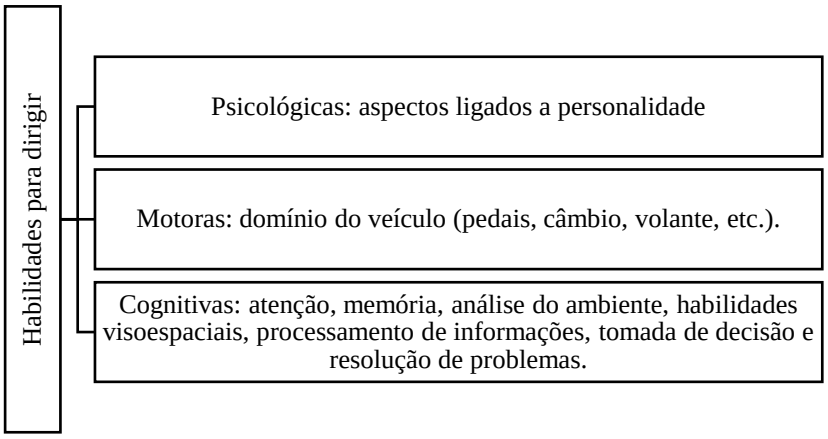


Figura 2 - Resumo das Habilidades para dirigir

1.5 Fobia de Dirigir e habilidades necessárias para a ação

Os poucos estudos sobre a temática mostram que o medo de dirigir pode ter diversos fatores etiológicos (Figura 3). Deve-se considerar, além das experiências traumáticas, aspectos relacionados ao medo da perda de controle do veículo, autocrítica em relação à própria habilidade motora, condições do aprendizado motor, experiências após a aquisição da CNH, cuidado exagerado durante a ação, história de vida, aumento da ansiedade durante a ação (sensações fisiológicas desagradáveis), preocupações com a crítica dos outros e a percepção de que a ação é um comportamento de risco e, portanto, perigoso (Mathew et al., 1982; Ehlers et al., 1994; Taylor; Deane, 1999; Taylor et al., 1999; Ehlers et al., 2007; Taylor et al., 2007; Clapp et al., 2011; Cantini et al., 2013).

Desta forma, os tratamentos desenvolvidos e oferecidos para esta população deveriam levar em conta os contextos do sofrimento psicológico, físico e da qualidade das habilidades motoras.

Figura 3 - Fatores etiológicos da Fobia Específica de Dirigir

1.6 Tratamentos para a Fobia Específica de Dirigir

Não dirigir afeta diretamente a vida de um indivíduo, tanto em relação a facilidade de deslocamento como aos aspectos relacionados à liberdade, autonomia e independência (Taylor; Paki, 2008; Carvalho et al., 2011; Taylor et al., 2010; Cantini

et al., 2013); e o impedimento desta ação, em função de um medo acentuado, gera sofrimento e causa perturbações na vida (Clapp et al., 2011).

Para alguns autores o entendimento do perfil do indivíduo que adquire a Fobia de Dirigir é importante para que se possa oferecer tratamento adequado (Taylor et al., 2007; Clapp et al., 2011).

Pessoas com medo ou fobia de dirigir relatam, como principais motivos para o retorno à direção: necessidade, independência, realização de uma vontade própria, mobilidade, comodidade, lazer, promoção no trabalho, pressão social e obrigação (Cantini et al., 2013; Costa et al., 2014).

Com a finalidade de ajudar as pessoas a alcançarem tais objetivos, alguns tratamentos vêm sendo propostos. Contudo, não há estudos sobre a eficácia dos mesmos.

Os profissionais que pesquisam ou atuam na área utilizam-se de diversas abordagens e técnicas para realizar as intervenções psicoterapêuticas: Dessensibilização ao Vivo (Levine; Wolpe, 1980; Rovetto, 1983), Dessensibilização Sistemática com auxílio de hipnose (Iglesias; Iglesias, 2013), Terapia Cognitiva (Townend, 2003; Townend; Grant, 2006), Terapia Cognitivo Comportamental Individual ou em Grupos (Brink, 2003; Bellina, 2012) e Exposição por meio de Realidade Virtual (Wald; Taylor, 2000; Costa et al., 2010).

1.7 Técnicas utilizadas nos tratamentos para a Fobia Específica de Dirigir

Algumas técnicas podem ser utilizadas para o tratamento das pessoas com Fobia Específica de Dirigir.

1.7.1 Psicoterapia em Grupo

Sadock (1996), apud Tost Pardell et al. (2010), define Psicoterapia de Grupo como:

> Uma forma de tratamento em que pessoas emocionalmente enfermas e cuidadosamente selecionadas interagem em um espaço, guiadas por um psicoterapeuta, com o propósito de ajudarem-se uns aos outros a efetuarem uma mudança em sua personalidade e onde, por meio de diferentes técnicas e construtos teóricos, o líder se utiliza da interação grupal para buscar a mudança.

Os autores afirmam, ainda, que o uso da psicoterapia de grupo é cada vez mais habitual.

Para Yalom (2006), a terapia em grupo ajuda os pacientes, pois é uma forma efetiva de psicoterapia, sendo pelo menos igual à psicoterapia individual em sua capacidade de proporcionar benefícios significativos. Ele parte do preceito de que a mudança terapêutica acontece pela interação de experiências humanas denominadas fatores terapêuticos. Divide, então, a experiência terapêutica em 11 fatores primários:

1) Instilação e Manutenção da esperança: A esperança garante que a pessoa se mantenha em terapia e é importante para que os outros fatores terapêuticos possam ter efeito. Fé e expectativa elevada estão relacionadas ao resultado positivo do processo. Trata-se de uma força poderosa em qualquer grupo;

2) Universalidade: Possibilita que a pessoa se sinta pertencente e derruba a sensação de singularidade em relação ao problema. A percepção de semelhança com outros elementos do grupo leva a benefícios;

3) Compartilhamento de informações: Esse fator é composto pela psicoeducação que ensina sobre a problemática dos sintomas, do funcionamento pessoal e do andamento da psicoterapia;

4) Altruísmo: Refere-se a ideia de “ganhar por dar”. A psicoterapia em grupo oferece aos pacientes a oportunidade de beneficiar outras pessoas por meio do dar e receber tranquilidade, sugestões e insights;

5) Recapitulação corretiva do grupo familiar primário: A semelhança com o grupo familiar leva à reformulação das relações, bem como à revivência de conflitos familiares já que há o estabelecimento de papéis variados dentro do grupo;

6) Desenvolvimento de técnicas de socialização: Este fator diz respeito à aprendizagem social a partir do desenvolvimento de habilidades sociais básicas;

7) Comportamento imitativo: Refere-se à possibilidade de aprender a partir do comportamento do outro, por meio de modelação;

8) Aprendizagem interpessoal: Está relacionado a aprender e entender o mundo a partir das relações;

9) Coesão grupal: Definida como a atração de um grupo por seus membros. Em um grupo coeso, encontram-se afeto, conforto e sentido de pertencimento. Há um sentimento de valorização recíproco entre todos os membros;

10) Catarse: É a expressão aberta de afetos/sentimentos; e

11) Fatores existenciais: Relacionados à própria existência, à condição humana: solidão, morte, decepção, frustração, liberdade, responsabilidade e outros.

1.7.2 Exposição ao Vivo

A dessensibilização sistemática (confrontação com a situação temida, por meio de imaginação), criada por Wolpe, foi a primeira técnica de abordagem comportamental utilizada no tratamento da fobia específica. Contudo, mostra-se menos eficaz que a exposição real à situação temida. Então, a exposição ao vivo é a técnica de escolha para tratar o problema (Hamm, 2009).

Como a Exposição ao vivo propicia uma imersão total na experiência, acaba por oferecer a melhor oportunidade de ganho terapêutico. Para a Exposição ao vivo,

constrói-se uma hierarquia que orienta o paciente a dar passos graduais em direção às metas finais, com a finalidade de ser capaz de executar, confortavelmente, as atividades geradoras de ansiedade. Outra ferramenta valiosa para a técnica da Exposição ao vivo são os diários de exposição, pois ajudam os pacientes a estabelecer alvos.

Para Hamm (2009) a Exposição ao vivo é composta de três fases: a) Instrução: onde é feita a psicoeducação em relação à fobia, possíveis causas, mantenedores, etc., são explicados os mecanismos de mudança, os detalhes da técnica utilizada e cada detalhe da exposição; b) Exposição Direta ao Vivo: onde se informa sobre cada detalhe da exposição a ser feita e "guia" o paciente em sua realização; c) Manutenção: onde se dá a continuidade da ação, praticando as exposições longe do terapeuta.

1.7.3 Aprendizagem por meio de Aproximações Sucessivas (Modelagem), Modelação e Instrução Verbal

1.7.3.1 Modelagem

O processo de exposição ao vivo oferece, além dos benefícios da dessensibilização sistemática, condição para a aquisição da habilidade motora de dirigir em função do treino técnico ao qual o paciente é submetido. Como aprendemos fazendo e fazer aumenta a segurança temos, como ganho, a diminuição de parte do medo, ao menos aquele relacionado ao não saber.

O aprendizado via aproximações sucessivas é justificado, em princípio, porque dirigir é o resultado de um comportamento multitarefas, dividido em partes que se encadeiam sucessivamente: piso na embreagem PARA trocar de marcha, PARA soltar a embreagem, PARA acelerar.

Para Vasconcellos (1995), o conhecimento (aqui relacionado à aprendizagem do comportamento de dirigir) não se dá de uma vez, e sim por meio de aproximações reiteradas ao objeto, indo e voltando. Como, em uma primeira vez, a pessoa não consegue captar um conjunto de relações que seja suficiente para compreender

adequadamente o objeto a aproximação sucessiva permite a captação de aspectos aos poucos.

Para Catânia,

> Modelagem é uma modificação gradual de alguma propriedade do responder pelo reforço diferencial de aproximações sucessivas a uma classe operante alvo. É empregada para produzir respostas que, devido a um nível operante baixo, e/ou devido à complexidade, não seria emitida ou seria emitida somente após um tempo considerável (...) A modelagem é uma variedade de seleção operante (Catânia, 1999, p.411)

1.7.3.2 Modelação

Modelação é uma técnica de aprendizagem por meio da observação de outra pessoa. Catânia (1999) utiliza como sinônimo de modelação a palavra imitação e descreve como um comportamento que duplica algumas propriedades do comportamento de um modelo.

1.7.3.3 Instrução Verbal

A Instrução Verbal é considerada um conjunto de informações gerais sobre os aspectos fundamentais de uma habilidade a ser realizada. Atua como auxiliar na orientação da atenção para o que é mais relevante; consiste de informações que auxiliam na organização e execução de habilidades motoras por meio de uma sequência dos eventos e através de uma ideia clara tanto do objetivo a ser atingido como das estratégias necessárias para alcançá-lo (Ennes et al., 2012).

1.8 Tratamento para a Fobia Específica de Dirigir aplicado pela Clínica Escola Cecilia Bellina

O tratamento para Fobia de Dirigir proposto por Bellina (2012) é composto pelas técnicas descritas acima que, juntas, objetivam a diminuição da ansiedade e a inserção do veículo na rotina de quem sofre com este problema.

1.8.1 Metodologia Cecília Bellina: Histórico do Serviço

O tratamento foi desenvolvido pela psicóloga Cecilia Bellina, na cidade de São Paulo, em 1995. Ela oferecia atendimento às pessoas que não dirigiam e que se descreviam com medo ou pânico de fazê-lo.

Entre os anos de 1995 e 1997 o serviço foi realizado pela própria e em 1997, houve a capacitação de outros profissionais para trabalhar na área e a abertura da primeira clínica especializada no assunto.

O tratamento começou sendo realizado dentro de um veículo automotor, de forma individual e em períodos de 50 minutos. Nesse contexto, dois aspectos eram trabalhados: a ansiedade/medo e o aprendizado da direção veicular já que essas pessoas, embora habilitadas, não tinham a automatização da direção e evitavam o comportamento de dirigir há muito tempo.

Uma peculiaridade deste tratamento está relacionada ao fato de que a pessoa que apresenta o medo de dirigir, deve conduzir e interagir com uma máquina e desconhece o funcionamento desta. Diante das dificuldades técnicas apresentadas por essas pessoas, e para que o tratamento viesse a se tornar eficiente, o profissional que acompanhava o paciente “in loco” necessitava introduzir, durante a Exposição ao vivo, o treino das habilidades motoras necessárias para a direção veicular (Bellina, 2012).

Em 1999, 15 pacientes atendidas, individualmente, pelas psicólogas da clínica não responderam ao tratamento realizado (exposição ao vivo). Diante disso, formou-se um grupo psicoterapêutico com a finalidade de trabalhar os aspectos que impediam a evolução de cada uma. O Grupo Piloto foi estruturado como um grupo fechado, com 15 participantes, dois terapeutas e 15 encontros semanais de 2:00 horas. O objetivo foi claramente definido: inserir o veículo na rotina, alcançando os critérios para alta definidos pelo protocolo de tratamento.

Durante os encontros do Grupo Piloto, foram trabalhados temas relacionados à autoestima, medo de exposição, medo de errar, medo de machucar as pessoas, medo de atrapalhar a vida dos outros, inflexibilidade, problemas pessoais,

dificuldades técnicas encontradas na direção e legislação de trânsito. Trabalhou-se, ainda, com os ganhos primários e secundários da nova ação e com os relatos sobre a influência de pessoas da família.

Conforme os encontros aconteciam, passos eram dados em direção a finalização do processo e todas as pacientes cumpriram as exigências para a alta.

No ano 2000, após os resultados positivos do Grupo Piloto, decidiu-se introduzir a Psicoterapia de Grupo como parte do tratamento.

A nova forma de atender retirou o psicólogo do carro e trouxe o Acompanhante Terapêutico para a realização da Exposição ao vivo e do treino técnico. Ao psicólogo coube as atividades de anamnese, avaliação da habilidade motora de dirigir, traçado das tarefas e a condução da psicoterapia de grupo.

Com a inserção da Psicoterapia de Grupo junto com a Exposição ao Vivo, foi elaborado um novo protocolo de tratamento como segue:

1. **Entrevista Clínica ou Anamnese:** sessão de 60 minutos, conduzida pelo psicólogo, para o levantamento de dados sobre a história de vida e a história relacionada ao carro (Anexo A);
2. **Avaliação Técnica no Veículo:** sondagem técnica, feita pelo psicólogo, em campo de treino (rua) com pouca interação com o trânsito. Tem como objetivo verificar a habilidade motora do paciente e se há aumento da ansiedade durante a ação. Esta avaliação é descrita na Ficha de Indicadores que segue para ser completada pelo Acompanhante Terapêutico após cada Exposição (Anexo B);
3. **Psicoterapia de Grupo:** inicia junto e acontece simultaneamente às Exposições ao Vivo. É classificada, conforme a definição de Zimerman (2000), como sendo de tipo psicoterápico e de corrente cognitivo comportamental. Os grupos são compostos por até sete pessoas, mais o terapeuta, acontecem uma vez por semana, pelo período de 2:00 horas, são “abertos” sendo permitida a entrada de pessoas até seu limite e com pacientes em diversas etapas do tratamento; e

4. **Exposição ao Vivo:** dividida em quatro etapas onde as duas primeiras estão relacionadas à aquisição das habilidades motoras necessárias e as duas últimas, à manutenção dos resultados (Hamm, 2009):

    a. **Reaprendizagem** (primeira Etapa): Visa, por meio da modelação, modelagem e instruções verbais a introdução e o treino das habilidades motoras básicas para dirigir;

    b. **Enfrentamento** (segunda Etapa): treino das habilidades motoras com maior grau de dificuldade, onde o paciente passa a se preocupar com o externo ao carro (outros). Nesta Etapa, a Exposição ao Vivo assume, além do treino da habilidade motora, o papel de expor o indivíduo às situações ansiogênicas, proporcionando a habituação da ansiedade;

    c. **Tarefas Comportamentais** (terceira Etapa): Após o alcance do que é considerado básico para a direção (habilidade motora e diminuição da ansiedade transitória), o paciente introduz seu veículo no processo. O contexto das tarefas é bem estabelecido: devem ser realizadas todos os dias, em um percurso preestabelecido e o paciente deve estar sozinho. As tarefas são monitoradas por meio dos relatórios apresentados durante os encontros em grupo (Anexo C); e

    d. **Objetivos** (quarta Etapa): Fase em que o veículo é introduzido na rotina do paciente. A entrada nesta etapa é marcada pela listagem de 10 percursos importantes ou necessários (Anexo D). Esta lista é organizada hierarquicamente e o cumprimento dela, ou não, define a finalização do tratamento por meio da alta ou desistência. Com a lista em mãos, psicólogo e paciente colocam os objetivos em ordem hierárquica (mais fácil para o mais difícil) e os enfrentamentos são iniciados pelo item escolhido como menos ansiogênico.

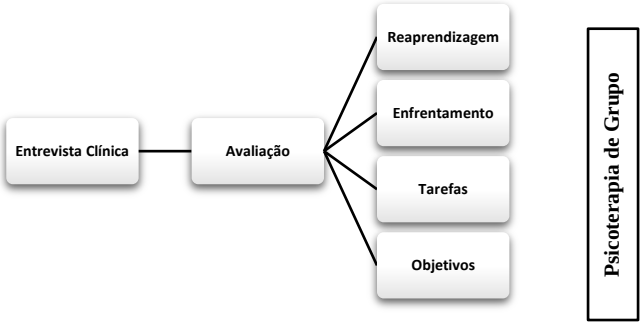


Figura 4 - Subdivisão das Etapas dentro do Protocolo de Tratamento da Clínica Escola Cecília Bellina

1.8.2 Encerramento do tratamento

Para que a finalização não fosse baseada em uma decisão subjetiva, tanto por parte do paciente como do terapeuta, definiu-se como critério para "ALTA" o número de objetivos alcançados, com base na lista construída pelo paciente. Sendo assim, os que atingem mais de seis objetivos são considerados, para a clínica, pacientes em alta (Figura 5).

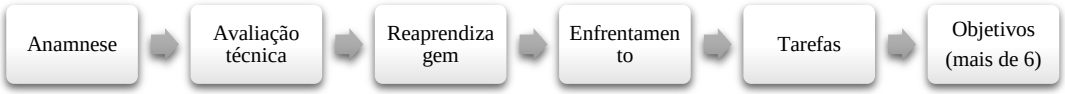


Figura 5 - Cumprimento do protocolo para alcançar a Alta no tratamento proposto

Aqueles que interrompem o tratamento em qualquer etapa anterior aos Objetivos ou que alcançam até cinco deles são considerados, para a clínica, desistentes (Figuras 6, 7, 8 e 9).

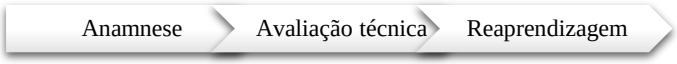


Figura 6 - Desistência com interrupção na Etapa Reaprendizagem

Figura 7 - Desistência com interrupção na Etapa Enfrentamento

Figura 8 - Desistência com interrupção na Etapa Tarefas

Figura 9 - Desistência com interrupção na Etapa Objetivos

1.9 Desfechos de um tratamento

Haynes et al. (1979), apud Muñoz Márron (2004) apresentam a melhor definição de finalização de tratamento: “momento em que o comportamento de uma pessoa coincide com as orientações médicas ou de saúde”. Tais pacientes seriam considerados finalizadores naturais pois completam o tratamento, finalizando-o em comum acordo com o terapeuta e estando satisfeitos com os resultados.

Goodwin e Jamison (1990), citados pela mesma autora, dividem a finalização em três partes: a) cumprimento total (percepção integral do paciente e de seus pares de que o tratamento foi realizado tal qual prescrito), b) cumprimento parcial (percepção do paciente e dos pares de que algumas recomendações foram totalmente cumpridas ou que todas foram cumpridas parcialmente) e c) não cumprimento (descontinuidade do processo terapêutico).

1.9.1 Adesão ao tratamento

A adesão terapêutica é um fenômeno complexo, condicionado a múltiplos fatores e faz referência a condutas que incluem, por parte do paciente a compreensão do tratamento proposto, a aceitação do plano de tratamento, a participação ativa, colocando em prática (de maneira contínua) as indicações do profissional, a evitação de comportamentos de risco e incorporação de comportamentos saudáveis na vida (Martin Alfonso, 2004), ou seja, refere-se a uma implicação ativa, colaborativa e voluntária do paciente, feita com base em acordo mútuo, objetivando o resultado desejado, que é o cumprimento dos objetivos estabelecidos no começo do tratamento (Agamez Paternina et al., 2008; Martin Alfonso, 2004; Roe et al., 2006).

Mas, deve-se considerar que há condutas do profissional, formas de tratamento, abordagens terapêuticas e outros fatores que exercem influência positiva ou negativa para que o paciente cumpra todo o processo terapêutico. Deve-se registrar que o abandono não constitui, unicamente, um fracasso do paciente. Pode estar ligado às atitudes do terapeuta e à sua forma de trabalhar. Psicólogos e psiquiatras devem ser capazes de reconhecer sua responsabilidade, buscando eliminar atitudes inadequadas que possam ser apresentadas durante as sessões (Muñoz Marrón, 2004).

Em resumo, a adesão ao tratamento psicoterápico está relacionada à credibilidade, boa aliança terapêutica, condutas descritas acima e, ainda à capacidade do paciente focar nas consequências futuras, adiando o reforço e agindo com base em objetivos propostos (Benetti; Cunha, 2008; Alfonsson et al., 2106).

1.9.2 Abandono do tratamento

A falta de adesão aos tratamentos parece acontecer mais em pacientes com doenças crônicas e mentais, com frequência de abandono entre 20% e 60%. A interrupção ocorre mais nos primeiros meses e impacta no aumento de recaídas e na gravidade da doença (Muñoz Marrón, 2004). Considerando tratamentos recebidos em

um ano, pesquisas populacionais estimam que entre 16% e 23% os abandonam (Issakidis; Andrews, 2004).

Martin Alfonso e Grau Abalo (2004) mostram que a estimativa dos pacientes que não cumprem as recomendações terapêuticas é de 40%, e os fatores que mais prejudicariam a adesão seriam: dificuldade para começar, não cumprimento das orientações, ausências às consultas e rigidez de hábitos. Nos estudos de Wierzbicki e Pekarik (1993) e de Sharf (2009), encontramos taxas de abandono entre 46,86% e 35,26%, respectivamente.

Para Lhullier e Nunes (2004), apud Benetti e Cunha (2008), o abandono da psicoterapia é definido pela interrupção do tratamento sem que haja indicação por parte do terapeuta, ou seja, implicaria no término prematuro, onde o terapeuta teria planejado mais sessões e seria surpreendido pela deserção do paciente.

Diversos estudos apontam os fatores associados ao abandono da psicoterapia:

Sharf (2009) observa como fatores para o abandono: aliança terapêutica, motivação do paciente, eficácia e hostilidade do paciente, tipo de tratamento, expectativas em relação ao tratamento e impulsividade do paciente.

Alfonsson et al. (2016) listam como fatores: características de personalidade (isolamento social, agressividade, traços psicopáticos e baixa motivação), diagnósticos psiquiátricos, falta de esclarecimento de como funciona o trabalho, implicação da família, lista de espera, abordagem terapêutica, intervalo entre sessões, não obtenção dos benefícios esperados, desgaste na relação paciente/psicólogo, pressão externa, estar em tratamento pela necessidade de outras pessoas, crença de que se está melhor e não necessita mais de ajuda.

Todd (2003), apud Roe et al. (2006), relaciona as seguintes situações: abandono sem fornecer uma razão, acordo com o terapeuta pela satisfação com os objetivos já alcançados, dificuldades não relacionadas com tratamento, busca de serviço semelhante em outros locais e insatisfação com o serviço recebido.

Roe et al. (2006) indicam que as razões mais comuns para a interrupção da psicoterapia foram o cumprimento de metas parciais, restrições circunstanciais e insatisfação.

Edlund et al. (2002), consideram como fatores os poucos recursos financeiros, impulsividade, desorganização, pensamentos pessimistas em relação à eficácia do processo, pouca sensibilidade ao tratamento e sentimento de constrangimento em ver um profissional de saúde mental.

Para Muñoz Marrón (2004), a interrupção estaria ligada, além dos fatores demográficos, à influência de fatores clínicos, assistenciais, características do tratamento e do terapeuta, diagnóstico, natureza da doença, duração, gravidade dos sintomas e ocorrência de recaídas.

1.10 Justificativa

A taxa de prevalência da Fobia Específica de Dirigir apresenta-se entre 7% e 8% da população geral (Taylor; Paki, 2008).

Diversos estudos indicam, como limitação, o pequeno número de indivíduos em suas amostras a fim de que um perfil sociodemográfico e clínico pudesse ser traçado com segurança para o entendimento do problema e estabelecimento de tratamentos adequados (Townend, 2003; Townend; Grant, 2006; Taylor et al., 2007). Há também o apontamento a respeito da pouca atenção dada à influência do aprendizado das habilidades motoras, ao déficit no desempenho e as demais variáveis existentes no comportamento de dirigir, como a história de vida da pessoa como motorista, histórico de acidentes e saúde (Taylor et al., 2002; Taylor et al., 2007; Clapp et al., 2011; Cantini et al., 2013).

Esta pesquisa justifica-se pela possibilidade de se entender o perfil geral das pessoas que buscam tratamento para a Fobia Específica de Dirigir, comparando as diferenças entre os indivíduos que alcançaram sucesso daqueles que abandonaram o processo.

Os resultados poderão contribuir para a identificação de fatores pessoais (demográficos, história de vida e clínicos) que levariam a origem deste medo, na

identificação de fatores que levariam os pacientes ao sucesso/insucesso do tratamento exposto e no desenvolvimento de outros tratamentos.

2 OBJETIVOS E HIPÓTESES

2 OBJETIVOS E HIPÓTESE

2.1 Objetivo Primário

Descrever o perfil sociodemográfico e clinico de uma amostra de pessoas habilitadas atendidas em uma clínica de psicologia especializada no tratamento da Fobia Específica de Dirigir.

2.2 Objetivo Secundário

Comparar as características dos grupos bem-sucedidos e malsucedidos em relação as características sociodemográficas e clínicas estudadas a fim de identificar fatores que poderiam interferir no tratamento.

2.3 Hipóteses

Este estudo investigou as seguintes hipóteses:

Indivíduos que apresentam Fobia Específica de Dirigir têm um perfil sociodemográfico e clínico semelhante a outros estudos no que diz respeito a idade, sexo, escolaridade, ocupações e experiências traumáticas na direção.

Indivíduos pertencentes ao grupo Insucesso diferem do grupo Sucesso em relação a aprendizagem motora, aquisição da Carteira Nacional de Habilitação, histórico de saúde física e mental, quando comparados com indivíduos pertencentes ao grupo Sucesso.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Critérios para a seleção de artigos

Uma busca por artigos publicados que abordavam medo e fobia de dirigir automóveis (nos idiomas inglês, espanhol e português), foi realizada em 21 de outubro de 2015.

As seguintes bases de dados eletrônicas foram pesquisadas: PubMed, Scielo, Cochrane Library, American Psychological Association (APA), Portal Regional da BVS, Google Acadêmico e Google.

Para o LILACS, foram usados os DECS (Descritores de saúde da BIREME): Medo de Dirigir e Fobia de Dirigir ((tw:(fobia de dirigir)) AND (tw:(medo de dirigir)) AND (instance:"regional"))

Os termos únicos pesquisados foram: Driving Phobia, Driving Fear, Driving Panic.

Os MESH Terms pesquisados foram:

MESH 1: ((("fear"[mesh] OR "phobic disorders"[mesh]) OR "phobia, specific"[supplementary concept]) AND ("automobile driving/education"[mesh] OR "automobile driving/history"[mesh] OR "automobile driving/psychology"[mesh] OR "automobile driving/statistics and numerical data"[mesh])) AND "psychotherapy"[mesh]

MESH 2: ((("phobic disorders"[MeSH Major Topic] OR "fear"[MeSH Major Topic]) OR "phobic disorders"[MeSH Terms]) OR (("automobile driving"[MeSH Terms] OR ("automobile"[All Fields] AND "driving"[All Fields]) OR "automobile driving"[All Fields] OR "driving"[All Fields]) AND ("phobic disorders"[MeSH Terms] OR ("phobic"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "phobic disorders"[All Fields] OR "phobia"[All Fields]))) AND "automobile

driving"[MeSH Terms]) AND "psychotherapy"[MeSH Terms] AND "humans"[MeSH Terms]

MESH 3: ("Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Anxiety"[Mesh]) AND "Automobile Driving"[Majr] NOT "PTSD"[All Fields] NOT "depression"[All Fields] AND "adult"[MeSH Terms] NOT "accidents"[All Fields] NOT "virtual reality"[All Fields]

A estratégia de busca resultou em 115 artigos (Figura 10).

Aplicou-se os seguintes critérios de exclusão: Capítulos de livros ou outras produções; Presença de doenças físicas; Diagnósticos de Transtornos Mentais como Estresse Pós-Traumático, Pânico, Depressão e outros; Acidentes; Realidade virtual, Déficit de Atenção e outros déficits cognitivos; Situações especificas: Fobias de tuneis, pontes, estrada ou escuro; Uso e abuso de substancias; Radiação; Fisiologia e psicofisiologia; Celulares ou rádios; Cortisol; Fobia hospitalar.

Os critérios de inclusão aplicados foram: Pesquisa com humanos; Acima de 18 anos; Artigos Publicados; Presença das palavras de busca no título e abstract, tratamentos para a fobia de dirigir.

Dos 115 Abstracts analisados, 80 artigos foram retirados quando aplicados os critérios de exclusão.

Dos 35 artigos incluídos, 7 foram retirados após leitura integral dos textos e pelos seguintes motivos: 3 abordavam sobre fobias, mas seus dados se referiam ao DSM-III; 1 abordava sobre acidente, 1 abordava sobre direção em estradas, 1 abordava sobre comprometimento cognitivo, 1 abordava sobre o efeito do envelhecimento na direção veicular.

Diagrama PRISMA

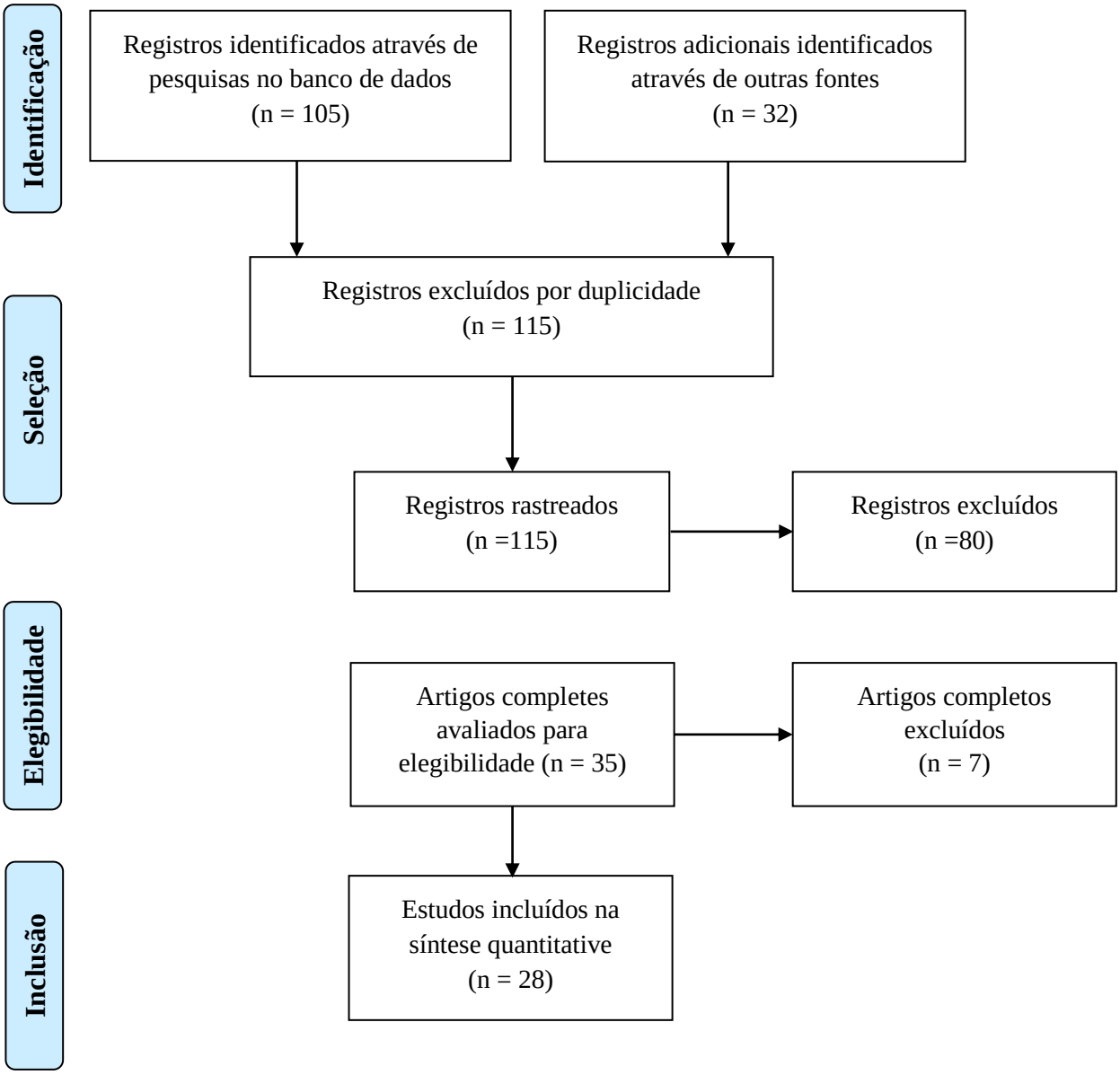


Figura 10 - Diagrama Prisma

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Estudo transversal descritivo e analítico, com utilização de dados secundários obtidos de pacientes que buscaram tratamento para Fobia Específica de Dirigir.

O estudo foi realizado em duas etapas sendo a primeira uma análise descritiva do perfil sociodemográfico e clinico dos prontuários e a segunda uma análise comparativa entre os desfechos Sucesso e Insucesso, dos prontuários de indivíduos do sexo feminino (Figura 11).

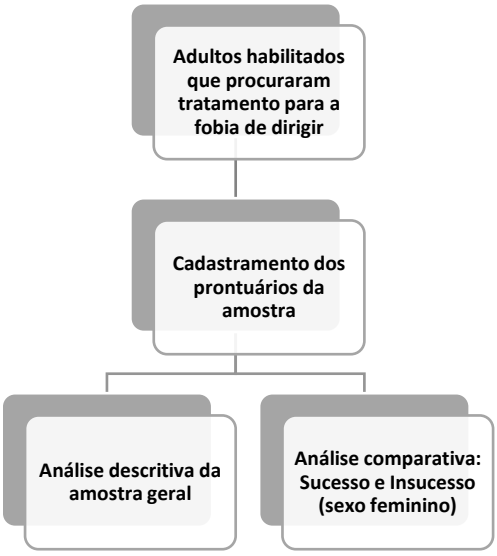


Figura 11 - Desenho do estudo

4.2 Amostra/Casuística

Na amostra/casuística foram utilizados 1.640 (um mil seiscentos e quarenta) prontuários de pacientes que tiveram seu tratamento finalizado, em uma clínica especializada no tratamento para Fobia de Dirigir, entre os anos de 2008 e 2016.

Os prontuários continham dois tipos de encerramento: altas e desistências. As altas foram caracterizadas como desfecho do tipo Sucesso e as desistências como desfecho do tipo Insucesso.

4.3 Instrumentos

Os instrumentos usados foram:

1) **Ficha de Anamnese Clínica** (Anexo A): Documento que contém os dados sociodemográficos, história clínica e de saúde física/mental, história do aprendizado da direção desde a obtenção da Carteira Nacional de Habilitação, assim como as experiências de acidentes de cada indivíduo. Este documento forneceu, para a pesquisa, os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes.

2) **Ficha de Indicadores** (Anexo B): Documento que avalia a aquisição do repertório motor a cada sessão de exposição ao vivo. Esta ficha traz informações sobre a aprendizagem da habilidade motora e das condições emocionais do paciente diante da exposição às situações que geram ansiedade. É um documento acessível ao Acompanhante Terapêutico para preenchimento. Os pacientes são avaliados por meio dos seguintes conceitos: NA (não aprendeu), ND (aprendeu e não domina), NS (não realiza sozinho), RS (realiza sozinho) e A (automatizado). O documento forneceu, para a pesquisa, os dados referentes à quantidade de exposições realizadas durante o processo.

3) **Folha de Tarefas e Objetivos** (Anexo C): Documento desenvolvido para que o paciente descreva cada dia de exposição ao vivo em seu carro, tanto às Etapas da Tarefa como aos Objetivos. Foi desenvolvido tomando como base a análise funcional por meio da tríplice contingência. Nesta ficha, o paciente preenche os campos de data, tarefa proposta, emoções antes/durante/depois e dificuldades técnicas. Para esta pesquisa, a Folha de Tarefa forneceu dados relacionados ao momento em que as iniciou e a quantidade de objetivos alcançados, possibilitando agrupar os pacientes entre Sucesso e Insucesso.

4) **Lista de Objetivos** (Anexo D): Documento onde os pacientes listam locais (ao menos 10) que desejam chegar dirigindo. Esta lista é organizada hierarquicamente. Para esta pesquisa, este documento forneceu a quantidade de objetivos alcançados.

4.4 Procedimentos

Foram desenvolvidos formulários para coleta de dados, com base nos prontuários físicos existentes, no sistema Research Electronic Data Capture (REDCap) que se encontra hospedado no servidor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O REDCap é um software baseado na web, desenvolvido pela Vanderbilt University (EUA) e que apresenta funcionalidades como: coleta eletrônica de dados, gerenciamento de dados e gerenciamento de fluxo dos estudos. É um banco de dados que atende às políticas internacionais de privacidade e segurança na área da saúde. Neste estudo, foram utilizadas as ferramentas de coleta, armazenamento e exportação dos dados.

Após o desenvolvimento dos formulários, os prontuários foram cadastrados no REDCap e exportados ao Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) para análise dos dados.

Os formulários de pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com Carteira Nacional de Habilitação validada, que buscaram ajuda espontaneamente para realizarem o tratamento oferecido pela Clínica Escola Cecilia Bellina (empresa que atende pessoas com insegurança, medo e fobia de dirigir) e que deram o encerramento do tratamento por meio dos desfechos de Sucesso/Alta ou Insucesso/Desistência foram cadastrados e analisados.

Os prontuários, que serviram de base para este estudo, foram analisados da forma como segue:

1ª fase: Todos os prontuários (n 1.640), independente do sexo e dos desfechos, para levantamento do perfil geral da amostra; e

2ª fase: Foram excluídos os prontuários pertencentes ao sexo masculino ou com informação de gênero ausente (n 99), totalizando 1.541 prontuários agrupados nos desfechos:

1. Sucesso/Alta, com tratamento considerado finalizado pelo cumprimento de seis objetivos ou mais.

2. Insucesso/Desistência, com tratamentos interrompidos nas Etapas de Reaprendizagem, Enfrentamento, Tarefas ou Objetivos em até cinco deles.

4.5 Análise Estatística

A análise estatística dos dados foi realizada nas seguintes etapas:

1. Análise descritiva dos dados considerando:
   a. A amostra total de prontuários;
   b. A amostra pertencente ao Desfecho Sucesso/Alta; e
   c. A amostra pertencente ao Desfecho Insucesso/Desistência.
2. Análise Univariada de comparação de grupos:
   a. Para os dados qualitativos, a comparação foi feita pelo Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher; e
   b. Para os dados quantitativos a comparação foi feita por Teste T (caso a variável testada possuísse normalidade) ou Teste não Paramétrico (caso a variável não apresentasse normalidade).
3. Análise Multivariada, por meio de Regressão Logística, para avaliar a presença de diferenças no perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes que pertencem a cada Desfecho, com o propósito de verificar as variáveis que melhor explicariam o Insucesso. A medida de associação calculada, com o modelo logístico, foi o Odds Radio, com IC de 95%, considerando as variáveis com P<=0,005.

4.6 Desfecho primário

Foram utilizados os dados obtidos a partir dos prontuários dos pacientes que tiveram o Desfecho Sucesso/Alta.

4.7 Desfecho secundário

Como medida secundária foram usados os dados obtidos a partir dos prontuários dos pacientes que tiveram o Desfecho Insucesso/Desistência como base de comparação dos grupos a partir dos seguintes grupos de variáveis: Dados sociodemográficos; Dados da Carteira Nacional de Habilitação; Dados sobre História na Direção; Dados sobre Saúde Física e Mental e Dados sobre os Enfrentamentos.

4.8 Considerações éticas

Os dados dos prontuários foram cadastrados no Research Electronic Data Capture por psicólogos e estudantes de Psicologia devidamente treinados para manipulá-los.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 09/09/2015, sob o Protocolo 363/15, sendo o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dispensado pelo mesmo.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Descrição da população selecionada:

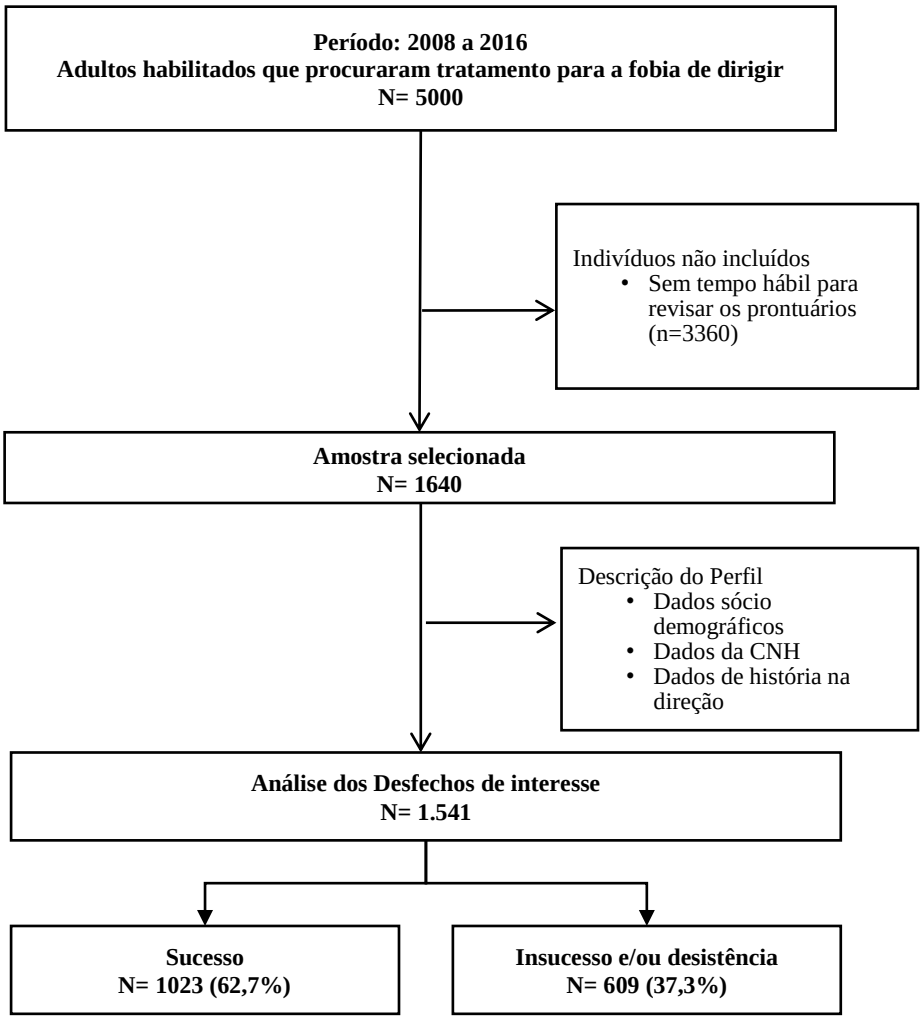


Figura 12 - Composição da população

5.1 Análise retrospectiva das características da amostra geral no momento da busca por tratamento psicoterápico

Nos dados da Tabela 1 observamos que a idade média das pessoas que procuraram ajuda para tratar o medo de dirigir foi 41,27 anos (DP=11,498), a da idade da aquisição da primeira habilitação foi 28,77 anos (DP=9,784), o tempo médio de posse da CNH foi 12,45 anos (DP= 9,353) e o período sem dirigir até a busca de ajuda foi 42,39 meses (DP= 63,641).

Tabela 1 - Idade no início, idade da primeira CNH, tempo de CNH e tempo sem dirigir no início do tratamento

Variáveis	Média	DP	IC	Mediana	Variância	EP
Idade (anos)	41,27	11,49	40,71-41,83	39,37	132,21	0,28
Idade em que tirou a CNH (anos)	28,77	9,78	28,29-29,25	26,65	95,73	0,24
Tempo de CNH (anos)	12,45	9,35	11,99-12,91	10,66	87,47	0,23
Tempo sem dirigir até o tratamento (meses)	42,39	63,64	39,24-45,54	12	4050,15	1,60

CNH: Carteira Nacional de Habilitação; DP=Desvio-Padrão; EP=Erro-Padrão; IC=Intervalo de Confiança

Quanto às características sociodemográficas, houve predomínio do sexo feminino (94%) e de nascidos na região Sudeste (82,3%). 50% da amostra eram casados e 67,6% tinham nível superior. Considerando as áreas de trabalho encontramos 28% exercendo funções administrativas, 12,6% na área da saúde, 12,5% na área de educação/artes, 8,4% sendo donas de casa, 6,2% aposentados, 5,3% na área de vendas e os outros 27% distribuídos em outras áreas (Anexo E).

Em relação aos dados sobre a retomada da direção veicular e, quando considerados os motivos que levaram as pessoas a buscarem ajuda (Anexo F), observamos que 44,4% percebiam a existência do medo de dirigir como patológico, admitindo que não conseguiriam voltar a conduzir um veículo automotor sem ajuda de um profissional especializado. Os outros motivos relatados foram: necessidade (10,9%), dependência do outro (9,7%), dificuldades técnicas (8,2%), vontade (4%),

medo de cometer erros ou ser criticado (0,9%) e outros motivos não especificados (22%).

Os objetivos (Anexo G) para o retorno à direção veicular seriam: executar atividades de lazer (50,1%), trabalhar (42,9%), ir às compras de produtos básicos (42,3%), deslocamentos para casas de parentes (35,2%), fazer uso do veículo sem restrições (24,8%), realizar deslocamentos para médicos/hospitais (17,8%), assumir a responsabilidade por afazeres diários (10,4%), levar filhos à escola (10,1%), autonomia (8%) e outros (2%).

Quando analisados os pensamentos presentes quanto à impossibilidade de dirigir em função do medo, percebemos cognições relacionadas à incompetência (50,4%), frustração (47,7%) e indiferença (2,2%).

Quanto aos dados sobre a aquisição da Carteira Nacional de Habilitação aos 18 anos, a amostra revelou que os serviços de uma autoescola não foram procurados, nessa idade, por falta de oportunidade (37,7%), por não sentir falta (32,9%), por não priorizar a ação (22,8%) e por medo (6,7%).

As dificuldades técnicas e os sintomas fisiológicos apontados estão descritos nos dados da Tabela 2.

As principais dificuldades técnicas apontadas foram: falta de controle do veículo nas subidas (47,7%); manobras que incluem estacionamentos em faixa, baliza, marcha a ré e retornos em vias bloqueadas (39,6%); troca de marcha (32,6%); noção de espaço (22,8%); controle dos pedais (21,8%) e outros.

Para os sintomas fisiológicos, apontados por 93,4% da amostra, encontramos: tensão muscular (68,4%); sudorese (60,9%); taquicardia (50%); tremores (47,1%), calafrios e ondas de calor (29,1%), boca seca (27,4%), esquecimento (24,5%), medo de perder o controle (18,5%), desconforto abdominal (18%), choro (16%) e outros.

Tabela 2 - Autopercepção das dificuldades técnicas e reações fisiológicas na direção veicular antes do início do tratamento

Varáveis	N	%
Dificuldade técnicas:		
Trânsito	117	7,1
Subida	778	47,7
Controle dos pedais	358	21,8
Medo de acidentes	20	1,2
Chuva	8	0,5
Noite	3	0,2
Velocidade	33	2
Violência	1	0,1
Controle geral do carro	79	4,8
Medo de machucar alguém	28	1,7
Causar danos materiais	17	1
Medo da crítica do outro	4	0,2
Medo de errar	20	1,2
Alinhamento	64	3,9
Curvas	89	5,4
Noção de espaço	374	22,8
Manobras	649	39,6
Troca de marcha	534	32,6
Tudo	180	11
Reações fisiológicas		
Sim	1482	93,4
Não	104	6,6
Quais?		
Tensão muscular	1122	68,4
Taquicardia	820	50
Sudorese	998	60,9
Tremores	772	47,1
Boca seca	449	27,4
Enurese	235	14,3
Tontura	67	4,1
Falta de ar	106	6,5
Calafrios/calor	477	29,1
Desconforto abdominal	296	18
Esquecimento	401	24,5
Choro	262	16
Desconforte no peito	165	5
Formigamento	82	5
Medo de perder o controle	303	18,5
Medo de morrer	145	8,8
Rubor	267	16,3

No que se refere aos dados sobre a Carteira Nacional de Habilitação, os resultados mostraram que 97,1% buscaram uma carteira da habilitação de Categoria B (direção de veículo motorizado cujo peso bruto total não excedesse a três mil e quinhentos quilogramas e cuja lotação não excedesse a oito lugares, excluído o do motorista); 84,8% tiveram suas primeiras orientações técnicas em uma autoescola; 55,9% avaliaram o aprendizado recebido como sendo razoável ou ruim; 52,2% realizaram apenas um exame prático e 68,5% não buscaram vantagens para aprovação no exame por meio financeiro ilegal (Anexo H).

Os resultados mostraram que 97,3 da amostra mantinha sua CNH dentro do prazo de validade e 75% mantinha um veículo na garagem a sua disposição.

Os dados da Tabela 3 apresentam os resultados das experiências da direção veicular após a aquisição da CNH, abordando as vivências aversivas com acidentes de diversos tipos com o paciente como motorista e passageiro. Há dados, ainda, sobre outras situações relacionadas.

Tabela 3 - Dados sobre o histórico na direção veicular

Varáveis	N	%
O que fez após tirar a CNH?		
Dirigiu pouco	1084	67,6
Não dirigiu	521	32,4
Sofreu algum acidente como motorista?		
Sim	821	51
Não	788	49
Que tipo de acidente sofreu como motorista?		
Pequena avaria	477	29,1
Colisão sem vítima	337	20,5
Colisão com vítima (paciente)	8	0,5
Colisão com vítima (terceiro)	8	0,5
Vítima fatal	1	0,1
Sofreu acidente como passageiro?		
Sim	831	51,9
Não	771	48,1
Que tipo de acidente sofreu como passageiro?		
Pequena avaria	211	12,9
Colisão sem vítima	527	32,1
Colisão com vítima (paciente)	46	2,8
Colisão com vítima (terceiro)	53	3,2
Vítima fatal	8	0,5
Presenciou algum acidente?		
Sim	571	36,1
Não	1009	63,9
Perdeu alguém em acidente de carro?		
Sim	558	35,2
Não	1029	64,8
Foi atropelado?		
Sim	177	11,2
Não	1401	88,8

Os dados sobre os modelos parentais na direção veicular mostraram que 62,5% da amostra tiveram pais motoristas e 81,2% tinham mães que não dirigiam. As justificativas para a não direção das mães estavam relacionadas à falta de oportunidade, medo e impedimento dos maridos.

Os resultados sobre a história de saúde física e mental estão expostos nos dados da Tabela 4 e indicaram que a maioria das pessoas estudadas não tinham doenças. Também foram levantados os dados referentes aos diagnósticos existentes, uso de medicamentos, saúde familiar e presença de outros quadros fóbicos.

Tabela 4 - Dados sobre saúde física e mental

Varáveis	N	%
Doença física		
Sim	603	38
Não	1023	62
Sistema		
Pele, pelos, unhas e glândulas	21	1,3
Esquelético	77	4,7
Articular	25	1,5
Muscular	12	0,7
Cardiovascular	214	13
Respiratório	79	4,8
Digestório	66	4
Urinário	10	0,6
Genital	31	1,9
Nervoso	87	5,3
Endócrino	130	7,9
Linfático	7	0,4
Diagnóstico psiquiátrico		
Sim	285	17,7
Não	1328	82,3
Tipo *		
Transtornos Psicóticos	3	0,2
Transtorno Bipolar e relacionados	8	0,5
Transtornos Depressivos	147	9
Transtornos Ansiosos	100	6,1
Transtorno Obsessivo Compulsivo e relacionados	9	0,5
Transtornos relacionados a Trauma e Estressores	8	0,5
Transtorno de Sintomas Somáticos e relacionados	2	0,1
Transtornos Alimentares	5	0,3
Transtornos Neurocognitivos	8	0,5
Transtornos de Personalidade	1	0,1
O problema foi ou é tratado?		
Sim	212	91
Não	21	9
Uso de medicamento		
Sim	738	46
Não	866	54

continua

Tabela 4 - Dados sobre saúde física e mental (conclusão)

Varáveis	N	%
Tipo de medicamento		
Pele, pelos, unhas e glândulas	27	1,6
Esquelético	60	3,7
Articular	9	0,5
Muscular	10	0,6
Cardiovascular	237	14,5
Respiratório	30	1,8
Digestório	45	2,7
Urinário	7	0,4
Genital	53	3,2
Nervoso (psiquiátrico)	178	10,9
Endócrino	172	10,5
Linfático	6	0,4
Problemas psiquiátricos na família		
Sim	906	58
Não	655	42
Nível de parentesco		
Pais	428	26,1
Irmãos	301	18,4
Avós	93	5,7
Filhos	32	2
Outros	316	19,3
Outras fobias		
Sim	1594	99,2
Não	13	0,8
Quais		
Altura	507	30,9
Avião	204	12,4
Elevador	154	9,4
Metrô	61	3,7
Escuro	182	11,1
Injeção/agulha/sangue	276	16,8
Água	475	29
Tempestade	254	15,5
Escrever em público	92	5,6
Insetos/animais	811	49,5
Médico/dentista	185	11,3
Sentir dor	268	16,3
Claustrofobia	311	19
Falar em público	659	40,2
Multidão/espaços abertos	332	20,2
Errar	1239	75,7
Morrer	377	23
Sentir medo	484	29,5
Exames	157	9,6

*Conforme o DSM-5

Os dados sobre busca de ajuda anteriormente ao tratamento realizado mostraram que 56% da amostra já haviam tentado voltar a dirigir por meio de um instrutor de direção veicular; 5,7% recorreram a parentes ou amigos e apenas 2,4% haviam procurado ajuda psicológica.

Outros dados coletados foram sobre lateralidade, tabagismo, etilismo, habilidades de nadar/andar de bicicleta e tolerância para passar por aprendizados que exigem tempo para a finalização estão expostos na Tabela 5.

Tabela 5 - Lateralidade, tabagismo, uso de bebida alcoólica, habilidades para nadar e andar de bicicleta, tolerância

Variável	N	%
Lateralidade		
Direita	1521	93,8
Esquerda	96	5,9
Ambidestro	4	0,2
Tabagismo		
Sim	122	7,6
Não	1482	92,4
Consumo de bebida alcoólica		
Não	750	47,2
Raramente	81	5,1
Socialmente	757	47,7
Sabe nadar		
Sim	718	45
Não	878	55
Sabe andar de bicicleta		
Sim	1069	67,1
Não	524	32,9
Tolerância para aprendizados que demandam tempo		
Desiste	151	19,7
Persiste	544	90,8

5.2 Análise dos dados de comparação entre os grupos Sucesso e Insucesso

Os resultados desta etapa correspondem à análise de 1.541 prontuários da amostra, tendo sido excluídos os pacientes do sexo masculino.

Foram analisados os índices de abandono (dropout), fases em que ocorreram e as diferenças estatisticamente significativas entre os grupos divididos pelos Desfechos Sucesso/Alta e Insucesso/Desistência.

Os resultados dos desfechos alcançados a partir da intervenção psicoterápica, mostraram que 62,7% da amostra obtiveram sucesso no tratamento, inserindo os veículos em suas vidas e controlando a fobia de dirigir.

Quando analisados os tempos médios de exposição (horas passadas dentro do veículo da clínica), percebeu-se que os pacientes levaram 28,18 horas (DP=14,315) para entrada na Etapa de Tarefas (momento de preparo técnico e emocional para a direção no carro do paciente); 46,6 horas (DP=21,378) para alcançar o desfecho Sucesso e 22,45 horas (DP=21,551) para o desfecho Insucesso, mostrando que o abandono do tratamento acontece na metade do tempo necessário para a obtenção da alta, conforme os dados da Tabela 6.

Tabela 6 - Horas de Exposições ao vivo realizadas

Tempos	Média	DP	IC	Mediana	Variância	EP
Exposições até a Etapa Tarefa	28,15	14,31	27,25-29,04	25	204,90	0,45
Exposições até a Desistência	22,45	21,55	20,69-24,21	17	464,45	0,89
Exposições até a Alta	46,6	21,37	45,29-47,91	43	457,03	0,66

Os resultados indicaram, ainda, que 39,5% dos pacientes do grupo Sucesso alcançaram entre nove e 10 objetivos; 17% mais de 10 e 13,3% entre seis e oito.

Considerando os resultados dos pacientes que abandonaram o tratamento, observou-se que 54,6% fizeram-no na Etapa do Enfrentamento, 19% na Etapa de Reaprendizagem, 14,2% nas Tarefas e 6% nos Objetivos (até cinco).

Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas quanto a idade de aquisição da CNH, tempo de CNH, tempo sem dirigir até o início do tratamento e tempo levado para o final do tratamento.

Percebeu-se que as pessoas do grupo Insucesso adquiriram a CNH mais tardiamente (média de 29,63 anos; DP=10,345), com menor tempo de CNH (média de 12,10 anos, DP=9,566) e permaneceram mais tempo sem dirigir (média 46,15 meses; DP=65,324) do que as pessoas do grupo Sucesso. Tais resultados indicaram que a aquisição tardia da CNH e o tempo de afastamento da direção veicular, após a habilitação, aumentariam as chances de abandono do tratamento (Tabela 7).

Tabela 7 – Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis de idade no início do tratamento, idade da primeira CNH, tempo de CNH, tempo sem dirigir e tempo para encerramento do tratamento, entre os grupos Sucesso e Insucesso

Tempos		Sucesso	Insucesso	P
Idade no início do tratamento (anos)	Média	41,37	42,03	
	Desvio-Padrão	11,22	11,87	0,28
Idade em que tirou a CNH (anos)	Média	28,6	29,63	
	Desvio-Padrão	9,42	10,34	0,02
Tempo de CNH (anos)	Média	12,86	12,10	
	Desvio-Padrão	9,23	9,56	0,04
Tempo sem dirigir até o tratamento (meses)	Média	40,23	46,15	
	Desvio-Padrão	62,69	65,32	0,01
Tempo para o fim do tratamento (meses)	Média	12,58	6,61	
	Desvio-Padrão	6,22	7,24	0,00

A análise em relação às características sociodemográficas mostrou diferença estatisticamente significativa, entre os grupos, com relação à região de nascimento, estado civil, escolaridade e ocupação.

Estes resultados indicaram que pessoas nascidas na região Sul (p=0,042), divorciadas/separadas (p=0,036) e com ocupações categorizadas como trabalhos

braçais ou com maior demanda física teriam maiores chances de abandonar o tratamento. Os resultados indicaram, ainda, que o nível educacional alto (p=0,049) e o exercício de funções administrativas aumentariam a probabilidade de se obter sucesso no tratamento aplicado (Anexo I).

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa quanto ao motivo para busca de tratamento. O grupo Insucesso apresentou mais sentimentos de medo e insegurança em relação ao grupo Sucesso (p=<0,001).

Outro resultado estatisticamente significativo diz respeito aos objetivos com o uso do automóvel. O grupo Insucesso mostrou que autonomia (p=<0,001) e liberdade (p=0,004) seriam fatores importantes na direção, já o grupo Sucesso apontou que a importância do veículo estaria mais associada à realização de afazeres diários (p=0,014), indicando que este grupo considera mais as facilidades que o veículo proporciona na rotina do que os sentimentos envolvidos na direção (Anexo J).

Os dados sobre a autopercepção (sentimentos) relacionada ao comportamento de dirigir não mostraram diferenças estatisticamente significativas (Anexo K).

Os resultados das variáveis que justificariam a demora por adquirir a CNH, mostraram diferenças estatisticamente significativas na percepção da presença de medo no grupo Insucesso e na percepção de “não sentir falta de um veículo” no grupo Sucesso (p=0,042).

Os resultados de comparação entre os grupos mostraram diferenças estatisticamente significativas em relação à percepção das dificuldades técnicas na direção, onde o grupo Sucesso percebia dificuldades relacionadas ao controle dos pedais (p=0,026), alinhamento (p=0,044), noção de espaço (p=0,011) e manobras (p=0,008).

Quanto à percepção de reações fisiológicas em função do comportamento de dirigir, os resultados indicaram que o grupo Sucesso apresentava mais tensão muscular (p= 0,001), enurese (p=0,017), calafrios ou ondas de calor (p=0,000), medo de perder o controle (p=0,005), medo de morrer (p=0,03) e rubor (p=0,019) (Anexo L).

Os dados sobre a Carteira Nacional de Habilitação não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para categoria da CNH, local de realização da primeira instrução veicular, avaliação das aulas na autoescola, número de exames práticos realizados, pagamento indevido para aquisição da CNH, validade do documento e propriedade de um veículo (Anexo M).

Em relação às experiências na direção após a aquisição da CNH, considerando vivências de acidentes automobilísticos como motoristas, os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas para mais acidentes caracterizados como de pequena avaria (p=<0,001) no grupo Sucesso e maior vivência de acidentes com colisões sem vítimas (p=0,007) no grupo Insucesso.

Como passageiros as diferenças estatisticamente significativas foram encontradas para as variáveis pequena avaria no grupo Sucesso (p= 0,001) e colisão com vítima que envolvia um terceiro no grupo Insucesso (p=<0,001).

Os resultados relacionados a outras experiências, como presenciar algum tipo de acidente, perder alguém em acidente automobilístico ou ser atropelado não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Anexo N).

Os dados sobre modelos parentais na direção veicular mostraram diferença estatisticamente significativa em relação ao modelo de mãe enquanto motorista. Os resultados indicam que o grupo Insucesso tem mais mães que dirigem em relação ao grupo Sucesso (p=0,049).

Em relação a saúde física e mental, os dados da comparação entre os grupos mostraram diferenças estatisticamente significativas referentes a doenças do sistema nervoso e endócrino; o grupo Insucesso apresentou mais doenças do sistema nervoso (p=0,005) e o grupo Sucesso do sistema endócrino (p=0,021).

Houve diferença estatisticamente significativa no tipo de diagnóstico psiquiátrico, indicando que o grupo Insucesso apresentou mais diagnóstico de Transtornos Ansiosos (p=0,003).

No que refere ao uso de medicação, diferenças estatisticamente significativas foram relacionadas ao maior uso de medicamentos do sistema esquelético pelo grupo

Sucesso (p=0,002) e maior uso de medicamentos do sistema nervoso pelo grupo Insucesso (p=0,004).

Os resultados relacionados à família com problemas psiquiátricos mostraram diferenças estatisticamente significativas quanto ao diagnóstico dos filhos das pessoas do grupo Insucesso (p=0,009).

Quanto à presença de outras fobias, a comparação entre os grupos mostrou diferenças estatisticamente significativas, indicando que o grupo Insucesso possuía mais fobias que o grupo Sucesso (p=0,038). Quando relacionados os tipos de fobias, o grupo Insucesso se descreveu como mais fóbico para insetos e animais (p=0,047), falar em público (p=0,020), medo de errar (p=0,008) e de vir a sentir medo (p=0,007) (Anexo O).

Os dados sobre busca de ajuda para voltar a dirigir antes do início do tratamento não mostraram diferenças estatisticamente significativas.

Em relação aos outros dados coletados, os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas quanto a tabagismo, natação e tolerância a processos de longa duração. Estes dados indicaram que as pessoas pertencentes ao grupo Insucesso fumavam mais (p=0,003), sabiam nadar menos (p=0,017) e tendiam a desistir de processos que levariam muito tempo para serem terminados (p=0,001).

5.3 Análise Multivariada

Para a realização da análise multivariada, utilizou-se o critério P<=0,005.

Os dados das Tabelas abaixo mostram, após a aplicação do modelo de Regressão Logística, as variáveis que melhor explicariam os desfechos Sucesso e Insucesso na amostra.

Os resultados indicaram que as pessoas que adquirem a CNH mais jovens; envolvem-se (como motorista) em acidentes de pequena avaria; apresentam mais dificuldades relacionadas a manobras e se disponibilizam a ficar mais tempo em tratamento teriam maiores chances de obterem o Sucesso no tratamento (Tabela 8).

A análise dos resultados da Tabela 9 mostrou que as pessoas que tiram mais tardiamente a CNH, tem dificuldades técnicas não relacionadas a manobras, vivenciaram acidentes mais graves do que os de pequena avaria e não se disponibilizam a dispender tempo para a realização de um tratamento, teriam maiores chances de desistirem do tratamento.

Tabela 8 - Análise multivariada para o desfecho Sucesso

Parâmetro	B	EP	95% Intervalo de Confiança de Wald		Teste de hipótese			Exp(B)	95% Intervalo de Confiança de Wald para Exp(B)	
			I	S	X^2	gl	Sig.		I	S
Idade da primeira habilitação	-0,030	0,0065	-0,042	-0,017	20,759	1	0,000	0,971	0,959	0,983
Tempo para o fim do tratamento	0,190	0,0126	0,165	0,215	228,655	1	0,000	1,209	1,180	1,239
Dificuldade técnica: manobras/estacionar	0,279	0,1247	0,034	0,523	4,996	1	0,025	1,321	1,035	1,687
Acidente como motorista: pequena avaria	0,449	0,1364	0,181	0,716	10,823	1	0,001	1,566	1,199	2,046

Tabela 9 - Análise multivariada para o desfecho Insucesso

Parâmetro	B	EP	95% Intervalo de Confiança de Wald		Teste de hipótese			Exp(B)	95% Intervalo de Confiança de Wald para Exp(B)	
			I	S	X^2	gl	Sig.		I	S
Idade da primeira habilitação	0,030	0,0065	0,017	0,042	20,759	1	0,000	1,030	1,017	1,043
Tempo para o fim do tratamento	-0,190	0,0126	-0,215	-0,165	228,655	1	0,000	0,827	0,807	0,848
Dificuldade técnica: manobras/estacionar	0,279	0,1247	0,034	0,523	4,996	1	0,025	1,321	1,035	1,687
Acidente como motorista: pequena avaria	0,449	0,1364	0,181	0,716	10,823	1	0,001	1,566	1,199	2,046

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A Fobia Específica de Dirigir é um quadro que prejudica as pessoas em relação à mobilidade impedindo as facilidades no cumprimento da rotina. Taylor et al. (2007), mostram que 96% do grupo de fóbicos consideravam que não dirigir interferia em suas vidas. O medo de dirigir causaria, ainda, sofrimento físico (sintomas fisiológicos) e emocional, pois as cognições associadas à evitação desse comportamento são, conforme este estudo, de incapacidade, incompetência, frustração e menos valia.

Lidamos com uma fobia de adultos, já que o comportamento de dirigir só pode ser emitido após os 18 anos. Assim, preocupações relativas à vida adulta, como receio de se expor, vergonha, culpa e antecipação das consequências de um comportamento mal emitido (machucar alguém, machucar-se e provocar danos materiais) são presentes.

Os dados utilizados neste estudo advêm de minha atuação profissional, desde 1997, e compõem uma amostra maior. Todas as pessoas desta amostra passaram pelo mesmo protocolo de tratamento e o diagnóstico foi feito a partir das queixas espontâneas de quem procurou ajuda psicoterápica para voltar a dirigir. Os critérios de elegibilidade destes pacientes (possuir Carteira Nacional de Habilitação validada, apresentar a queixa de sofrimento e/ou evitação do comportamento de dirigir e aceitar a intervenção proposta) permitiram a formação de um grupo homogêneo no que diz respeito ao diagnóstico da Fobia Específica de Dirigir.

Trata-se de uma pesquisa que utilizou dados secundários de prontuários encerrados. Tais dados são uteis para avaliar o uso e a efetividade de uma intervenção (Hulley, 2015), onde a efetividade avalia se uma intervenção funciona no mundo real, já que o paciente se encontra no ambiente e responde de forma natural (Nobre et al., 2004). Fletcher et al. (2014), ao falar sobre efetividade, mostram a importância de saber se os tratamentos funcionam em circunstâncias normais: os pacientes seguirão o tratamento proposto em sua totalidade?; abandonarão o

processo?; buscarão outras formas de intervenção?; complementarão o tratamento principal?; o corpo clínico e as instalações seriam adequados?

Ressaltamos que este estudo não avaliou a eficácia da intervenção aplicada, mas utilizou os dados dos pacientes que passaram por ela com a finalidade de levantar os perfis sociodemográfico e clínico dos mesmos, tanto relacionados às características gerais como às características que diferenciariam os desfechos (sucesso e insucesso).

A análise dos perfis foi feita em dois momentos: perfil geral da amostra e, posteriormente, comparou-se as variáveis, a partir da separação pelos grupos Sucesso e Insucesso, onde foram considerados apenas os formulários pertencentes a pessoas do sexo feminino.

6.1 Caracterização do Material

6.1.1 Características sociodemográficas da amostra total

Foram encontradas semelhanças, em relação a outros estudos, relacionadas a sexo (feminino), estado civil (casados), escolaridade (superior) e ocupações de cargos administrativos (Mathew et al., 1982; Munjack, 1984; Ehlers et al., 1994; Taylor et al., 1999; Taylor, 2000; Taylor et al.; 2007; Taylor et al., 2007; Taylor; Paki, 2008; Taylor et al., 2010; Taubman-Bem-Ari, 2012; Cantini et al., 2013 e Costa et al., 2014). Não foi possível comparar os resultados relacionados à região de nascimento por se tratar de uma pesquisa local, onde a maioria da amostra havia nascido na região Sudeste, fato que pôde estar relacionado a localização das clínicas que ofertavam os serviços.

Em relação a outros estudos, encontramos diferenças quanto a idade e tempo de habilitação. Nossa amostra tinha, em média, 41,27 anos no momento da busca pelo tratamento e 12,45 anos, em média, de tempo de habilitação. As médias de

idades em outros estudos variaram de 42,60 até 48 anos (Ehlers et al., 1994; Costa et al., 2014; Taylor et al., 2007; Cantini et al., 2013). Quanto ao tempo de posse da CNH observamos que em Costa et al. (2014), as pessoas tinham 10,09 anos, em Taylor et al. (2007) 21,54 anos e em Cantini et al. (2013) entre 0 e 5 anos. Analisando os dados acima podemos inferir que as diferenças aconteceram em função dos perfis das amostras, onde a desta pesquisa dizia respeito a uma população procurando tratamento a fim de superar a fobia, e as de outros estudos foram formadas por pessoas que se prontificaram a participar de uma pesquisa, sem seguir um tratamento posteriormente.

Os resultados referentes à idade de aquisição da CNH (média de 28,77 anos) e tempo de afastamento do comportamento de dirigir (média de 42,39 meses) não puderam ser comparados com os estudos citados, pois não foram explorados.

Obter a CNH mais tardiamente (em média 10 anos após a permissão legal) poderia ser explicado porque a pessoa que se reconhece com fobia de dirigir daria pouca importância à ação. Para esta amostra, a direção veicular não era colocada como prioridade, havendo falta de oportunidade, interesse ou dinheiro. Considerando que esta pesquisa analisou pessoas ansiosas seria de se esperar que haveria mais foco direcionado às conquistas de meios de sobrevivência (estudo, trabalho, casa, educação dos filhos, etc.) do que dirigir.

Neste estudo, os dados apresentados e que não foram encontrados em outras pesquisas podem se justificar porque as informações colhidas visavam ao levantamento de informações para aplicação de um futuro tratamento e sabemos que, para a realização de qualquer psicoterapia, é importante uma anamnese clínica detalhada. Tais achados disseram respeito à categoria da CNH, local da aprendizagem de direção, avaliação das aulas e do instrutor da autoescola, aprovação no exame prático, compra e validade da CNH.

Embora não seja possível comparar os resultados destas variáveis, podemos discuti-los a partir da experiência clínica. A categoria da habilitação (B) é a básica entre os tipos existentes, por isso, salvo aqueles que pretendam pilotar motos ou exercer atividade remunerada, a maioria é direcionada a ela.

Os resultados da avaliação da autoescola poderiam indicar que a primeira instrução técnica levaria as pessoas a sentirem-se inseguras quanto à ação, abandonando-a posteriormente. Os relatos dos pacientes atendidos apontaram o processo de aprendizado ocorrido na autoescola, como um dos fatores que contribuiriam para o afastamento da direção, por não ter sido adequado para proporcionar a percepção da plena capacidade de dirigir. Além disso, fez parte destes relatos a pouca habilidade e paciência dos instrutores para ensinar a técnica de dirigir.

Em nosso País, ainda se discute sobre a qualidade deste ensino: poucas aulas, instrutores mal preparados e possibilidade de suborno para adquirir o documento. Estes fatores poderiam indicar que a responsabilidade da autoescola estaria limitada apenas à obtenção da CNH e não à atuação do aprendiz de condutor após sua aquisição. Assim, ao aprendiz ficaria a sensação de não saber o suficiente.

Passar no exame prático costuma ser uma preocupação das pessoas desta amostra quando relatam sua história de aprendizagem. Ouvimos a respeito da ansiedade sentida pela ideia da avaliação. Desta forma, parte da amostra (47,8%) repetiu o exame, justificando a reprovação pelo nervosismo/ansiedade presentes. Infelizmente, em nosso País, há a cultura da obtenção da CNH por meio do pagamento irregular (suborno), garantindo a aprovação no exame prático, mesmo sem que a pessoa tenha condições técnicas. Da amostra, 31,5% propuseram ou foram convidados a pagar pela aprovação no exame prático. Ao questionarmos os motivos do pagamento, alegaram que seria uma forma de garantir melhor qualidade no desempenho, em função da diminuição da ansiedade diante do examinador. Pagar "para passar" teria mais a função de garantir tranquilidade do que obter o documento sem esforço.

Quanto aos 97,3% da amostra que mantiveram a CNH validada (gastando tempo e dinheiro para tal) e 75% que possuíam um veículo a sua disposição, pode-se inferir que haveria intenção de dirigir em algum momento da vida.

Para que as habilidades de dirigir desenvolvam-se, é necessário que o treino seja continuado após a aprendizagem da autoescola.

Gentile (1972) e Summers (1989), apud Marinovic e Freudenheim (2001), consideram que a aquisição de qualquer habilidade motora é feita a partir da prática constante, que vai da compreensão da relação meio-fim para o aperfeiçoamento da habilidade (passando pelos estágios do inexperiente, intermediário e avançado). Em nossa amostra, 67,6% reportaram dirigir pouco após a obtenção da CNH. Desta forma, podemos inferir que não houve tempo para que a habilidade motora de dirigir se desenvolvesse até chegar ao ponto avançado, onde os movimentos são automatizados e há a percepção de segurança em executar a ação.

Pelos relatos em sessão e com base em outros estudos, sabemos que essa população, além de mais ansiosa, percebe suas deficiências na habilidade motora acreditando que cometerá mais erros, levando-os ao medo de perder o controle do veículo e provocar acidentes que causariam ferimentos a si e a outras pessoas (Taylor et al., 2000b; Taylor et al., 2007; Clapp et al., 2011 e Cantini et al., 2013). Podemos, então, concluir que, para esta população quanto maior a percepção da capacidade motora menor a presença do medo.

Quanto às dificuldades técnicas, diversos trabalhos evidenciaram as mais frequentes, mostrando semelhanças com nossos achados. Neles, as pessoas apresentavam dificuldades relacionadas a manobras diversas, troca de marcha, noção de espaço e controle dos pedais. Em todos os casos, essas dificuldades geram insegurança na ação de dirigir (Mathew et al., 1982; Taylor et al., 2007; Taylor et al., 2007; Clapp et al., 2011; Cantini et al., 2013; Costa et al., 2014).

Ao consideramos estes resultados, poderíamos concluir que essas dificuldades estariam associadas ao posicionamento do veículo na pista, deixando a pessoa exposta a avaliação do outro e sendo percebida caso cometesse um erro. Aqui as cognições estariam presentes, com receios da crítica e da agressividade do outro, com medo de atrapalhar e com sentimentos de vergonha.

Encontramos em 93,4% da amostra relatos de reações fisiológicas ao dirigir e as mais presentes foram tensão muscular, sudorese, taquicardia, tremores e calor/calafrios. Este resultado assemelha-se aos achados de Cantini et al. (2013) que também descrevem tais reações. Outros estudos mostram que os fóbicos apresentavam mais sensações corporais desagradáveis e mais sintomas ansiosos,

durante a ação de dirigir do que os grupos controle (Ehlers et al., 1994; Costa et al., 2014).

Ao analisarmos os motivos para o abandono da direção veicular, após a obtenção da CNH, podemos considerar o sofrimento físico, por meio dos sintomas descritos acima, e a autoavaliação das habilidades técnicas como sendo deficitárias.

Os resultados referentes as queixas do paciente e que explicariam o afastamento da direção seriam o medo (44,4%) e a falta de prática (8,2%). Quando comparados os resultados sobre a evitação da direção, em função do medo, encontramos semelhança aos de Cantini et al. (2013). Mas, ao compararmos a falta de prática, o resultado diferencia-se, já que Cantini et al. (2013) mostram que 35,5% da amostra alegava que ela seria o motivo para não dirigir. Mais uma vez podemos analisar essa inconsistência porque nossa amostra teria mais consciência das dificuldades emocionais envolvidas, já que procurou um serviço de psicologia para resolução do problema. Outra questão a ser analisada é que boa parte desta amostra já tinha procurado outro tipo de ajuda (instrutores) e não alcançou os resultados esperados fortalecendo, talvez, a ideia de que o problema estaria mais relacionado às dificuldades emocionais do que às técnicas.

Comparando, ainda, os resultados aos de Cantini et al. (2013), os dados referentes aos motivos para voltar a dirigir mostraram-se semelhantes. Ambas pesquisas apontaram o deslocamento ao trabalho, mobilidade e necessidade como estímulos para o retorno à direção veicular.

Considerando as experiências aversivas na direção (acidentes), encontramos 51% da amostra tendo vivenciado, ao menos, um deles como motorista e 51,9% como passageiro.

Das pessoas que sofreram acidentes como motorista, mais vivenciaram acidentes de pequenas avarias no veículo. Considerando os que sofreram acidentes como passageiros, a maioria relatou ter sofrido colisão sem vítima.

A anamnese aplicada não teve uma pergunta que relacionava a vivência de acidentes com o início da fobia, mas os relatos da amostra, durante a psicoterapia, não os indicavam como fatores causais, corroborando outros achados, que mostraram uma baixa relação de causalidade entre a experiência de um evento traumático e a

origem da fobia de dirigir (Ehlers et al., 1994; Taylor et al., 1999; Cantini et al. 2013).

Considerando o papel da via indireta como uma das formas de aquisição de medo, nossos resultados mostraram que a maioria da amostra não relacionava o medo a esta via. Este dado pode ser considerado semelhante aos de Munjack (1984) e Cantini el al. (2013).

Não encontramos dados referentes ao histórico de saúde física/mental, como feito em nosso estudo. Os achados que puderam ser comparados são os relacionados ao diagnóstico e sintomas ansiosos. Mostramos que 5,3% da amostra tinham problemas relacionados ao sistema nervoso e, destes, a maioria tinha o diagnóstico de Transtorno de Humor, seguido por Transtorno de Ansiedade. Taylor et al. (2007) mostram que grande parte do grupo de fóbicos, preenchiam critérios para Transtornos de Ansiedade.

Embora nossa população não tenha relatado, em sua maioria, diagnósticos de Transtornos de Ansiedade, quase sua totalidade se descreveu como tendo outras fobias, mostrando certa semelhança com o estudo de Mathew et al. (1982). As fobias mais citadas foram: receio de errar, inseto/animais, falar em público, altura, vir a sentir ansiedade ou medo e água/nadar.

Outros dados não comparáveis foram os resultados referentes a diagnósticos psiquiátricos na família consanguínea. Nosso trabalho mostra que a maioria da amostra possuía familiares com tais diagnósticos, sendo mais presentes nos pais, seguidos por primos/tios e irmãos. Achamos possível inferir, a partir destes resultados, que parte de nossa amostra, caso viesse a procurar um psiquiatra, poderia receber o diagnóstico e, com isso, chegaríamos aos resultados de Taylor et al. (2007).

Ainda faltaram dados para comparar os resultados sobre a busca de ajuda para dirigir (a maioria da nossa amostra procurou um instrutor antes do tratamento), lateralidade, tabagismo, etilismo, engajamento em aprendizados semelhantes (nadar e andar de bicicleta) e modelos parentais na direção de um veículo.

A busca por um instrutor, como primeira opção, pode estar ligada à ideia de se ter medo apenas por inabilidade motora. Contudo, percebem no decorrer dos treinamentos oferecidos que não basta o trabalho motor, sem o foco nas cognições.

Percebemos que esta população procura os serviços de psicoterapia como última opção verbalizando, inclusive, que seria sua última tentativa.

Os resultados sobre tabagismo e etilismo assemelharam-se aos achados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, entre 2013 e 2014, que mostra que, no Brasil, há 16,2% de homens e 9,7% de mulheres que fumam diariamente e que 49,3% da população costumavam consumir bebida alcoólica, pelo menos, uma vez por semana.

A entrevista clínica realizada questionava a respeito do nadar e andar de bicicleta para analisar como essa população posicionava-se diante da aquisição de habilidades motoras consideradas similares em função dos aspectos relacionados à aprendizagem motora de longa duração, exposição social durante a aprendizagem e julgamento do desempenho/performance.

O resultado referente ao aprendizado de nadar pode indicar que esta ação seja mais próxima da ação de dirigir. Além disso, o medo de nadar também é considerado uma das fobias presentes. Seria possível, ainda, supor que ela é evitada pelos mesmos motivos do dirigir, afinal "saber nadar" compreende, assim como dirigir, uma variedade de habilidades, esforço de longa duração, capacidade de resolução dos problemas, aquisição de competências, compreensão dos princípios e regras relacionadas a eficácia do comportamento e consequências consideradas de risco (Gal, 1995 apud Silva, 2007).

A investigação sobre os modelos de motoristas na família (pai e mãe) teve como objetivo entender se estes poderiam exercer alguma influência na vontade de dirigir ou no desenvolvimento do medo. Nas sessões de psicoterapia em grupo, foram trabalhadas estas associações e os relatos da amostra indicaram mães que não dirigiam (mulheres distantes da direção de um veículo) por medo, falta de interesse, falta de oportunidade ou pelo impedimento dos maridos (pais). Estes dados sugeriram que o "mundo sobre rodas" pode ser visto como masculino e até machista e que haveria, além da falta de modelo, a ausência de incentivo por parte daqueles que possuíam um veículo (homens).

Em Costa et al. (2014) encontramos 37,5% da amostra com parentes diretos apresentando fobia de dirigir, mas, infelizmente, eles não discriminam o gênero nem

o nível de parentesco. A pesquisa de Ehlers et al. (1994) não corrobora estes achados, pois seus dados mostraram que o grupo fóbico não tinha menos modelos de direção.

Abordar as cognições associadas ao medo de dirigir é importante, pois estas pessoas sentem-se minimizadas, incompetentes e frustradas diante daqueles que dirigem. Em minha experiência clínica, é comum ouvir que há uma incompreensão social em relação a este medo, com pouco apoio à busca de tratamento. Além disso, o tratamento não é compreendido pela maioria das pessoas que convivem com os pacientes. Para elas, trata-se de um serviço desnecessário e caro, já que dirigir seria, somente, uma questão de "pegar a chave e sair". Comodismo, preguiça, covardia e tolice são comumente associados às pessoas que verbalizam ter fobia de dirigir.

Durante as sessões de psicoterapia, são trabalhadas as cognições e sentimentos associados ao medo de dirigir e, nos relatos, encontramos semelhanças com os dados apontados por diversos estudos que mostraram preocupações sociais relacionadas à avaliação negativa dos outros, medo de errar, causar ferimentos e exposição a um ambiente cheio de variáveis e que exige adaptação comportamental rápida (Taylor et al., 2000; Taylor et al., 2007; Clapp et al., 2011; Cantini et al., 2013).

6.1.2 Análise das variáveis com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Sucesso e Insucesso

Ao separarmos a amostra estudada em grupos (Alta e Desistência), interessava-nos verificar o perfil das pessoas que não conseguiram finalizar o tratamento, analisando se as taxas de abandono estariam dentro do indicado pela literatura. Pensamos, ainda, se os resultados nos levariam a identificar as variáveis preditoras para o Desfecho Insucesso e se essas descobertas abririam possibilidades de identificação da pessoa que viria a abandonar o tratamento aplicado e a prevenção do quadro.

Os resultados relacionados às diferenças das variáveis entre os desfechos não puderam ser comparados com outros estudos. Os grupos desta pesquisa foram

formados a partir de uma população que procurou ajuda e que obteve os desfechos de alta ou desistência. Já, na literatura, as amostras eram de grupos fóbicos e não fóbicos selecionados, com critérios bem estabelecidos, a participarem das pesquisas que buscavam entender as características de quem tinha esta fobia (Mathew et al., 1982; Munjack, 1984; Ehlers et al., 1994; Taylor et al., 1999; Taylor, 2000; Taylor et al., 2006; Taylor et al., 2007; Taylor; Paki, 2008; Taylor et al., 2010; Cantini et al., 2013; Costa et al., 2014).

Os pacientes que abandonaram o tratamento correspondiam a 37,3% da amostra, mostrando que a taxa de abandono (dropout) é semelhante ao indicado pela literatura (Muñoz Marrón, 2004; Issakidis; Andrews, 2004; Sharf, 2009; Martin Alfonso; Grau Abalo, 2014).

Ao considerarmos os tempos que cada grupo se manteve no processo psicoterapêutico percebemos que os desistentes fizeram, em média, 22,45 horas de Exposição ao Vivo e os que concluíram levaram 46,6 horas. Assim, o tempo de permanência no tratamento, para os desistentes, é menos da metade em comparação aos que alcançaram a alta. Interromper o processo na metade do tempo necessário impossibilitaria o paciente de iniciar o treino em seu próprio veículo, já que a média de tempo para entrar na etapa das Tarefas é 28,15 horas de Exposição e, com isso, perceber sua capacidade e a eficácia do tratamento.

Outro dado relevante é o momento do abandono. Dentro do protocolo de atendimento, o maior número de abandonos aconteceu na Etapa do Enfrentamento, seguido pela Etapa da Reaprendizagem. Juntos, esses pacientes somariam 73,6% de abandono nas fases iniciais do processo. Tais resultados são semelhantes aos encontrados em outro estudo que apontou um maior índice de abandono nas fases iniciais dos tratamentos (Edlund et al., 2002).

Alguns estudos buscaram compreender as variáveis sociodemográficas que possibilitariam entender o abandono dos tratamentos psicoterápicos. Contudo não foram encontradas consistências nos resultados (Edlund et al., 2002; Muñoz Marrón, 2004; Roe et al., 2006; Benetti; Cunha, 2008; Agamez Patermina et al., 2008; Sharf, 2009; Swift; Greenberg, 2014; Alfonsson et al., 2016).

Em relação aos fatores que levariam as pessoas a abandonarem o processo psicoterapêutico encontramos, na literatura, justificativas como: características da personalidade, diagnósticos psiquiátricos, motivação, aliança e abordagem terapêutica, expectativas quanto ao tratamento, impulsividade, intervalo entre as sessões, pressão externa, insatisfação com o serviço, falta de dinheiro, descrença no tratamento e fatores relacionados às crenças de melhora, com cumprimento de metas parciais (Edlund et al., 2002; Muñoz Marrón, 2004; Roe et al., 2006; Sharf, 2009; Alfonsson et al., 2016).

Em nosso estudo, não temos dados quantitativos relacionados aos motivos do abandono. As informações passadas, via contato telefônico, mostraram que o abandono ocorreu por falta de condições financeiras, descrença do tratamento e cumprimento de metas parciais.

Quando analisados os motivos referentes ao cumprimento de metas parciais, nossos dados podem ser considerados semelhantes a outros estudos que mostraram que o desligamento estaria ligado à crença de melhora, com cumprimento parcial das metas preestabelecidas. Em nossa amostra, 13,3% interromperam o processo entre seis e nove objetivos, pois consideravam o carro inserido na rotina e já não viam necessidade de ajuda profissional. Este resultado levou a clínica, que oferecia o tratamento a rever os critérios de alta, no ano de 2007, criando subgrupos de seis a oito e de nove a dez objetivos sendo, ambos, considerados pacientes de alta.

Uma de nossas hipóteses estava ligada aos fatores que poderiam predizer os desfechos, mais especificamente o desfecho Insucesso. Os resultados que se mostraram significativos indicaram que:

Adiar a aquisição da CNH, ter o documento há pouco tempo e não treinar ou treinar pouco levariam mais à interrupção precoce do tratamento. Pode-se inferir que o não interesse pelo ato de dirigir, as cognições sobre as dificuldades técnicas, as crenças voltadas à sensação de incapacidade e as percepções de risco estavam mais ativadas no grupo Insucesso, fazendo com que o tratamento fosse mais sofrido.

Pessoas separadas, com ensino fundamental e que exercem atividades consideradas braçais também compuseram mais o grupo dos malsucedidos, podendo

sinalizar que este grupo contaria com menor suporte social e financeiro e, por isso, não se engajaria em tratamentos de longo prazo.

Aqueles que apresentam, espontaneamente, queixas de medo e insegurança como motivo para buscar ajuda psicoterápica, mostrando consciência de um maior sofrimento e apresentando aspectos mais emocionais (ideais de autonomia e liberdade) do que práticos (fazer uso do carro para facilitar a vida) também compuseram mais o grupo de insucesso. Talvez tais fatores indiquem uma idealização do carro, como um instrumento para melhora da autoestima. Sendo assim, o longo tempo para o aprendizado de dirigir acabaria gerando mais frustração, explicando a tendência de desistir de aprendizados que levariam tempo para serem automatizados.

Ter sofrido um número maior de acidentes (leves) como motoristas ou como passageiros, quando da ocorrência de acidentes com vítimas, indicaria maior chance de abandono do tratamento. Considerando os acidentes ocorridos como motoristas, poderíamos supor que o afastamento seria mais pela percepção de incompetência do que pela gravidade do acidente. Pequenas colisões ou raladas, causadas por essas pessoas, seriam indicadores de inabilidade e, consequentemente, de uma percepção de que haveria uma situação de risco e perigosa. A ideia de prejudicar outras pessoas e a si mesmo seria, por si só, um impeditivo para continuar com os treinos. Quanto aos acidentes como passageiros, o impacto maior, para o grupo Insucesso, ocorreu com a experiência de um acidente com vítima. Esta condição nos leva a pensar que os acidentes que provocariam pequenas avarias e sem vítimas não teriam importância nem trariam desconforto porque a responsabilidade pelo ocorrido seria do outro. Já os acidentes que envolveriam vítimas provocariam um aumento de ansiedade em função da visualização de pessoas feridas e da projeção das consequências danosas do próprio acidente.

Pessoas com diagnósticos de Transtornos de Ansiedade, com parentes diagnosticados, que relatam mais fobias específicas de insetos/animais, falar em público e medo de errar/sentir medo e que fumam mais tenderiam a ser malsucedidos no tratamento. Estas variáveis indicariam que o grupo Insucesso teria ansiedade aumentada e mais preocupações sociais quando comparado ao grupo Sucesso. Outro

dado importante a ser discutido é que o grupo dos malsucedidos pareceu ter menor capacidade de discriminação dos próprios sintomas e dificuldades, indicando que há uma generalização destes aspectos. Já o grupo Sucesso tem mais clareza sobre suas dificuldades técnicas e sintomas físicos.

Considerando os resultados da Análise Multivariada, percebemos que a aquisição tardia da CNH, as dificuldades técnicas não relacionadas a manobras, as experiências de acidentes mais graves e a menor tolerância em permanecer em situações que demandem tempo para serem resolvidas, seriam as variáveis que melhor explicariam o abandono do tratamento ao qual o paciente desta pesquisa foi exposto.

Acreditamos que nossos achados apresentem algumas variáveis que possam ser consideradas preditoras para o insucesso do tratamento aplicado e indicariam, aos profissionais, desde a anamnese, quais pacientes teriam dificuldades no tratamento. Esta informação seria importante para introduzir no processo novas técnicas e formas de tratar, dentro do protocolo proposto, aumentando sua eficácia.

6.2 Considerações Finais

Responder sobre quem desenvolve a Fobia Especifica de Dirigir não é um trabalho fácil, tanto pelas dificuldades em se realizar o diagnóstico como pelos poucos estudos na área.

Este estudo apresentou discussões que se diferenciaram. Em um primeiro momento foi possível comparar os resultados com outros achados, mas no segundo os resultados foram únicos, abrindo possibilidades para novas perguntas de pesquisa e aprofundamento dos próprios resultados, via novas análises.

Os dados aqui expostos serviriam também para discussões sobre prevenção, já que uma pesquisa epidemiológica possibilitaria a investigação das causalidades, levando à prevenção de doenças e ao favorecimento da saúde (Cordeiro et al., 2010).

Os sujeitos desta pesquisa tinham um comprometimento funcional, decorrente da fobia, e sofriam com isso. Seria possível, a partir do perfil levantado, detectar quem desenvolveria a Fobia de Dirigir, com o propósito de minimizar os danos ao longo da vida? Seria possível, ao receber um paciente para tratamento, identificar quem melhoraria ou não?

No que diz respeito ao tratamento da Fobia Específica de Dirigir, identificar os pacientes que não responderiam ao tratamento, ao qual seriam expostos, poderia evitar o abandono.

Devemos considerar que o abandono estaria ligado, tanto as características da amostra quanto a fatores como relação terapêutica, tipo e tempo de tratamento e não desconsiderar que esses pacientes poderiam obter outros resultados diante de protocolos que apresentassem técnicas diferentes e possibilitassem a conclusão das metas em um tempo mais curto.

Esperamos que nossos resultados instiguem outros profissionais a realizarem novas pesquisas na área com a finalidade de se identificar com maior clareza as características dessa população, e as variáveis que facilitariam ou dificultariam a exposição a um tratamento para o problema. Outra possibilidade de estudo aberta é a avaliação da eficácia dos tratamentos existentes para este quadro, inclusive o tratamento aqui descrito.

6.3 Limitações do Estudo

Este estudo apresentou algumas limitações e uma delas foi a falta de dados sobre as cognições da amostra estudada, impossibilitando a comparação com os resultados da bibliografia pesquisada.

É preciso considerar, ainda, que a amostra correspondeu a pessoas que residiam em capitais do país (cidades grandes) e possuíam condições econômicas para realizar um tratamento psicoterápico de longa duração. Estas condições podem indicar que os dados não representam a condição da população brasileira ou mundial.

Outro fator a ser considerado é o potencial para o viés de confusão relacionado a algumas variáveis (sexo, idade e outras). No entanto, esperamos que o número de sujeitos da amostra possa ter diminuído ou anulado o efeito nos resultados.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

A análise dos resultados nos permitiu concluir que o perfil sociodemográfico e clínico geral das pessoas que buscaram tratamento para a Fobia Especifica de Dirigir, para alguns dados, foi semelhante aos de outras amostras estudadas. No entanto, esta pesquisa apresentou resultados que não puderam ser comparados, por serem originais.

As características levantadas e não comparadas estavam relacionadas ao tempo demorado para buscar ajuda (12 anos), pouco interesse pela direção quando jovens, sentimentos de incompetência e frustração, avaliação de que a aprendizagem na autoescola não tinha sido boa, manutenção da CNH validada, ter mãe que não dirige, ter familiares consanguíneos com problemas psiquiátricos, ser destra, não fumar, não saber nadar, não consumir bebidas alcoólicas e ser persistente.

Ao analisarmos as diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas dos grupos Sucesso ou Insucesso observamos que as características das pessoas pertencentes ao grupo Insucesso foram: separadas, com nível menor de escolaridade, exerceriam trabalhos braçais, obtiveram a CNH mais tardiamente, demoraram mais para procurar tratamento, justificaram a aquisição tardia da CNH em função do medo, referiram mais medo como motivo para a busca de ajuda, vislumbravam autonomia e liberdade como objetivos para dirigir, vivenciaram mais acidentes de colisões com ou sem vítimas, apresentaram mais diagnósticos psiquiátricos, sendo os Transtornos Ansiosos mais frequentes, tinham mais parentes com diagnósticos psiquiátricos, reportaram mais fobias, fumavam mais, não sabiam nadar e relatavam medo de água, desistiam de aprendizados longos e tinham mais chances de abandonar o tratamento na Etapa do Enfrentamento, permanecendo metade do tempo no processo.

Os resultados do modelo de Regressão Logística nos levaram a concluir que as variáveis relacionadas à idade mais tardia para aquisição da habilitação, vivência de acidentes mais graves, dificuldades técnicas não relacionadas a manobras e baixa

tolerância a tratamentos longos, seriam as que melhor explicariam o desfecho Insucesso.

8 ANEXOS

ANEXOS

Anexo A - Dados Cadastrais/Anamnese

Nome

Data de Nascimento

Idade

Local de Nascimento

Estado Civil

Registro da Habilitação

Observações na Habilitação

Data da primeira Habilitação

Endereço

Cidade

Bairro

Estado

CEP

Fones

E-mail

Escolaridade

Ocupação

Queixa inicial

1. Há quanto tempo tem habilitação?
2. Com quantos anos tirou a habilitação?
3. Por que não tirou antes?
4. Onde teve a 1ª instrução? ( ) domiciliar ( ) auto escola
5. Como foi a 1ª instrução? ( ) ótima ( ) boa ( ) regular ( ) ruim ( ) péssima
6. Em qual exame prático passou?
7. Pagou o exame: ( ) sim ( ) não
8. O que fez ao pegar a carta?
9. Já procurou outro treinamento após ter tirado a habilitação?
10. Há quanto tempo você não dirige e o que fez na última vez?
11. Tem reações físicas / emocionais como passageira?
12. Já dirigiu sozinha: ( ) sim ( ) não
13. Tem carro: ( ) sim ( ) não Qual? Ano:
14. Tem condições financeiras para ter carro? ( ) sim ( ) não
15. Com quem mora?
16. A família sabe do treinamento? Eles apoiam?

17. Modelos na direção:
18. Pai: Vivo: ( ) sim ( ) não Dirige: ( ) sim ( ) não
19. Mãe: Vivo: ( ) sim ( ) não Dirige: ( ) sim ( ) não

20. Experiência de acidentes:
21. Dirigindo
22. Como acompanhante
23. Perdeu parentes ou amigos
24. Conhece alguém que tenha ficado com sequelas?
25. Já presenciou?
26. Já socorreu?
27. Já foi atropelado?

28. Dificuldade ao volante:
29. Objetivos com o carro:

30. Saúde física:
31. Tem dificuldades visuais? ( ) sim ( ) não
32. Saúde psíquica
33. Está tomando algum medicamento? ( ) sim ( ) não
34. Qual e por quê?
35. Já passou por Cardiologistas? ( ) sim ( ) não Por que?
36. Já passou por Neurologistas? ( ) sim ( ) não Por que?
37. Já passou por Psiquiatras? ( ) sim ( ) não Por que?
38. Já tomou indutores do sono, ansiolítico ou antidepressivo? Quando e por quê?
39. Doenças psiquiátricas ou psicológicas em família?
40. Já fez terapia? ( ) sim ( ) não
41. Está fazendo atualmente? ( ) sim ( ) não

42. Lateralidade: ( ) D ( ) E
43. Fuma: ( ) não ( ) esporadicamente ( ) meio maço
( ) 1 maço ( ) + de 1 maço ( ) ex fumante
44. Bebe: ( ) S ( ) N ( ) socialmente
45. Sabe nadar? ( ) S ( ) N
46. Bicicleta? ( ) S ( ) N

47. Outros medos:

Nenhum		Solidão		Sangue	
Altura		Tempestade		Espaços abertos	
Avião		Novidades		Claustrofobia	
Elevador		Escrever		Falar em público	
Escada rolante		Animais		Multidão	
Metrô		Insetos		Assalto	
Escuro		Médico		Medo de sentir medo	
Agulha		Dentista		Morrer	
Água		Fobias de exames		Errar	
Briga		Sentir dor		Outros	

48. Reações fisiológicas:

Nenhum		Calafrios ou ondas de calor	
Tensão Muscular		Náuseas ou desconforto abdominal	
Taquicardia		Diarreia	
Sudorese		Esquecimento	
Tremores		Choro	
Boca Seca		Dor ou desconforto no peito	
Vontade de fazer xixi		Formigamento	
Rubor		Medo de enlouquecer ou perder o controle	
Verborragia		Medo de morrer	
Tontura		Outros	
Falta de ar			

49. Como está por não dirigir?
50. Como você lida com situações que requerem tempo para serem terminadas?

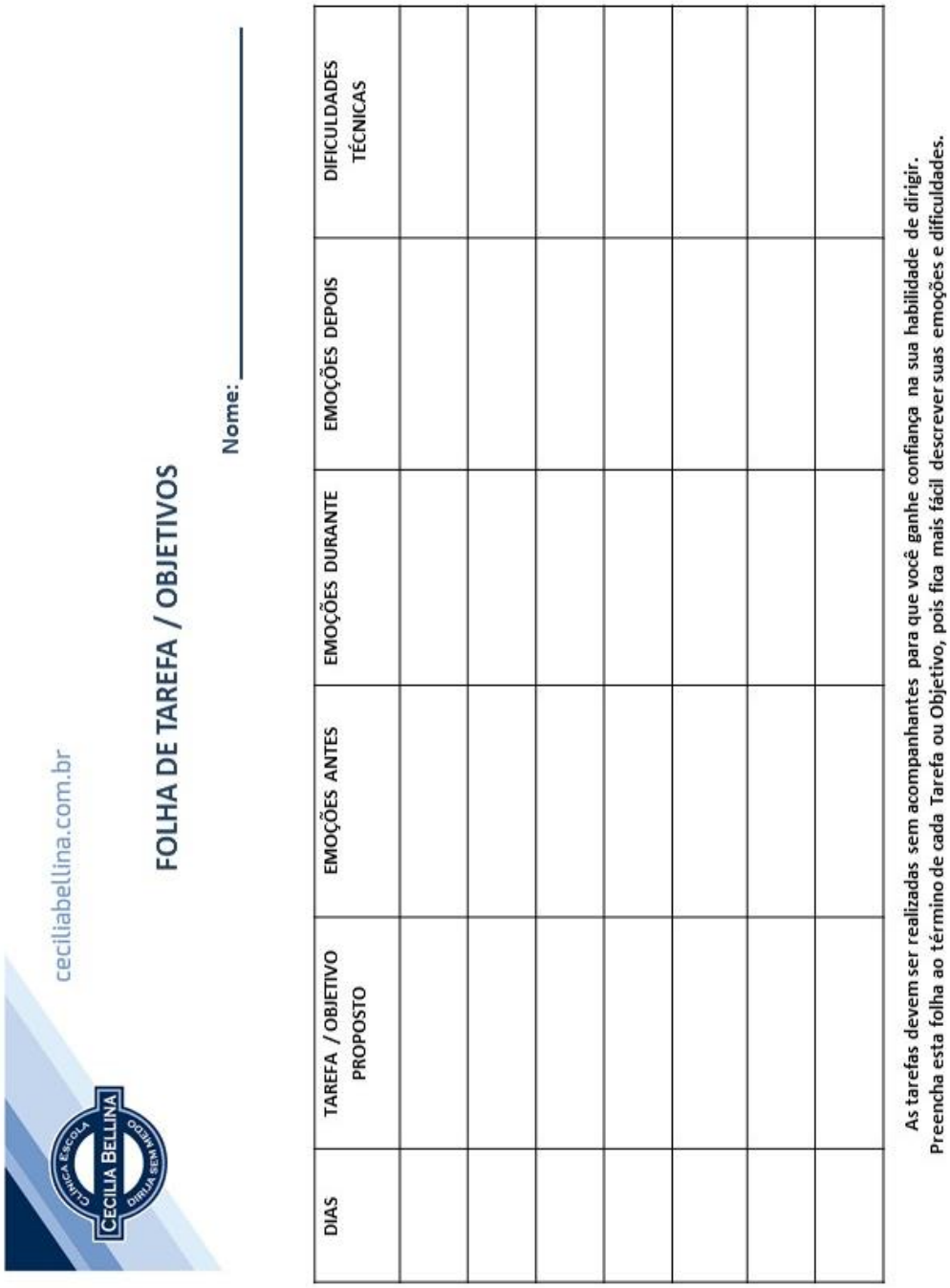
Anexo B - Ficha de Indicadores

FICHA DE INDICADORES

Nome: _____

| DATA | | |

Anexo C - Folha de Tarefas/Objetivos



ceciliabellina.com.br

CECILIA BELLINA

CLÍNICA ESCOLA DIRIJA SEM MEDO

FOLHA DE TAREFA / OBJETIVOS

Nome: _____

DIAS	TAREFA / OBJETIVO PROPOSTO	EMOÇÕES ANTES	EMOÇÕES DURANTE	EMOÇÕES DEPOIS	DIFICULDADES TÉCNICAS

As tarefas devem ser realizadas sem acompanhantes para que você ganhe confiança na sua habilidade de dirigir.
Preencha esta folha ao término de cada Tarefa ou Objetivo, pois fica mais fácil descrever suas emoções e dificuldades.

Anexo D - Lista de Objetivos

ceciliabellina.com.br

CLÍNICA ESCOLA CECÍLIA BELLINA PERFEITO SEM VIRILHA

LISTA DE OBJETIVOS

Nome: _____

Solicitamos o preenchimento desta lista com 10 a 15 locais que façam parte do seu dia-a-dia. Esses objetivos serão realizados durante o tratamento.

	Local	**Bairro**
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		
7-		
8-		
9-		
10-		

Obs.: Não serão considerados trajetos que envolvam estradas/rodovias.

Anexo E - Sexo, região de nascimento, estado civil, escolaridade e ocupação

Varáveis		N	%
Sexo	Feminino	1541	94
	Masculino	98	6
Região de Nascimento	Norte	6	0,3
	Nordeste	120	7,5
	Centro Oeste	19	1,2
	Sudeste	1349	84,3
	Sul	107	6,7
Estado Civil	Solteiro	572	37,7
	Casado	756	50
	Separado	115	7,6
	Viúvo	70	4,7
Escolaridade	Fundamental	55	3,4
	Ensino Médio	347	21,4
	Superior	1104	67,6
	Pós-Graduação	123	7,6
Ocupação	Aposentado	99	6,2
	Administrativo	454	28,3
	Arquitetura/Engenharia	31	1,9
	Educação/Artes	200	12,5
	Tecnologia/Exatas	36	2,2
	Saúde	202	12,6
	Limpeza/Manutenção	10	0,6
	Vendas	85	5,3
	Do lar	134	8,4
	Outros	351	21,9

N=quantidade de prontuários; %=ajustada após exclusão dos dados ausentes

Anexo F - Queixa do paciente, sem interferência do entrevistador

Varáveis		N	%
Queixa espontânea	Medo	549	44,4
	Dificuldades técnicas	101	8,2
	Dependência do outro	120	9,7
	Vontade de dirigir	49	4
	Necessidade	135	10,9
	Medo de erro e critica	11	0,9
	Outros	272	22

Tabela G - Objetivos com o carro

Varáveis		N	%
Motivos para voltar a dirigir	Trabalhar	703	42,9
	Autonomia	131	8
	Lazer	821	50,1
	Autoestima	9	0,5
	Levar filhos à escola	166	10,1
	Afazeres diários	170	10,4
	Servir alguém doente	24	1,5
	Ir à casa de parentes	578	35,2
	Mercado	693	42,3
	Ir a médicos	292	17,8
	Para tudo	407	24,8

Anexo H - Aquisição da Carteira Nacional de Habilitação: categoria, aprendizado inicial, avaliação da autoescola e exame prático

Varáveis	N	%
Categoria de CNH		
A	4	0,2
B	1564	97,1
C	25	1,6
D	9	0,6
A e B	9	0,6
Primeira instrução motora		
Autoescola	1360	84,8
Outros	243	15,2
Avaliação da autoescola		
Ruim	360	22,9
Regular	513	33
Boa	690	44,1
Exame aprovado		
Primeiro	836	52,2
Segundo	513	31,8
Após terceiro	252	16
Pagou para passar no exame prático?		
Sim	498	31,5
Não	1082	68,5

Anexo I - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis sociodemográficas dos grupos Sucesso e Insucesso

Variáveis		Sucesso	Insucesso	P
Sexo	Feminino	961	572	0,93
Região de nascimento	Norte	3	2	0,042
	Nordeste	73	41	
	Centro Oeste	16	3	
	Sudeste	793	463	
	Sul	53	50	
Estado civil	Solteiro	330	183	0,036
	Casado	442	281	
	Separado	57	55	
	Viúvo	38	32	
Escolaridade	Fundamental	25	25	0,049
	Ensino médio	193	137	
	Superior	665	363	
	Pós-graduação	75	41	
Ocupação	Aposentado	66	31	0,013
	Administrativo	287	138	
	Arquitetura e Engenharia	20	4	
	Educação e Artes	117	73	
	Tecnologia e Exatas	14	11	
	Saúde	116	81	
	Limpeza e Manutenção	2	7	
	Vendas	47	29	
	Do lar	89	45	
		189	133	

Anexo J - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis das queixas e motivos para retomar a direção veicular sem interferência do psicólogo

Variáveis		Sucesso	Insucesso	P
Motivos para procura do tratamento				
	Medo ou insegurança	285	237	0,00
	Dificuldade técnica	61	31	
	Dependência	88	26	
	Vontade	31	13	
	Necessidade	94	33	
	Receio de críticas	8	3	
	Outros	156	95	
Objetivos para voltar a dirigir				
	Trabalhar	391	258	0,90
	Autonomia	31	49	0,000
	Liberdade	18	25	0,004
	Lazer	486	281	0,584
	Autoestima	4	5	0,307
	Levar filhos à escola	105	58	0,629
	Afazeres diários	94	63	0,441
	Servir alguém doente	14	10	0,657
	Deslocamento casa de familiares	353	191	0,186
	Mercado	424	235	0,245
	Médicos	179	103	0,762
	Fazer tudo	264	125	0,014
		343	214	0,498

Anexo K - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis dos sentimentos pela não direção dos subgrupos Sucesso e Insucesso

Varáveis		Sucesso	Insucesso	P
Sentimento em relação a não dirigir	Incompetência	187	137	
	Frustração	179	126	0,089
	Indiferença	4	10	

Anexo L - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis da autopercepção das dificuldades técnicas e reações fisiológicas na direção veicular antes do início do tratamento

Variáveis		Sucesso	Insucesso	P
Dificuldade técnicas	Trânsito	74	35	0,244
	Subida	469	258	0,161
	Controle dos pedais	230	109	0,026
	Medo de acidentes	13	6	0,603
	Chuva	5	3	1
	Noite	2	1	1
	Velocidade	17	12	0,468
	Violência	0	1	0,373
	Controle geral do carro	39	32	0,166
	Medo de machucar alguém	16	10	0,903
	Causar danos materiais	10	6	0,988
	Medo da crítica do outro	2	0	0,532
	Medo de errar	10	9	0,362
	Alinhamento	45	15	0,044
	Curvas	47	40	0,085
	Noção de espaço	241	111	0,011
	Manobras	404	201	0,008
	Troca de marcha	320	180	0,460
	Tudo	112	62	0,626
Reações fisiológicas	Sim	937	538	0,546
	Não	63	41	
Quais?	Tensão muscular	730	385	0,001
	Taquicardia	529	289	0,096
	Sudorese	626	367	0,710
	Tremores	480	287	0,936
	Boca seca	285	163	0,632
	Enurese	163	71	0,017
	Tontura	42	25	1
	Falta de ar	58	47	0,103
	Calafrios/calor	331	145	0,000
	Desconforto abdominal	189	105	0,531
	Esquecimento	264	135	0,098
	Choro	173	88	0,190
	Desconforte no peito	109	56	0,344
	Formigamento	50	32	0,743
	Medo de perder o controle	210	91	0,005
	Medo de morrer	104	40	0,013
	Rubor	183	82	0,019

Anexo M - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis de aquisição da Carteira Nacional de Habilitação: categoria, aprendizado inicial, avaliação da autoescola e exame prático

Variáveis		Sucesso	Insucesso	P
Categoria de CNH				
	A	1	2	0,478
	B	922	55	
	C	11	9	
	D	6	1	
	A e B	5	2	
Primeira instrução motora				
	Autoescola	806	465	0,288
	Outros	138	93	
Avaliação da autoescola				
	Ruim	199	138	0,192
	Regular	307	163	
	Boa	412	245	
Exame aprovado				
	Primeiro	490	292	0,855
	Segundo	309	174	
	Após terceiro	146	89	
Pagou para passar no exame prático				
	Sim	297	167	0,577
	Não	635	381	
CNH no prazo de validade				
	Sim	815	547	0,670
	Não	27	14	
Carro próprio				
	Sim	717	417	0,404
	Não	225	145	

Anexo N - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis de experiência após a aquisição da CNH

Variáveis		Sucesso	Insucesso	P
O que fez após tirar a CNH				
	Dirigiu pouco	650	365	0,500
	Não dirigiu	222	114	
Acidente como motorista				
	Sim	490	275	0,408
	Não	460	282	
Que tipo de acidente sofreu como motorista?				
	Pequena avaria	311	132	0,000
	Colisão sem vítima	177	138	0,007
	Colisão com vítima (paciente)	3	5	0,158
	Colisão com vítima (terceiro)	4	4	0,481
	Vítima fatal	1	0	1
Acidente como passageiro				
	Sim	505	278	0,234
	Não	443	277	
Que tipo de acidente sofreu como passageiro?				
	Pequena avaria	149	54	0,001
	Colisão sem vítima	317	175	0,332
	Colisão com vítima (paciente)	23	23	0,071
	Colisão com vítima (terceiro)	18	31	0,000
	Vítima fatal	3	4	0,435
Presenciou algum acidente				
	Sim	325	202	0,336
	Não	613	342	
Perdeu alguém em acidente de carro				
	Sim	325	194	0,717
	Não	616	353	
Foi atropelado?				
	Sim	109	58	0,582
	Não	829	485	

Anexo O - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis sobre saúde física e mental

Variáveis		Sucesso	Insucesso	P
Doença	Sim	363	352	0,928
	Não	594	213	
Em quais sistemas do corpo	Pele, pelos, unhas e glândulas	10	10	0,238
	Esquelético	52	24	0,289
	Articular	14	10	0,657
	Muscular	9	3	0,552
	Cardiovascular	124	79	0,612
	Respiratório	47	29	0,876
	Digestório	40	21	0,634
	Urinário	7	3	0,752
	Genital	19	12	0,871
	Nervoso	39	42	0,005
	Endócrino	89	34	0,021
	Linfático	1	4	0,068
Diagnóstico psiquiátrico	Sim	153	112	0,50
	Não			
Tipo	Transtornos Psicóticos	1	2	0,560
	Transtorno Bipolar e relacionados	3	4	0,435
	Transtornos Depressivos	87	52	0,980
	Transtornos Ansiosos	45	48	0,003
	T. Obsessivo Compulsivo e relacionados	6	2	0,718
	T. relacionados a Trauma e Estressores	6	2	0,718
	T. Sintomas Somáticos e relacionados	2	0	0,532
	Transtornos Alimentares	2	3	0,368
	Transtornos Neurocognitivos	2	5	0,110
	Transtornos de Personalidade	1	0	1
O problema foi ou é tratado?	Sim	113	88	0,888
	Não	11	8	
Toma medicamentos?	Sim	434	267	0,525
	Não	508	292	
Para qual sistema?	Pele, pelos, unhas e glândulas	19	7	0,269
	Esquelético	49	11	0,002
	Articular	5	3	1
	Muscular	6	4	1
	Cardiovascular	138	85	0,788
	Respiratório	15	12	0,439
	Digestório	22	19	0,226
	Urinário	5	1	0,421
	Genital	37	15	0,199
	Nervoso	89	80	0,004
	Endócrino	106	58	0,585
	Linfático	2	2	0,632
Família com problemas psiquiátricos	Sim	523	322	0,350
	Não	396	220	
Nível de parentesco	Pais	245	150	0,752
	Irmãos	168	114	0,231
	Avós	51	36	0,419
	Filhos	13	19	0,009
	Outros	199	104	0,230

continua

Anexo O - Análise univariada e de comparação de grupos das variáveis sobre saúde física e mental (conclusão)

Variáveis		Sucesso	Insucesso	P
Tem outras fobias?	Sim	949	544	0,038
	Não	4	8	
Tipos	Altura	307	164	0,179
	Avião	126	69	0,551
	Elevador	97	55	0,762
	Metrô	36	24	0,661
	Escuro	111	67	0,923
	Injeção/agulha/sangue	172	84	0,103
	Água	288	166	0,694
	Tempestade	158	89	0,650
	Escrever em público	57	31	0,677
	Insetos/animais	504	270	0,047
	Médico/dentista	112	62	0,626
	Sentir dor	161	88	0,482
	Claustrofobia	183	118	0,449
	Falar em público	409	209	0,020
	Multidão/espaços abertos	202	108	0,313
	Errar	748	411	0,008
	Morrer	227	125	0,426
	Sentir medo	306	145	0,007
	Exames	104	47	0,098
Fez/ faz Psicoterapia	Sim	460	271	0,790
	Não	496	284	

Anexo P - Solicitação de autorização para manejo dos prontuários

IPq

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO CLÍNICO

Eu, **Claudia Ballestero Gracindo**, responsável pelo projeto de **Mestrado** no **Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, venho pelo presente, solicitar autorização da **Clínica Escola Cecilia Bellina**, para realização da coleta de dados através de prontuário clínico de pacientes submetidos a tratamento no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2015.

Informo que esta pesquisa está sendo orientada pelo Professor Dr. Francisco Lotufo Neto e que toda produção cientifica feita a partir dos dados coletados, citarão o responsável pela instituição, metodologia e criação do tratamento oferecido aos pacientes como Co Autor.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Claudia Bl/ai

Assinatura do Pesquisador Principal
RG

Entregue em: 13/04/2015

Para Cecilia Cristina de Oliveira Bellina

Recebido: _____

Anexo Q - Autorização para uso dos prontuários de pacientes da empresa privada

CLÍNICA ESCOLA
CECILIA BELLINA

AUTORIZAÇÃO

Eu **Cecilia Cristina de Oliveira Bellina**, portadora do **CPF 046.341.158-75**, **sócia majoritária da Clínica Cecilia Bellina S/S Ltda.,** de nome fantasia **Clínica Escola Cecília Bellina**, com inscrição no **CNPJ de nº 10.890.443/0001-59**, autorizo o uso dos prontuários de pacientes desta empresa, no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2015, para a realização do projeto de Mestrado/Doutorado e outros, a ser realizado no **Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo,** conduzido pela pesquisadora **Claudia Ballestero Gracindo**, portadora do CPF 129.714.198-94 e orientado pelo professor **Dr. Francisco Lotufo Neto**.

Fui informada, pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como sobre as atividades que poderão ser realizadas em função deste.

Esta instituição está ciente de que os prontuários de pacientes serão utilizados, pelo responsável pelo projeto e seus assistentes de pesquisa, com a finalidade de abastecer o Banco de Dados elaborado e tem ciência de que os mesmos deverão ficar disponíveis para consulta e verificação de dados futuros.

10.890.443/0001-59
CLÍNICA CECILIA
BELLINA S/S LTDA-ME
Rua Domingos de Moraes, 907 cj. 22
Vila Mariana - CEP: 04009-000
SÃO PAULO - SP

São Paulo, 13 de abril de 2015.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Cecília C. de O. Bellina
RG 6 053 726-7
CPF 046 341 158-75
CRP 06/21749-

Unidades: São Paulo – ABC – Campinas – Rio de Janeiro – Niterói – Belo Horizonte – Vitória

Anexo R - Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

MEDICINA
USP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 09/09/2015, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 363/15 intitulado: "PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE QUEM PROCURA AJUDA PARA A FOBIA ESPECÍFICA DE DIRIGIR" apresentado pelo Departamento de PSIQUIATRIA

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Francisco Lotufo Neto
Pesquisador (a) Executante: Claudia Ballestero Gracindo

CEP-FMUSP, 09 de Setembro de 2015.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina
e-mail: cep.fm@usp.br

Anexo S - Autorização para uso da carta de alta dos pacientes tratados na Clínica Escola Cecília Bellina

AUTORIZAÇÃO DE USO DE NOME e TEXTO

Eu, ..., Brasileira, PROFISSÃO, ESTADO CIVIL, portador de carteira de identidade RG.Nº ..... e CPF Nº....., residente e domiciliado à ....., na Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, **autorizo** o uso do meu **NOME e TEXTO (carta de Alta),** pela pesquisadora **Claudia Ballestero Gracindo,** aluna do curso de Pós Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para fins de publicação em sua **Dissertação de Mestrado,** com o tema **Fobia de dirigir: descrição do perfil epidemiológico de quem procura e de quem é malsucedido no tratamento.**

Estou ciente de que esta autorização abrange o uso do texto (carta de alta) em trabalho impresso ou digital por prazo indeterminado sem para isto receber qualquer contrapartida financeira.

São Paulo, ... de ..... de 2017.

_____

Nome completo e assinatura

8 REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Agamez Paternina AP, Hernández Riera R, Cervera Estrada L, Rodriguez García Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Archivo Médico de Camagüey. 2008;12(5). Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500009&lng=es.

Alfonsson S, Olsson E, Hursti T. Motivation and treatment credibility predicts dropout, treatment adherence, and clinical outcomes in an internet-based cognitive behavioral relaxation program: a randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2016;18(3), e52.

Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, Nishimura R, Anthony JC, Gattaz WF, Kessler RC, Viana MC. Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. PloS One, 2012;7(2):e31879.

Associação Psiquiátrica Americana (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. - Revista (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed, 2002.

Associação Psiquiátrica Americana (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Balbinota AB, Zarob MA, Timm MI. Funções psicológicas e cognitivas presentes no ato de dirigir e sua importância para os motoristas no trânsito. Ciência e Cognição. 2011;16(2):13-29.

Benda RN. Sobre a natureza da aprendizagem motora: mudança e estabilidade... e mudança. Revista Brasileira de Educação Física. 2006;20(5):43-5.

Bellina CC. Dirigir sem medo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.

Benetti SPC, Cunha, TRS. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. Arq Bras Psicol. 2008;60(2):48-59.

Brink TL. Cognitive behavioral treatment on driving phobia for an Asian Indian male. Clinical Gerontologist, 2003;26:3-4.

Cantini JA, Ribeiro L, Andrade SMHP, Pereira VM, Nardi AE, Silva AC. Medo e evitação na direção de veículos: características de motoristas que nunca dirigiram após obtenção da Carteira Nacional de Habilitação. J Bras Psiquiatr. 2013;62(2):124-30.

Carvalho MR, Costa RT, Sardinha A, Melo-Neto VL, Nardi AE. Driving Cognitions Questionnaire: estudo de equivalência semântica. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2011;33:35-47.

Catânia AC. Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Clapp JD, Olsen SA, Beck JG, Palyo SA, Grant DM, Gudmundsdottir B, Marques L. The Driving Behavior Survey: scale construction and validation. J Anxiety Disord. 2011;25(1):96-105.

Código de Trânsito Brasileiro (1997). CTB Digital. Código de Trânsito Brasileiro. 2017. Disponível em http://www.ctbdigital.com.br/.

Código de Trânsito Brasileiro (1997). CTB Digital. Código de Trânsito Brasileiro. 2017. Capitulo III, Artigo 28. Disponível em: http://www.ctbdigital.com.br/?p=Comentarios&Registro=118&campo_busca=&artigo=28

Código de Trânsito Brasileiro (1997). CTB Digital. Código de Trânsito Brasileiro. 2017. Capitulo XIV. Disponível em: http://www.ctbdigital.com.br/?p=Artigos&artigo=147

Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 012/00 de 20 de dezembro de 2000. Institui Manual de Avaliação Psicológica de Candidatos à Carteira Nacional de Habilitação e condutores de veículos automotores. Disponível em: http://pol.org.br/legislacao/pdf/resolUcao2000_12.pdf. acesso em 25 junho 2011.

Cordeiro Q, Oliveira AM, Melzer D, Ribeiro RB, Rigonatti SP. Prevenção em saúde mental. Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito. 2010;7(7):38-53.

Costa RT, Carvalho MR, Cantini J, Freire RC, Nardi AE. Demographics, clinical characteristics and quality of life of Brazilian women with driving phobia. Compr Psychiatry. 2014;55(2):374-9.

Costa RT, Carvalho MR, Nardi AE. Virtual reality exposure therapy in the treatment of driving phobia. Psic: Teor Pesq. 2010;26(1):131-7.

Edlund, MJ, Wang OS, Bergluns PA, Katz SJ, Lin E, Kessler RC. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. Am J Psychiatry. 2002;159(5):845-51.

Ehlers A, Hofmann SG, Herda CA, Roth WT. Clinical characteristics of driving phobia. Journal of Anxiety Disorders. 1994;8(4):323-39.

Ehlers A, Taylor JE, Ehring T, Hofmann SG, Deane FP, Roth WT, Podd JV. The Driving Cognitions Questionnaire: development and preliminary psychometric properties. Journal of Anxiety Disorders. 2007;21(4):493-509.

Ennes FCM, Ugrinowitsch H, Vieira MM, Benda RN. Efeitos da interação entre demonstração, instrução verbal e frequência relativa de Conhecimento de Resultados (CR) na aquisição de habilidades motoras. Brazilian Journal of Motor Behavior. 2012;7(1): 17-24 .

Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. Epidemiologia Clínica, elementos essenciais 5 ed. Porto Alegre. Artmed, 2014. Cap. 9, Tratamento, p. 140-162.

Gentil V, Lotufo-Neto F, Bernik MA. Pânico, fobias e obsessões: A experiência do Projeto AMBAN. 3. ed. São Paulo: EDUSP; 1997.

Hales RE. Tratado de psiquiatria clínica. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. 1819 p.

Hamm A O. Specific phobias. Psychiatr Clin North Am. 2009;32(3):577-91.

Hulley SB, Stephen B, Cummings SR, Browner WS, Warren S, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

Iglesias A, Iglesias A, Iglesias A. I-95 phobia treated with hypnotic systematic desensitization: A case report. Am J Clin Hypn. 2013;56(2):143-51.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. 181 p.

Issakidis C, Andrews G. Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. Acta Psychiatr Scand. 2004;109(6):426-33.

Ladewig I. A importância da atenção na aprendizagem de habilidades motoras. Rev Paul Educ Fís, São Paulo. 2000;supl (3):62-71.

Levine BA, Wolpe J. In vivo desensitization of a severe driving phobia through radio contact. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 1980;11(4):281-2.

Marinovic W, Freudenheim AM. Prática variada: a melhor opção para a aquisição de uma habilidade motora. Rev Paul Educ Fís, São Paulo. 2001;15(1):103-10.

Marks IM. Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders. New York: Oxford University Press; 1987.

Martin Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2004;30(4). Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es.

Martin Alfonso L, Grau Abalo JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicología y salud. 2004;14(1):89-99.

Mathew RJ, Weinman ML, Semchuk KM, Levin BL. Driving phobia in the city of Houston: a pilot study. Am J Psychiatry. 1982;139(8):1049-51.

Michon JA. A critical view of driver behavior models: What do we know, what should we do. In: Evans L. Human behavior and traffic safety. New York: Plenum Press; 1985. p. 485-520.

Munjack DJ. The onset of driving phobias. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1984;15(4):305-8.

Muñoz Marrón E. Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indiferencia aprendida [Tese]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2004.

Nobre MRC, Bernardo WM, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências: Parte III Avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(2):221-8.

Pellegrini AM. A aprendizagem de habilidades motoras: o que muda com a prática? Rev Paul Educ Fís, São Paulo. 2000;supl. 3:29-34.

Rachman S. The conditioning theory of fearacquisition: A critical examination. Behav Res Ther. 1977;15(5):375-87.

Roe D, Dekel R, Harel G, Fennig S. Clients' reasons for terminating psychotherapy: A quantitative and qualitative inquiry. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2006;79(4):529-38.

Rovetto FM. In vivo desensitization of a severe driving phobia through radio contact with telemonitoring of neurophysiological reactions. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1983;14(1):49-54..

Rozestraten RJA. Psicologia do trânsito: conceitos e processos básicos. São Paulo: EPU; 1988.

Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Schaap TW. Driving behaviour in unexpected situations. A study into drivers' compensation behaviour to safety-ciritical situations and the effects of mental workload, event urgency and task prioritization. Enschede, Holanda: University of Twente/Trail; 2012.

Sharf J, Primavera LH. Meta-analysis of psychotherapy dropout. *Unpublished manuscript*, Adelphi University; 2009.

Silva AMF. Formação sobre hidrofobia a docentes de natação. Mestrado em Ciências da Educação. Beja: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade do Algarve; 2007.

Swift JK, Greenberg RP. A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. Journal of Psychotherapy Integration, 2014;24(3):193-207.

Taubman-Ben-Ari O, Yehiel D. Driving styles and their associations with personality and motivation. Accid Anal Prev. 2012;45:416-22.

Taylor JE, Alpass F, Stephens C, Towers A. Driving anxiety and fear in young older adults in New Zealand. Age and ageing. 2010;40(1):62-6.

Taylor JE, Deane FP. Acquisition and severity of driving-related fears. Behaviour Research and Therapy. 1999;37(5):435-49.

Taylor JE, Deane FP, Podd JV. Determining the focus of driving fears. J Anxiety Disord. 2000;14(5):453-70.

Taylor JE, Deane FP, Podd JV. Diagnostic features, symptom severity, and help-seeking in a media-recruited sample of women with driving fear. J Psychopathol Behav Assess. 2007;29(2):81-91.

Taylor JE, Deane FP, Podd JV. Driving-related fear: A review. Clinical Psychology Review. 2002;22(5):631-45.

Taylor JE, Deane FP, Podd JV. Stability of driving fear acquisition pathways over one year. Behav Res Ther. 1999;37(10):927-39.

Taylor JE, Paki D. Wanna drive? Driving anxiety and fear in a New Zealand Community Sample. N Z J Psychol. 2008;37:31-6.

Tost Pardell LT, Hernández A de Sotomayor C, Rodríguez Pulido F, Perestelo Pérez L, Pérez Ramos J, González de Chávez M, Rodríguez García A, González Lorenzo M, Rivero Santana A. Psicoterapias de grupo como técnica terapéutica en personas con esquizofrenia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS Nº 2007/13.

Townend M. Cognitive therapy for driving phobia: Two single case studies. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2003;31(3):369-75.

Townend M, Grant A. Integrating science, practice and reflexivity–cognitive therapy with driving phobia. J Psychiatr Mental Health Nurs. 2006;13(5):554-61.

Vasconcellos CS. Construção do Conhecimento em Sala de Aula - Caderno Pedagógico. 2 ed. São Paulo: Libertad; 1995.

Wald J, Taylor S. Efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia: a case report. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2000;31(3-4):249-57.

Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. Profess Psychol: Res Prac. 1993;24:190-195.

Yalom ID. Psicoterapia de grupo: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Zimerman DE. Fundamentos básicos das grupoterapias. Porto Alegre: Artmed; 2000.

APÊNDICES

CARTAS DE ALTA

TEXTO DE FINALIZAÇÃO DO CURSO CECÍLIA BELINA

A ansiedade me acompanha desde menina e eu sempre senti como um hábito a antecipação de situações simples como potenciais catástrofes. Posso dizer que passei muito tempo da minha vida pintando monstros, gastando horas os medindo e detalhando suas caras feias. E todo esse cenário mental ia virando uma grande teia, com bichos encardidos e armadilhas; tão complicada que eu preferia não olhá-la.

Quando cheguei aqui, a minha cabeça era esse liquidificador, cheia desses pensamentos angustiantes. O medo de dirigir era um deles. Só de pensar em transitar em vias como a radial e a marginal eu tinha calafrios. Imaginava motos sendo derrubadas por mim, caminhões me cortando e eu causando acidentes terríveis. Eu também sofria com a cobrança das pessoas próximas e mais distantes, me sentindo profundamente incapaz por não dirigir, como se eu estivesse parada no tempo e fosse uma pessoa imatura e preguiçosa.

Porém, logo que iniciei o processo na clínica, a minha sensação de incapacidade deu lugar à esperança e confiança de que a superação do medo era mais simples do que parecia, sendo uma questão de aprendizado técnico e exposição gradual.

De um lado, as aulas práticas me ajudaram a consolidar a habilidade de dirigir com paciência e calma. O auxílio e cuidado do Fernando, do Janailson e do Rafael foram fundamentais para que eu me tranquilizasse diante de um erro e tivesse a calma necessária para prosseguir, pois, em vez de gritos e brigas, eu era incentivada a continuar sem me deixar influenciar pela pressão.

De outro lado, o grupo foi essencial para que eu compreendesse a minha ansiedade e me conscientizasse da necessidade do enfrentamento do medo com paciência. Poder compartilhar nossas histórias de vida e dividir nossas angústias é muito fortalecedor. Me senti acolhida e compreendida. Agradeço às meninas e à Cláudia pela paciência e empatia com que me ouviram. E é bonito perceber que vocês fazem parte da minha história, em um momento de superação e crescimento.

Penso que participar desse processo é uma experiência de empoderamento. Os ensinamentos aprendidos aqui vão muito além do trânsito cotidiano, pois são um exercício para a vida. Aprender a olhar para o que nos prende e angustia pode ser doloroso, mas também é libertador. E aqui eu encontrei um método sério, comprometido em nos fornecer ferramentas eficazes para lidar com o que nos impede de avançar. Fica, assim, a minha gratidão e o desejo de que todas nós possamos olhar para as nossas sombras com coragem e compaixão, para que os nossos monstros deixem de ser ameaçadores e se tornem partes integradas de nós.

M.M. – alta em 2017

O q antes me feria

Hj faz parte do meu dia a dia

Dirigir nas pistas estreitas da radial

Só de pensar

Fazia o coração disparar

Estradas, marginal

Nunca imaginei esse desafio enfrentar

Mas com a ajuda da clínica tudo mudou

O q era um pesadelo hj é realidade

Com auxilio da psicologa, do grupo e dos instrutores tudo isso se transformou

Veio a calma, a serenidade

E foi indo embora a ansiedade

sei que ainda tenho que treinar,

para baliza e a vaga de ré acertar

Mas sei também que o tempo vai me ajudar

Apesar das críticas e tropeços consegui a ansiedade vencer

As amigas do grupo e toda equipe é com muita emoção

que digo que hoje vocês tem morada no meu coração

O carro deixou de me trazer tremedeira

E hj virou pingente de pulseira

E assim minha história chega ao fim

R.C. – alta em 2017

CARTA DE ENCERRAMENTO

Fiquei pensando como poderia iniciar essa carta, afinal foram tantas emoções vividas neste período em que estive aqui... Então me veio na cabeça, o dia que cheguei aqui *rsrs, já fui logo falando que seria minha última tentativa,pois estava a muitos anos sem* dirigir. Foi na acolhida que percebi que tratava-se de um método diferente de aprendizado , e a cada dia fui tendo mais confiança em mim para poder realizar o meu objetivo de dirigir.

Recebi todo apoio que necessitava para enfrentar os meus medos e ter maior controle sobre a minha ansiedade.

Foram momentos valiosos de risos, choro, frustrações...mas tudo valeu a pena... Descobri que sou capaz!

Hoje posso dizer que conquistei minha autonomia, independência, e fortalecimento da minha autoestima.

Agradeço a todos que colaboraram com o meu desempenho e aprendizado, aos ATS: Fernando , Janailson e Rafael , sempre com muita paciência e profissionalismo estiveram me direcionando e orientando nas aulas diante de cada situação , fosse ela *fácil ou difícil. Agradeço a Cláudia pelo carinho, apoio, orientações, comprometimento* e disponibilidade, estando sempre presente em todos os momentos que foram necessários para o meu desenvolvimento e enfrentamento das situações apresentadas no dia a dia. A Maria Helena muito prestativa e sempre com palavras de incentivo. Agradeço a todas as minhas companheiras de grupo que foram fundamentais para a *minha evolução, as trocas de experiências sempre muito ricas e gratificantes.*

Sentirei saudades ..... Mas podem ter a certeza que guardarei todos os momentos vivenciados com vocês dentro do meu coração.

O importante é nunca desistirmos do nosso sonho!

Obrigada a todos!

S.X. – alta em 2017

Meninas,

Não sei por onde começar, mas vamos lá.

Cheguei aqui, depositando todas as minhas esperanças no que se relacionava a andar com minhas próprias rodas. Mas não tinha preparação técnica e emocional para isso.

Como é difícil reconhecer que você não é capaz sozinha. Enfim... ter que respirar, pensar porque comigo, assumir suas falhas e se encher de coragem.

Então começamos! Nossa como eu reclamava, como eu sofria e desconfiava de tudo, cheguei achar que os meninos colocavam os pés nos freios escondido. E pior, em muitos momentos pensava "eu vou ser o case de insucesso, tenho certeza.

Mas vocês meninas, grupo maravilhoso! No inicio era eu, Sonia a mais tímida, mas também há mais leve da turma a Noeli...ufaaa encontrei uma pessoa que se cobra mais do que eu e a Marina que nos mostrava a luz no fim do túnel.

Então seguimos e com passar do tempo as coisas ficaram mais leve. Ai chegou a Marília o equilíbrio, a Cris pura energia, a Tânia energia boa e por último Rita super ansiosa e a Lucia e seu cafezinho que agora tenho certeza, que gosta de algumas Paulistanas.

Isso tudo comandado por você Claudia que para nossa surpresa, ou minha pelo menos, é muito parecida com a gente, ansiosa, controladora, suficiente capaz e mandou muito bem com essa mulherada louca. Em especial comigo, me fez ter coragem, moderação, acreditar, ter paciência e tudo isso no momento certo. Você me ajudou a andar melhor na vida !

Todas vocês foram muito importante nessa caminhada, como é delicioso sair com meu carro e fazer, assim simplesmente fazer. Dirigir não me fez mais mãe, não me fez mais esposa e também não me fez mais profissional. Simplesmente me fez mais Viviele, mais euuuuuu. Como sou grata há esses 16 meses de puro profissionalismo e dedicação.

Gente eu venci até a Marginal , Cecília Bellina e seus colaboradores são verdadeiros heróis! Serei eternamente grata a todos vocês.

V.N. – alta em 2017

FOLHAS DE TAREFA/OBJETIVOS- Sequência de preenchimento

CLÍNICA ESCOLA CECILIA BELLINA PSICOTERAPIA

www.ceciliabellina.com.br
ouvidoria@ceciliabellina.com.br

FOLHA DE TAREFAS / OBJETIVO

N° 1

Nome: _____

DIAS	TAREFA PROPOSTA OU OBJETIVO PROPOSTO	EMOÇÕES ANTES	EMOÇÕES DURANTE	EMOÇÕES DEPOIS	DIFICULDADES TÉCNICAS
05/03	Dar a volta no quarteirão	ansiosa	apreensiva	aliviada e feliz	Tirando o pé rápido da embreagem
06/03	dar a volta no quarteirão	ansiosa	apreensiva	feliz	Tirei o pé rápido da embreagem e não consegui parar antes de fazer a curva.
07/03	Volta no quarteirão	medo porque a rua estava molhada	medo	aliviada e feliz	não tive.
09/03	dar volta no quarteirão	Tranquila	Tranquilo	Feliz	não tive
11/03	Tirar o carro da garagem, dar volta no quarteirão e colocar o carro na garagem	Ansiosa pela parte da garagem	Tranquilo	muito feliz	não tive porque o marido ajudou pelo lado de fora na parte da garagem.
12/03	Tirar o carro da garagem dar volta no quarteirão colocar o carro na garagem	Ansiosa	Tranquilo	Feliz	carro morreu durante manobra na garagem
13/03	Levei o carro do meio para a minha casa e "guardei" o carro na garagem	Tranquila	Tranquilo	Feliz	carro desligou durante manobra na garagem e em 1 cruzamento

Obs.: As tarefas deverão ser realizadas sem acompanhantes, caso contrário não serão consideradas. Esta folha deverá ser preenchida pela pessoa, ao término da cada Tarefa/Objetivo, pois as emoções e as dificuldades sentidas/encontradas ainda estão recentes e mais fáceis de serem lembradas.

CLÍNICA ESCOLA CECILIA BELLINA PSICOTERAPIA
www.ceciliabellina.com.br
ouvidoria@ceciliabellina.com.br

FOLHA DE TAREFAS / OBJETIVO

N° 2

Nome:

DIAS	TAREFA PROPOSTA OU OBJETIVO PROPOSTO	EMOÇÕES ANTES	EMOÇÕES DURANTE	EMOÇÕES DEPOIS	DIFICULDADES TÉCNICAS
16/03	Levar o carro do metrô a minha casa e estacionar na garagem	Tranquilo	Tranquilo	Feliz	não houve
17/03	Levar o carro do metrô a minha casa e estacionar na garagem	medo porque estava chovendo	Pouco ansiosa no começo, mas depois que começou foi tranquilo	muito feliz	não houve.
18/03	Tirar o carro da garagem dar a volta no quarteirão e colocar o carro na garagem	Tranquila	Tranquila	Feliz	não houve
19/03	levar o carro do metrô a minha casa e estacionar na garagem	Tranquila	tranquila	Feliz	—
20/03	Levar o carro do metrô a minha casa e estacionar na garagem	tranquila	Tranquila	Feliz	—
23/03	Levar o carro do metrô a minha casa e estacionar na garagem	tranquila	Tranquila	Feliz	—
24/03	Levar o carro do metrô a minha casa e estacionar na garagem	tranquila	Tranquila	Feliz	—

Obs.: As tarefas deverão ser realizadas sem acompanhantes, caso contrário não serão consideradas. Esta folha deverá ser preenchida pela pessoa, ao término da cada Tarefa/Objetivo, pois as emoções e as dificuldades sentidas/encontradas ainda estão recentes e mais fáceis de serem lembradas.

CLÍNICA ESCOLA CECILIA BELLINA PSICOTERAPIA

www.ceciliabellina.com.br
ouvidoria@ceciliabellina.com.br

FOLHA DE TAREFAS / OBJETIVO

N° 3

Nome: 1

DIAS	TAREFA PROPOSTA	EMOÇÕES ANTES	EMOÇÕES DURANTE	EMOÇÕES DEPOIS	DIFICULDADES
26/03/17	Retirar carro da garagem, dar volta no quarteirão e colocar carro na garagem sozinha	Ansiosa pois ia tentar tirar o carro da garagem sem o marido estar por perto	muito ansiosa Tremor nas pernas	~~alivio~~ aliviada e feliz	carro desligou na saída da garagem e o portão fechou no teto do carro.
27/03/17	Dar a volta no quarteirão e colocar o carro na garagem sem ajuda de ninguém	pouco ansiosa	medo porque o carro desligou na entrada da garagem, o carro ficou atravessado na rua, e estava descendo um ônibus	muito feliz	carro desligou na entrada da garagem.
29/03/17	Tirar o carro da garagem, levar até o metrô, voltar e colocar carro na garagem	Tranquila	Tranquila	Feliz	carro desligou próximo ao metrô porque tirei o pé muito rápido da embreagem.
30/03/17	Passar com o carro na Av. Nova Cantareira, dar a volta no Carrefour colocar carro na garagem	Tranquila	Tranquilo	Feliz	Não houve
31/03/17	Passar na av. Nova Cantareira, ir até a Av. Água fria e retornar, guardar o carro na garagem	Tranquila	Tranquila	Feliz	Não Houve
__/__/__					
__/__/__					

Obs.: As tarefas deverão ser realizadas sem acompanhantes, caso contrário não serão consideradas.

CLÍNICA ESCOLA CECILIA BELLINA PSICOTERAPIA

www.ceciliabellina.com.br
ouvidoria@ceciliabellina.com.br

FOLHA DE TAREFAS / OBJETIVO

N° 4

Nome:

DIAS	TAREFA PROPOSTA	EMOÇÕES ANTES	EMOÇÕES DURANTE	EMOÇÕES DEPOIS	DIFICULDADES
01/04/17	Ir ao Carrefour e fazer uma compra	ansiosa	Tranquila, pouco ansiosa na hora da volta (pegar o carro no estacionamento)	Feliz	parei o carro longe do terminal de pegar o bilhete, tive que tirar o cinto e abrir a porta p/ pegá-lo
03/04/17	Ir ao extra mini-mercado e fazer uma compra	ansiosa	Tranquila na ida e ansiosa na volta, mas depois tranquilo	feliz	não tive
05/04/17	Ir a padaria	Tranquila	Tranquila	Feliz	não tive
06/04/17	Ir a padaria	tranquila	Tranquila	Feliz	não tive
07/04/17	Ir a casa da minha sogra no Itaquaquecetuba	ansiosa	tranquila	Feliz	carro desligou durante o trajeto ao sair do farol
09/04/17	Ir ao carrefour fazer uma compra	tranquila	tranquila	feliz	não tive
10/04/17	Ir a padaria	tranquila	tranquila	feliz	não tive

Obs.: As tarefas deverão ser realizadas sem acompanhantes, caso contrário não serão consideradas.

CLÍNICA ESCOLA CECILIA BELLINA PSICOTERAPIA

www.ceciliabellina.com.br
ouvidoria@ceciliabellina.com.br

FOLHA DE TAREFAS / OBJETIVO

N° 5

Nome: [illegible]

DIAS	TAREFA PROPOSTA	EMOÇÕES ANTES	EMOÇÕES DURANTE	EMOÇÕES DEPOIS	DIFICULDADES
12/04/17	volta na avenida nova	tranquilo	tranquilo	Feliz	Carro desligou na saída da garagem
13/04/17	volta na avenida nova	tranquilo	tranquilo	Feliz	não tive
14/04/17	Ir a padaria	tranquilo	tranquilo	feliz	não tive
15/04/17	Ir a Cecilia Belina	tranquilo	tranquilo	feliz	não tive
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					

Obs.: As tarefas deverão ser realizadas sem acompanhantes, caso contrário não serão consideradas.

CLÍNICA ESCOLA CECILIA BELLINA PSICOTERAPIA

www.ceciliabellina.com.br
ouvidoria@ceciliabellina.com.br

FOLHA DE TAREFAS / OBJETIVO

N° 6

Nome: _____

DIAS	TAREFA PROPOSTA	EMOÇÕES ANTES	EMOÇÕES DURANTE	EMOÇÕES DEPOIS	DIFICULDADES
16/04/17	Ir a Cotasi passar na frente	Tranquila	Pouco medo pois me ultrapassaram pela direita na contramão	Feliz	Carro desligou na subida.
17/04/17	Ir ao Pet Shop da Av. Nova e a Padaria (fazer compras nos 2)	Um pouco ansiosa porque meu dia no trabalho foi estressante	Ansiosa no começo Tranquila no final	Aliviada e feliz	Não houve na parte técnica. Porém achei que não iria conseguir
21/04/17	Ir a casa da sogra	tranquila	tranquila	feliz	não houve.
22/04/17	Ir a Cécilia Bellina e depois ao Shopping	Tranquila	Tranquila	Feliz	não houve
23/04/17	Ir até a Av. Indianópolis pela 23 maio	Apreensiva	muito apreensiva pois estava trânsito	Aliviada e feliz	Perdi o retorno duas vezes na 23 e levei uma fechada.
__/__/__					
__/__/__					

Obs.: As tarefas deverão ser realizadas sem acompanhantes, caso contrário não serão consideradas.