

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Campus de Bauru-SP



PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU
PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E DA APRENDIZAGEM

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E NÍVEIS DE ANSIEDADE DE
MULHERES EM TRATAMENTO PSICOLÓGICO**

DISCENTE: Rui Mateus Joaquim
ORIENTADORA: Prof. Dra. Tânia Gracy Martins do Valle
BAURU-SP

2011

RUI MATEUS JOAQUIM

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E NÍVEIS DE ANSIEDADE DE
MULHERES EM TRATAMENTO PSICOLÓGICO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Bauru para obtenção do título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Área de Concentração: Comportamento e Saúde, sob a orientação da Prof. Dra. Tânia Gracy Martins do Valle.

**UNESP
BAURU-SP
2011**

Joaquim, Rui Mateus.

Estratégias de Enfrentamento e Níveis de Ansiedade de
mulheres em tratamento psicológico 2011.

66 f.

Orientador: Tânia Gracy Martins do Valle

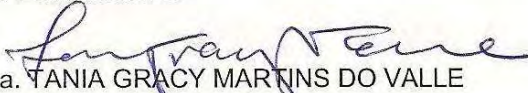
Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual
Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2011.

1. Estratégias de Enfrentamento. 2. Ansiedade.
3. Mulheres. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade
de Ciências de Bauru. II. Título.



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE RUI MATEUS JOAQUIM, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.

Aos 28 dias do mês de março do ano de 2011, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. MARIA DE LOURDES MERIGHI TABAQUIM do(a) Departamento de Fonoaudiologia/Faculdade de Odontologia de Bauru/Universidade de São Paulo, Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de RUI MATEUS JOAQUIM, intitulado "Estratégias de enfrentamento e níveis de ansiedade de mulheres em atendimento psiquiátrico e psicológico". Após a exposição, o discente foi argüido oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADO . Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE


Profa. Dra. MARIA DE LOURDES MERIGHI TABAQUIM


Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME

RUI MATEUS JOAQUIM

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E NÍVEIS DE ANSIEDADE DE
MULHERES EM TRATAMENTO PSICOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento, Aprendizagem e Saúde sob orientação da Prof. Dra. Tânia Gracy Martins do Valle.

Banca Examinadora:

Prof. Dr^a. Carmen Maria Bueno Neme

Prof. Dr^a. Maria de Lourdes Merighi Tabaquim

Prof. Dr^a. Tânia Gracy Martins do Valle

Bauru, Março 2011

Dedico este trabalho a meus pais aqueles que suportam minhas alegrias e tristezas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, minha fortaleza e meu auxílio por cada passo dado.

A meus pais Domingos Mateus Joaquim e Aparecida Leite por serem instrumentos de Deus em minha vida, amo vocês!

A minha noiva Amanda Aparecida Petek pela paciência e carinho.

A Prof.^a Dr.^a Tânia Gracy Martins do Valle pelo respeito, auxílio e paciência.

Tocando em Frente
(Almir Sater e Renato Teixeira)

*Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais
Hoje me sinto mais forte,
Mais feliz, quem sabe
Eu só levo a certeza
De que muito pouco sei,
Ou nada sei
Conhecer as manhãs
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs
É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir
Sinto que seguir a vida
Seja simplesmente
Conhecer a marcha
E ir tocando em frente
Como um velho boiadeiro
Levando a boiada
Eu vou tocando os dias
Pela longa estrada, eu vou
Estrada eu sou
[...]
Todo mundo ama um dia,
Todo mundo chora
Um dia a gente chega
E no outro vai embora
Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
De ser feliz
[...]*

RESUMO

O presente trabalho objetivou avaliar estratégias de enfrentamento e o nível de ansiedade em mulheres em atendimento psicológico do Centro de Apoio Psicossocial de Bauru. Participaram deste estudo 40 mulheres com idade entre 40 a 62 anos, pacientes psiquiátricas, em atendimento psicológico. Os instrumentos utilizados para a pesquisa foram o Inventário Beck de Ansiedade (BAI) e o Inventário Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus. Para análise estatística foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para a comparação de dois grupos utilizando como nível de significância 5%. Os resultados do BAI revelaram um índice de ansiedade considerado grave presente no grupo de mulheres em estudo bem como revelaram significância estatística nas estratégias de enfrentamento Passividade e Suporte Social. A análise das alternativas que compõem os fatores Suporte social, Fuga Esquiva e Passividade caracterizam em termos de enfrentamento o perfil das mulheres ansiosas deste estudo.

Palavras-Chave: Estratégias de Enfrentamento, Ansiedade, Mulheres.

ABSTRACT

This study aimed to assess coping strategies and level of anxiety in women, in psychological treatment at the Center for Psychosocial Support of Bauru. The study included 40 women aged between 40 and 62 years of psychiatric patients in psychological treatment. The instruments used for research were the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Coping Strategies Inventory Folkman and Lazarus. For statistical analysis we used the nonparametric Mann-Whitney test for comparing two groups using the significance level of 5%. The results of the BAI showed an index of anxiety which is serious in this group of women in the study showed statistical significance as well as strategies for coping Passivity and Social Support coping. The analysis of alternatives that make the factors and social support, Passivity characterized in terms of coping profile of the anxious women in this study.

Keywords: Coping Strategies, Anxiety, Women.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Níveis de ansiedade e escores correspondentes no BAI.....	39
QUADRO 2 – Inventário de Estratégias de <i>coping</i>	39
QUADRO 3 – Médias das respostas das participantes avaliadas pelo BAI.....	42
QUADRO 4 – Médias de respostas dos participantes avaliados pelo inventário de Estratégias de Coping	43

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Grupo Etário	41
FIGURA 2. Estado Civil	41
FIGURA 3. Ocupação	42
FIGURA 4. Classificação dos participantes pelo BAI	43

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Diferenças de médias de respostas entre grupo etário	44
TABELA 2. Diferenças de médias de resposta entre estado civil, BAI e inventário de estratégias de <i>coping</i>	45
TABELA 3. Diferenças de médias de repostas entre ocupação, BAI e inventário de estratégias de <i>coping</i>	46
TABELA 4. Diferenças de médias de respostas entre os grupos classificados pelo BAI em relação ao inventário de estratégias de <i>coping</i>	47

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Termo de consentimento livre esclarecido	61
ANEXO 2. Número de aprovação do projeto pelo comitê de ética	62
ANEXO 3. Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	63
ANEXO 4. Inventário Beck de Ansiedade.....	65

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. ANSIEDADE	18
2.1 ETIOLOGIA DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	20
2.2 PERSPECTIVA COGNITIVO COMPORTAMENTAL DO ESTADO DE ANSIEDADE	24
3. COPING	29
4. OBJETIVOS	35
5. MÉTODOS	35
6. PROCEDIMENTOS.....	38
7. RESULTADOS	40
8. DISCUSSÃO	48
9. CONCLUSÃO.....	52
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
11. ANEXOS	61

1. INTRODUÇÃO

A mulher brasileira na atualidade tem assumido, dia após dia, diferentes papéis e múltiplas tarefas em seu cotidiano. Ela é parte integrante de uma sociedade que nas últimas décadas tem passado por profundas transformações demográficas, sócio-econômicas e culturais, as quais repercutiram intensamente nas diferenças esferas da vida familiar. As tendências que mais se destacaram quanto às formas de organização doméstica, foram redução do tamanho das famílias e o crescimento da proporção destas, cujas pessoas responsáveis são mulheres (DESSEN; COSTA JUNIOR, 2005). Leone (2000) a partir de seus estudos, durante as últimas décadas do século XX, afirma que o trabalho da mulher e o crescimento da renda familiar na região metropolitana de São Paulo, estavam nas mãos de mulheres-chefes de família, com idade acima de 25 anos. Além das mulheres experimentarem alguns estressores que só fazem parte da condição do sexo feminino como a tensão pré-menstrual (TPM), a gravidez, a menopausa e as alterações hormonais. Ela tem também de lidar com situações conflitantes, como por exemplo, o controle da natalidade e a responsabilidade em manter a estrutura familiar, além de contar com sua participação econômica, a mulher, hoje, têm papel mais ativo na sociedade.

E é considerando esta atuação da mulher, no presente século, que se tornam pertinentes pesquisas a respeito da mesma, principalmente quando se tem o foco em estudos como os de Calais (2003), em que o risco de alguém apresentar sintomas de stress e ansiedade a partir dos desgastes sofridos nas suas interações com o seu contexto, não são iguais para todas as pessoas. Pesquisa realizada por Calais, Andrade e Lipp (2003), sobre escolaridade e *estresse*, descobriram que as mulheres eram mais afetadas pelo *estresse* do que os homens em todas as faixas etárias pesquisadas. Em 2004, Oliveira também observou uma diferença percentual expressiva ao comparar o nível de ansiedade e *estresse* em uma amostra de juízes e servidores públicos da cidade de Campinas. A frequência deste em mulheres (79%) superou o percentual masculino (60%). Em um estudo sobre *estresse* e qualidade de vida de pais de crianças com leucemia e o *stress* da criança, Urbano (2004) verificou um número maior de meninas estressadas se comparadas aos meninos, assim como maior incidência de *estresse* nas mães dessas crianças do que nos pais, o que dá suporte à conclusão de Lipp (2001) de que o sexo feminino necessita de mais atenção quanto ao *estresse* emocional.

A mulher também é mais discriminada do que o homem pela sociedade e ainda precisa lutar contra as exigências de padrões, falta de recursos adequados em creches e escolas maternas, enfrenta sobrecarga de trabalho e tem maridos que não ajudam (Shaevitz, 1986). Na

literatura, encontramos referências a respeito do ônus desigual pago pelas mulheres nos casais que optam pelo estilo de vida imposto pela situação de duplo trabalho, ou seja, o remunerado e o doméstico. Tal ônus está relacionado, principalmente, com o acúmulo de jornadas de trabalho, o desempenho de múltiplos papéis e funções e o alto nível de exigência pessoal (OLIVEIRA, 1995; DIOS, 1997; JABLONSKI, 2001).

A mulher trabalha para receber o pagamento e complementar ou até mesmo ter o maior salário da família e, em outras situações, ser o único salário que o grupo familiar pode contar e ainda é responsável pela maioria das tarefas de casa e pelo cuidado com os filhos, tal situação se revela agravada quando resultados de estudos, como os de Perlin e Diniz (2005) apontam que, ainda em nosso contexto social, há realidades, em que a mulher se transforma em dupla mercadoria: na esfera doméstica, pertencendo ao marido; no emprego, pertencendo ao capitalismo. Um dos resultados gerados por esse descompasso é o da insatisfação feminina com relação à divisão do trabalho doméstico (DIOS, 1996).

Pode-se considerar com base nos estudos de Diniz (1999), que a falta de igualdade na divisão de tarefas domésticas, na administração da casa e na educação e cuidado dos filhos são fatores geradores de ansiedade e estresse na esfera familiar. E quando o foco está na esfera profissional, o trabalho feminino, segundo o autor tem como características: desigualdade de salários com os homens, diferenças de acesso à promoção, à realização e aos investimentos profissionais como fontes desencadeadoras de tensões.

Para Perlin e Diniz (2005) neste início de século XXI, em algumas famílias quando a esposa trabalha fora de casa, já está havendo uma maior participação dos esposos nas tarefas do lar e no cuidado com os filhos. No entanto, estas ações não têm sido suficientes quando consideramos a carga que a mulher geralmente assume. E é provável que isto ocorra devido à pressão social, que não permite que as mulheres e os homens rompam completamente com os papéis tradicionais de gênero a eles atribuídos.

No referente ao trabalho da mulher, encontra-se na literatura disponível, estudos avaliando outros aspectos pertinentes a este tema, a serem considerados e analisados. Para eles, o que parece ser estressante não é trabalhar ou permanecer em casa, mas a atitude das mulheres perante essas escolhas. A mulher que necessita trabalhar quando prefere ficar em casa está sob maior tensão do que aquela que deseja trabalhar. Da mesma maneira, a mulher que permanece em casa quando prefere ir trabalhar está mais sob tensão do que aquela que prefere não trabalhar, mas tem que fazê-lo. A mulher precisa aprender a enfrentar as

barreiras que a sociedade ainda impõe a ela e realizar escolhas que tragam realizações (SHAEVITZ, 1986).

Em oposição Verbrugge (1983) encontrou que a atuação das mulheres em múltiplos papéis beneficia tanto a saúde física quanto o bem-estar psicológico; Rosenfield (1980) confirmou com o resultado de sua pesquisa que as mulheres só apresentam um índice mais elevado de depressão quando as mesmas estão desempenhando papéis tradicionais, e que as mulheres casadas que trabalham são mais saudáveis do que as que não possuem um trabalho remunerado.

Outros autores enfatizaram a importância das requisições de papel para dar sentido à vida de uma pessoa (THOITS, 1983; VANDEWATER, OSTROVE & STEWART, 1997), pois as identidades são sustentadas através dos relacionamentos de papéis, assim quanto mais posições o indivíduo ocupar, maior será sua segurança existencial, o que eles consideram de vital importância para o bem-estar psicológico.

Por conseguinte, diante dessas evidências é de supor que as mulheres são submetidas a diferentes momentos peculiares em seu ciclo vital, que serão vivenciados positivamente ou não, dependendo de suas características pessoais e de suas interações consigo mesma e com o ambiente em que vive. Portanto são situações geradoras de questionamentos, conflitos e ansiedade, sendo importante avaliar em quais condições tais situações ocorrem e de que modo estas mulheres buscam enfrentá-las.

2. ANSIEDADE

O enfrentamento de uma situação adversa no contexto de vida requer preparação, seja para o confronto ou para fuga o organismo humano apresenta mudanças em sua atividade autonômica e a esta condição dá-se o nome de ansiedade. A ansiedade é um estado emocional que faz parte do espectro normal das experiências humanas (Andrade & Gorenstein 1998). O fenômeno representa na história filogenética da espécie humana um mecanismo biológico altamente adaptativo. A filogenia diz respeito ao estudo das características genotípicas e fenotípicas transmitidas na história da sucessão genética das espécies orgânicas. Charles Darwin em 1857, em seu livro “*A origem das espécies*” possibilitou explicar porque certas características dos organismos são mantidas e transmitidas a gerações seguintes considerando fatores como variabilidade genética, hereditariedade e reprodução diferencial. A compreensão da ansiedade a partir de uma perspectiva

evolucionista permite pensar que dentre a variabilidade genética de organismos humanos, aqueles que, possuíam uma capacidade de interpretar as contingências ambientais de modo eficiente preparavam-se para uma ação reflexa e fisiologicamente mais adequada frente às demandas do ambiente. Tal potencial “ansioso” enquanto mecanismo fisiológico manteve-se presente na reprodução da espécie. A ansiedade sempre esteve presente na existência humana, Ballone (2005) apresenta considerações pertinentes à reflexão sobre os aspectos filogenéticos da ansiedade pontuando que é difícil concluir se o “estresse” dos ancestrais humanos em situações difíceis (um invasor ou um animal perigoso), difere daquilo que sente hoje o indivíduo contemporâneo diante das dificuldades que enfrenta. Apesar da dificuldade de tal afirmativa, a analogia apresentada parece razoável. O mecanismo ansiedade-estresse foi extremamente adaptativo para a sobrevivência da espécie diante dos perigos próprios da luta pela vida, e está presente em todos os animais acima dos répteis numa escala filogenética. Tal mecanismo pode ter sido muito útil, frente a ameaças de animais ferozes, intempéries climáticas, busca pelo alimento ou guerras tribais. No contexto da vida pós-moderna tais ameaças não existem na mesma ordem e plenitude de outrora, contudo, o aparato biológico adquirido na filogênese de sua história continua existindo.

Com a evolução e as mudanças históricas e sociais da civilização ocorreram mudanças na vida humana. A condição ameaçadora de certos eventos continua a existir em novos modos e formatos. Competitividade social, competência profissional, sobrevivência econômica, e uma infinidade de ameaças abstratas e concretas (BALLONE, 2005). Isto posto, pode-se compreender a ansiedade como a instalação de um contínuo estado de alerta, como um estado de *apreensão*. Tal estado predispõe o organismo para o enfrentamento de adversidades em seu contexto de vida, buscando a resposta adaptativa mais adequada para a situação.

A ansiedade possui uma função adaptativa e saudável, vista que busca preparar o organismo para uma ação, contudo, o excesso e o disparar contínuo do mecanismo pode levar o organismo a um dispêndio de energia considerável facilitando um processo de comprometimento da saúde do organismo. Não havendo um tempo suficiente para a recuperação do esforço realizado, prejuízos funcionais podem acentuar-se, trazendo conseqüências desadaptativas e desastrosas em termos de saúde. Persistindo, continuamente os estímulos estressores de ameaça que desencadeiam a reação de ansiedade, os recursos de adaptação acabam por esgotar-se. O *esgotamento* é um estado onde nossas reservas de recursos para a adaptação se acabam. Dada a função adaptativa da ansiedade oriunda da

necessidade da espécie de permanecer viva é que se pode falar do ponto de vista filogenético e ontogenético, de um estado de ansiedade normal (BALLONE 2005).

2.1 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

A compreensão da origem dos transtornos de ansiedade é de grande importância para os pesquisadores da área e a literatura disponível reúne exemplares para serem examinados e considerados em situações distintas.

Myazaki e Amaral (1995) afirmam que os comportamentos dos indivíduos atuam na modulação de estados biológicos e regulam o contato do organismo com variáveis funcionais do ambiente. Para a psicologia o homem constitui-se enquanto um ser biopsicossocial, portanto toda pessoa precisa ser compreendido a partir de tal perspectiva. Devem-se considerar três aspectos importantes referentes a tal conceito: condições biológicas, história de competência do indivíduo e as competências situacionais, o que implica na análise de suas habilidades sociais e recursos de enfrentamento. Atualmente, um corpo de evidências emergente sustenta elementos comuns na etiologia dos transtornos emocionais. Tais evidências vêm sendo resumidas recentemente na forma de um novo modelo etiológico chamado de “tripla vulnerabilidade” (BARLOW 1991, 2000, 2002; SUAREZ, BENNETT, GOLDSTEIN 2010). Tal modelo constitui um conjunto de vulnerabilidades que interagem entre si, e que são relevantes no surgimento do transtorno de ansiedade generalizada e transtornos emocionais relacionados. Essa teoria da “tripla vulnerabilidade” engloba vulnerabilidade biológica geral, vulnerabilidade psicológica geral, e vulnerabilidade psicológica específica que surgem das primeiras experiências de aprendizagens (SUAREZ 2009, BARLOW 2000, 2002, 2009). No que diz respeito à Vulnerabilidade Biológica Geral (VBG) entende-se que esta envolve contribuições genéticas específicas ao desenvolvimento de ansiedade e afeto negativo. Grande parte da pesquisa sobre VBG tratou dos temperamentos chamados de “Neuroticismo”, “afeto Negativo” ou “inibição comportamental”. Embora relações entre estes traços e temperamentos ainda precise ser formuladas integralmente, eles parecem coincidir substancialmente que cada um representa (parcialmente) um tema comum associado a uma vulnerabilidade biológica a desenvolver transtornos emocionais em termos gerais (CAMPBELL-SILLS, LIVERANT E BROWN 2004; BARLOW 2000, 2002). Experiências de vida precoces que criem uma sensação de que os eventos, especialmente os negativos, são imprevisíveis ou incontroláveis e acompanhados

de mecanismos de enfrentamento fracos ou inexistentes parecem constituir a gênese de uma vulnerabilidade psicológica geral para sentir ansiedade ou estados afetivos negativos no futuro.

Essa sensação de incontrolabilidade parece estar no centro dos estados de ansiedade. Quando uma vulnerabilidade biológica geral encontra uma vulnerabilidade psicológica geral e são potencializadas pelo estresse da vida o resultado parece ser o desenvolvimento de síndromes clínicas de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) ou transtornos depressivos bem como ataques de pânico em função de eventos estressantes. Tais ataques de pânico, contudo, podem não estar associados, necessariamente, a um transtorno de ordem clínica, isso considerando a terceira camada da “tripla vulnerabilidade”, a vulnerabilidade psicológica específica. Determinadas experiências de aprendizagem parecem concentrar ansiedades em circunstâncias muito específicas e estas por sua vez estão associadas a um sentido mais preciso de ameaça ou perigo. Aprendizagens específicas no início da vida podem determinar a possibilidade de pessoas considerarem pensamentos intrusivos, sensações somáticas e avaliações sociais como especificamente perigosos (BOUTON, MINEKA 2001). Como exemplo pode-se falar em pessoas afetadas por TAG cuja história de vida contou com a presença de pais rígidos, cujas advertências eram constantes quanto a comportarem-se da melhor maneira ou ter a melhor aparência para fins de aceitação social ou para evitar sua temida reprovação.

O alinhamento das três “vulnerabilidades” parece contribuir para o desenvolvimento dos transtornos de ansiedade específicos como fobia social, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de pânico. Evidências do modelo da tripla vulnerabilidade têm sido revisadas em detalhe (BARROW, 2000, 2002; BOUTON ET. AL 2001; CHORPITA ET. AL 1998.) Ainda que se aguarde mais pesquisa, o modelo é coerente com a compreensão de que existem fatores comuns na gênese e desenvolvimento de transtornos emocionais. Um estudo retrospectivo realizado por Manfro et al (2002) buscou investigar a relação entre a história de ansiedade na infância e uma possível associação com o surgimento do transtorno de pânico na vida adulta. Foram avaliados retrospectivamente 84 pacientes adultos com transtorno do pânico quanto à presença de história de transtornos de ansiedade na infância, por meio de entrevista estruturada (K-SADS-E). O K-SADS-E é uma entrevista semi-estruturada e avalia tanto o momento atual do quadro clínico do paciente quanto o pior episódio já apresentado por ele na sua história de vida. A presença de comorbidades com outros transtornos de ansiedade e de humor foi avaliada por uma revisão de registros médicos.

Os resultados mostraram que 59,5% dos pacientes adultos com transtorno de pânico apresentavam história de ansiedade na infância. Encontrou-se uma associação significativa entre a presença de história de transtorno de ansiedade generalizada na infância e a presença de comorbidades com o transtorno de pânico na vida adulta, como agorafobia ($p=0,05$) e depressão ($p=0,03$). Este estudo sugere que a história de transtorno de ansiedade na infância pode ser considerada um preditor de maior gravidade para o transtorno do pânico na vida adulta.

Barlow e colaboradores (2001) resumiram as estimativas de prevalência de transtorno de ansiedade generalizada, e relataram que as informações mais atuais mostram que há uma relação 2:1 homem / mulher para TAG. Apresenta - se também no DSM-IV valores em que de 55-60% das pessoas afetadas pela TAG são mulheres. De acordo com estudos realizados na última década transtornos de ansiedade também parece afetar um número maior de mulheres do que homens. Witchen (2002) constatou que 6,6% das mulheres e 3,6% dos homens desenvolvem TAG em algum momento durante a vida. Barlow (2009) sinaliza que o surgimento de transtornos de ansiedade possui provavelmente uma predisposição biológica, ativada no momento em que o ambiente fornece uma experiência de imprevisibilidade e falta de controle. Observa-se nos transtornos de ansiedade crenças que giram em torno de um senso de vulnerabilidade pessoal. Os esquemas são tipos de padrões cognitivos que organizam as experiências de vida do indivíduo (BECK & EMERY 1979). Estes determinam a forma como este percebe e interpreta cada situação. Cerca de 70 a 80% das pessoas que têm transtornos de ansiedade cumprem critérios de outros diagnósticos (W.MAGGE, EATON, WITTCHEN, MCGONAGLE E KESSLER 1996). Os diagnósticos associados mais comuns são fobias sociais, transtorno de pânico, depressão, abuso e dependência de álcool (W. MAGGE ET. AL 1996; SCHNEIER ET. AL. 1992).

Outro estudo sugerindo condições de comorbidade relacionada à TAG foi realizado por Munaretti e Terra (2007) e teve por objetivo investigar a presença de transtornos de ansiedade e tabagismo entre pacientes atendidos em um ambulatório de psiquiatria. Foi realizado um estudo transversal em um ambulatório de psiquiatria em Porto Alegre, no qual se aplicou SCID-I (entrevista clínica estruturada para transtornos do eixo I - do DSM-IV) em 84 pacientes, para examinar a ocorrência de transtornos de ansiedade e dependência a nicotina, também foi utilizado o Teste de Fagerstrom para identificar o grau de dependência nicotínica. Foram excluídos pacientes com esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e retardo mental.

Os resultados apontaram para frequência de 75% para os transtornos de ansiedade, sendo mais frequentes fobias específicas e transtorno de ansiedade generalizada

(TAG), com 26,2% cada um. Tabagistas representaram 21,43% da amostra e a maior parte destes obteve leve para o grau de dependência. Constatou-se associação entre ter TAG e ser tabagista, e a chance dos pacientes com TAG fumarem é 5,2 vezes maior em relação aos que não tem esse transtorno de ansiedade. A frequência de tabagismo entre pacientes com transtorno de ansiedade é alta, apresentando importante associação com TAG, e por isso deve também ser foco de atenção no tratamento desses pacientes.

No que se refere à idade, o TAG afeta as pessoas de diferentes faixas etárias. De acordo com Barlow e Brown, (2001) estimativas de prevalência de TAG realizadas em população idosa apontam que 17% dos homens idosos e 21% das mulheres idosas experimentam uma severa ansiedade. Afirmam ainda que prevalência de TAG possa ser maior nesta população do que em outras faixas etárias.

Oliveira et al (2006) exploraram a relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. Participaram do estudo 79 idosos provenientes de centro de terceira idade de um posto de retirada de medicamentos e de uma instituição asilar. Os idosos do Sul do Estado de Minas Gerais. Parte deles era proveniente de um centro de terceira idade (50,6%; $n=40$), que constituiu o grupo 1, caracterizado por apresentarem seus integrantes melhor situação financeira, podendo ser considerados de classe média e média alta. O segundo grupo foi formado por pessoas frequentadoras de um posto de retirada de medicamentos (38%; $n=30$), integrado por pessoas com situação financeira de classe média baixa. O terceiro grupo era proveniente de uma instituição asilar (11,4%; $n=9$) e composto por idosos de classe média e classe média baixa. A média de idade foi de 69 anos e oito meses ($DP=6,7$) e a idade máxima constatada neste estudo foi de 84 anos. Utilizou-se um questionário para os dados de caracterização dos idosos, bem como as Escalas Beck de Ansiedade, Depressão e Desesperança para mensurar sintomas de Ansiedade, Depressão e Desesperança. Os resultados evidenciaram relação estatisticamente significativa entre ansiedade, depressão e desesperança nos idosos. O grupo de asilados apresentou uma maior incidência de sintomas ansiosos, depressivos e desesperançosos em relação aos outros dois grupos.

Com os relatos de pesquisa aqui demarcados é possível dizer que o estudo à respeito da ansiedade humana é e está associada múltiplas variáveis que precisam ser conhecidas nas diferentes relações estabelecidas ao longo da vida do indivíduo. Esta não é uma preocupação atual do contexto científico considerando publicações como as de Beck (1976) que já afirmava, como resultado de seus estudos, que a ansiedade se origina em

experiências iniciais não satisfatórias vivenciadas pelas pessoas, que, devido a tais eventos, as pessoas acabam formando conceitos ou esquemas negativistas sobre si mesmas e sobre a vida.

Esses esquemas disfuncionais ansiogênicos ficam latentes, podendo se manifestar quando os indivíduos generalizam essas experiências negativas para situações posteriores. Tais avaliações irrealistas e generalizadas dos eventos de vida são determinantes na utilização das estratégias de enfrentamento que indivíduo lançará mão frente aos desafios em seu contexto de vida.

2.2 ANSIEDADE: PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A compreensão da ansiedade segundo a abordagem da psicologia cognitivo-comportamental propõe que os responsáveis pelo desequilíbrio emocional não são os eventos em si, mas sim expectativas e interpretações que as pessoas tecem a respeito destes. Tais esquemas cognitivos disfuncionais são responsáveis pelas emoções negativas como a ansiedade generalizada, tristeza e raiva. A ansiedade tem seus sintomas recorrentes da excessiva atividade do sistema nervoso central e ocorrem a partir da interpretação de uma situação de perigo. As pessoas ansiosas costumam ficar apreensivas por algo que julgam estar por acontecer e avaliadas por ela como terrível, tais situações ativam falsos alarmes e as mantêm após uma seqüência de avaliações com o processamento falho de informação. Costumam supervalorizar o perigo e menosprezar recursos pessoais para lidar com ele (FALCONE 2010).

Desde a década de 70 a literatura dispõe da descrição dos aspectos envolvidos na ansiedade cita-se Beck (1976) pontuando que de modo geral na ansiedade, às interpretações ou cognições relevantes estão relacionadas à percepção de perigo físico ou psicológico e que na vida cotidiana há várias situações em que os indivíduos “superestimam” o perigo continuamente em determinadas situações. Tal avaliação excessiva ativa de modo automático e reflexo, um “estado de alerta”. Este conjunto de respostas inclui: mudanças na estimulação autonômica; inibição do comportamento recorrente; sondagem seletiva do ambiente à procura de possíveis fontes de perigo. Contudo, quando a ameaça é suscitada por uma interpretação ou percepção errônea tais repostas ativadas tornam-se inadequadas à situação. Em vez de configurar uma ação funcional, adaptativa, acabam sendo associadas a ameaças, resultando num círculo cognitivo vicioso.

Esquemas cognitivos disfuncionais possuem grande responsabilidade no desenvolvimento de transtornos emocionais. Esquemas cognitivos disfuncionais são estruturas psíquicas que contêm avaliações firmemente estabelecidas, criações hipotéticas, irracionais, supergeneralizadas e rígidas. Constituem avaliações genéricas sobre si mesmo, sobre o outro e sobre a relação com o mundo que o cerca. Avaliações estas que na maioria das vezes não são conhecidas e claras para o indivíduo, mas, sob determinadas circunstâncias, influenciam a percepção dos eventos e são expressas em forma de pensamento específico sobre uma situação. Este tipo de cognição é um tipo de pensamento perturbado; pensamentos negativos automáticos. Pensamentos automáticos derivam de um “erro cognitivo” possuindo íntima relação com esquemas cognitivos disfuncionais. As interpretações feitas pelos indivíduos sobre determinados eventos da vida são determinantes na produção de emoções negativas. Barlow (2009) sinaliza que o surgimento de transtornos de ansiedade possui provavelmente uma predisposição biológica, ativada no momento em que o ambiente fornece uma experiência de imprevisibilidade e falta de controle.

Segundo Silva (2006), o medo oriundo da interpretação de imprevisibilidade e perigo iminente está no centro de vários transtornos de comportamento (mentais), conhecidos como transtornos de ansiedade. As sensações envolvidas na reação de um medo normal ou em um ataque de pânico são os mesmos: sudorese, aceleração da respiração, tremores, boca seca, formigamentos, calafrios etc. A diferença fundamental reside no fato de que na ansiedade ou medo têm-se consciência do porquê estamos reagindo daquele modo, já no pânico, por exemplo, nem sempre se consegue identificar um fator desencadeante ou estímulo óbvio para causar sentimentos tão fortes.

Observa-se nos transtornos de ansiedade crenças que giram em torno de um senso de vulnerabilidade pessoal. Os esquemas são tipos de padrões cognitivos que organizam as experiências de vida do indivíduo (BECK & EMERY 1979). Estes determinam a forma como este percebe e interpreta cada situação. Quando entrevistados pacientes com ansiedade freqüentemente referem-se a pensamentos e imagens que sugerem a percepção de um perigo considerável nas situações atuais e a ansiedade parece ser uma resposta compreensível a essas percepções errôneas (LAUDE, BOHHERT, 1974; HIBBERT, 1984).

Román & Savóia (2003) avaliaram a ansiedade no esporte em equipes de futebol e identificaram as crenças e os pensamentos disfuncionais mais comuns apresentados por esses jogadores. As pesquisadoras investigaram três equipes de futebol amador. Inventário

de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Verificaram-se 61% de sintomas de ansiedade e 39% de depressão. Os pensamentos automáticos disfuncionais relatados pelos atletas concentram-se nas concepções sobre o erro, perfeccionismo e na estrutura do trabalho. As autoras sugerem que com um plano de atendimento baseado na abordagem cognitiva comportamental, a Psicologia do Esporte pode ganhar tempo e dinâmica, auxiliando o atleta a transformar seus pensamentos disfuncionais em pensamentos racionais que levem a comportamentos mais satisfatórios a ele, à equipe e à torcida. O atleta de futebol passa por situações estressoras que, interpretadas como ameaçadoras, podem desencadear respostas de ansiedade. Altos níveis de ansiedade podem distorcer a percepção externa do atleta, causando reações erradas em momentos decisivos o que pode prejudicar seu desempenho.

Na análise da ansiedade estão relacionadas a percepção de perigo físico ou psicológico. Entretanto, quando há uma percepção errônea, mesmas respostas de ansiedade surgem inadequadamente frente a tais situações, resultando numa série de círculos viciosos que mantêm e agravam as situações de ansiedade. Muitas pessoas têm dificuldades de perceberem seus sintomas como taquicardia e dificuldade de engolir como sinais de ansiedade e procuram outros especialistas que não psicólogos ou psiquiatras. Mesmo quando encaminhado a psicoterapia é comum que ainda tenham dúvidas quanto a natureza psicológica de seus sintomas (CLARK 1997).

Na literatura analítico-comportamental dos transtornos de ansiedade há autores, (ZAMIGNANI; BANACO 2005) que discutem à respeito de respostas de evitação e eliminação de estímulos ansiogênicos. Eles apontam que além das relações funcionais de esquiva, outras relações funcionais podem ser detectadas ou consideradas como foco de intervenção. Afirmações como estas são importantes, pois podem motivar pesquisadores a estudarem a multiplicidade de variáveis envolvidas nestas relações funcionais que precisam ser conhecidas e entendidas a fim de instrumentalizar os profissionais da área que atendam a pessoas acometidas destas disfuncionalidades. A preocupação com a funcionalidade das relações entre organismo e ambiente não é recente. Desde a proposta Skinneriana (SKINNER, 1967) uma resposta se torna importante no estudo do comportamento como um todo, quando modifica o ambiente e esta modificação altera a probabilidade de nova ocorrência de respostas da mesma classe funcional. Zamignani e Banaco (2005) enfatizam que o terapeuta pode conseguir maior adesão do cliente se a relação terapêutica for baseada em condições não

punitivas porque há uma constatação de que as contingências aversivas são operações estabelecedoras que podem evocar respostas de esquiva.

Há definições para o conceito de ansiedade, mas elas não são necessariamente incompatíveis, pois abordam diferentes relações de um fenômeno complexo. Essas variações correspondem a recortes diferenciados de um mesmo fenômeno. O ponto em comum encontrado nelas é a importância que se atribui a uma sinalização de estímulo aversivo pelo estímulo pré-aversivo e a respectiva função eliciação de respostas fisiológicas. Dessa condição comum, as redes de relações (complexas ou não) são construídas e vêm a definir a ansiedade em um indivíduo (COELHO ; TOURINHO, 2008). A diversidade dos arranjos de relações que podem definir a ansiedade e a possibilidade de abordá-la a partir de cada uma dessas disposições é que surgem os diferentes estudos a respeito da ansiedade nas relações humanas no mundo atual. Muitos dos estudos cognitivo comportamentais existentes a respeito da ansiedade humana, contemplam pesquisas exploratórias onde o foco das relações estudadas não permite previsões de resultados para os investigadores científicos, outras já ocorrem num momento de refinamento de delineamentos. No entanto, o relevante não é se o estudo é exploratório ou não, mas o resultado da totalidade destas pesquisas, que forneceram para esta área de estudo, maior consistência e credibilidade, assim como instrumentalizar os profissionais da área de saúde para executarem as suas funções com pacientes que apresentaram quadro de ansiedade.

Para verificar o efeito da técnica de Relaxamento progressivo em Disfunções Temporomandibulares (DTM) nas possíveis variáveis ansiedade e estresse como desencadeadoras de tais disfunções, Esgalha (2009) realizou um estudo com 46 pacientes adultos divididos em dois grupos com 25 e 21 (controle – GC e experimental – GE), respectivamente, com DTM e muscular que procuraram um serviço especializado de Odontologia de uma universidade pública. Foram aplicados o Inventário de Ansiedade BAI (CUNHA, 2001), O inventário de Stress – ISSL (LIPP, 2002) e o Research Diagnostic Criterion – adaptado (RDC, 2007). A fase de intervenção aconteceu apenas com o GE, este foi submetido a oito sessões da técnica de Relaxamento Progressivo, em seguida os grupos foram novamente avaliados por meio dos inventários para análise do efeito da aprendizagem pelo GE. Num momento posterior o GC também passou pelas oito sessões de relaxamento. Os dados foram analisados com a estatística não paramétrica para comparação inter-grupos e intra-grupos. A partir destes resultados, que existe uma correlação positiva moderada entre os

níveis de ansiedade e estresse e entre o nível de ansiedade e o grau de dor crônica e comprovam que a técnica de relaxamento consiste em uma alternativa eficaz para diminuição do nível de estresse e do grau da dor crônica dos pacientes.

Foi realizado por Polisseni et al (2009) um estudo com 93 pacientes do sexo feminino, na faixa etária de 40 a 65 anos, para determinar a prevalência de depressão e ansiedade em mulheres climatéricas e os prováveis fatores responsáveis por sua ocorrência. Para coleta de dados foram aplicados: Anamnese, Índice Menopausal de Blatt-Kupperman, a subescala para Ansiedade, derivada da escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão (HADS-A) e o Inventário de Depressão de Beck. Os resultados obtidos apontaram que a média de prevalência de depressão entre as pacientes avaliadas foi de 36,8% enquanto que da ansiedade foi de 53,7%. Observou-se relação significativa entre a presença de sintomas climatéricos de intensidade moderada e o aparecimento dessas alterações do humor. A depressão foi mais freqüente em mulheres portadoras de ansiedade e insônia sendo a atividade remunerada considerada fator de proteção. Os fatores de risco relacionados à ansiedade foram a presença de depressão e os antecedentes de tensão pré-menstrual. Concluíram que a prevalência de depressão e ansiedade é elevada no climatério, sendo possível detectar fatores de risco relacionados à sua ocorrência.

Na busca de facilitar os atendimentos psicológicos e a comunicação mais eficiente entre o médico, à equipe de enfermagem e o paciente, Netto et. al (2009) realizaram um estudo com a meta de estabelecer roteiro de orientação, para auxiliar o trabalho destes profissionais específicos, no que se refere às alterações emocionais dos pacientes, no setor hospitalar de neurocirurgia. A pesquisa teve por objetivo conhecer as curvas dos mecanismos psicológicos ansiedade/depressão/ansiedade em 4 mulheres adultas, com uma semana de internação em um hospital do estado do Paraná para a realização de uma neurocirurgia. Os instrumentos utilizados foram: uma entrevista de cinco perguntas abertas (elaboradas pelos autores) para entender como os pacientes percebiam sua doença e a cirurgia a ser realizada e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Pelos resultados alcançados os autores não conseguiram estabelecer a curva de ansiedade/depressão/ansiedade com a justificativa do reduzido número de participantes, mas consideraram baseados nos dados de algumas questões isoladas e na literatura por eles analisadas, que a intervenção psicológica tem a possibilidade de reverter o estado emocional quando o paciente pode ser beneficiado de forma direta deste serviço.

A análise da prevalência de ansiedade e os possíveis fatores associados foi o estudo realizado por Pereira e colaboradores (2009) com 749 mulheres no climatério, cadastradas no Programa de Saúde da Família e integrantes do Projeto de Saúde de Pindamonhangaba (PROSAPIN). A coleta de dados foi por meio da aplicação de um questionário auto-referência, contendo variáveis sócio-demográficas, de ansiedade e antropometria. Os resultados mostraram que a prevalência de ansiedade foi nas mulheres casadas, com maior escolaridade, e nas desempregadas. Em conclusão afirmaram que a ansiedade foi muito prevalente, atingindo quase metade da população estudada e os principais fatores associados à ansiedade foram os hábitos de vida e as condições socioeconômicas.

Estas pontuações de resultados de pesquisas aqui relacionadas, auxiliam (ainda que parcialmente) a compreensão da atuação de possíveis variáveis envolvidas no desencadear das relações disfuncionais entre o organismo e o ambiente, que facilitam a instalação de ansiedade nas condições emocionais do indivíduo. Isto incentiva o mover de outros estudiosos para que continuamente desenvolvam investigações científicas a respeito deste tema, como é o caso do presente estudo, para que as informações resultantes possam ser somadas as demais e conjuntamente subsidiem a atuação do profissional da área da saúde.

3. COPING

Os esforços realizados pelas pessoas para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas, buscando desenvolver estratégias para tais situações têm se constituído objeto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, encontrando-se fortemente atrelado ao estudo das diferenças individuais (ANTONIAZZI, DELL'AGLIO; BANDEIRA 1998). A perspectiva de estratégias de enfrentamento em que se baseia este trabalho é a da psicologia cognitiva e caracteriza o coping como uma série de táticas utilizadas pelos indivíduos na tentativa de adaptarem-se a uma demanda estressante específica. Estas táticas são assim definidas por Folkman & Lazarus (1984):

Um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais. (p.993).

Coping é uma estratégia de adaptação, tem como função gerir um problema e modular a resposta emocional a este. Segundo Folkman e Lazarus o estresse é resultado da relação entre o indivíduo e o ambiente e o termo coping é empregado referindo-se ao conjunto de esforços utilizados pelos indivíduos objetivando protegê-los de aspectos considerados ameaçadores ao seu bem estar. O coping é um processo dinâmico visto que se relaciona com mudanças nas avaliações e reavaliações que os indivíduos fazem sobre eventos (VIVAN & ARGIMON 2009).

Estratégias de *Coping* são classificadas em dois tipos: focalizados na emoção e focalizados no problema. O *coping* focalizado na emoção visa alterar o estado emocional do indivíduo, ou seja, buscando reduzir sensações físicas desagradáveis oriundas do estado de estresse. O controle do estado emocional impede que as emoções negativas atrapalhem a elaboração e execução de ações que objetivem a solução de seus problemas. Já o segundo, o coping focalizado no problema objetiva alterar problemas existentes na relação entre o indivíduo e o ambiente, direcionando sua ação interna ou externamente e inclui estratégias de definição deste, geração de saídas alternativas, comparação em termos de custos e benefícios, seleção e execução da alternativa eleita. O uso tanto de um tipo de estratégia quanto de outra depende de uma avaliação da situação estressora na qual o sujeito encontra-se envolvido. Geralmente, a estratégia focalizada no problema é escolhida quando a situação é passível de ser modificada e a outra é utilizada quando não há a possibilidade de mudança

As estratégias utilizadas dependem e implicam : 1º) Do evento estressante específico e de como a pessoa avalia a situação no momento em que ela ocorre, o que centraliza o foco na situação e na interpretação atual da pessoa. 2º) Possui a função de administrar a situação estressora; 3º) Enfatiza a noção de como o evento é percebido e interpretado pelo indivíduo; 4º) É uma situação por meio da qual os indivíduos empreenderão esforços cognitivos e comportamentais para administrar (minimizar ou tolerar) a demanda estressante que surgiu em sua interação com o ambiente (FOLKMAN E LAZARUS 1984). Nos estudos realizados com crianças, observou-se o uso de estratégias de enfrentamento, com mais frequência, focalizadas na emoção, pois elas, geralmente, lançam mão de recursos menos elaborados para lidarem com situações conflitantes (LISBOA et al, 2002) . Quando a pesquisa com sujeitos na fase da infância tem como meta a variável gênero, a escolha de respostas de enfrentamento pode ser diferencial porque meninos e meninas são socializados de forma diferente. As meninas podem ser socializadas para o uso de estratégias pró-sociais

enquanto os meninos podem ser socializados para serem independentes e utilizarem estratégias de enfrentamento competitivas (LOPEZ; LITTLE, 1996). Para Savóia (2000), quando o indivíduo usa estratégias centradas na emoção é porque avaliou que diante de tal situação ameaçadora nada poderia ser feito para modificá-la. No entanto, as formas centradas no problema são mais prováveis quando tais condições são avaliadas como fáceis de mudar. As estratégias de enfrentamento se instalam ao longo do desenvolvimento humano e dependem da resposta do indivíduo às variáveis do contexto (ZAKIR, 2003).

Todo esse contexto, envolvendo estímulo-resposta-resultado, tem sido compreendido como processo de enfrentamento. E por enfrentamento, compreende-se a resposta às condições de vida reais ou não, que nos causam desconforto, com vistas ao bem-estar geral (CERQUEIRA, 2000). O enfrentamento é considerado por Savóia (1996), uma resposta cujo objetivo é aumentar a percepção de controle pessoal e a tendência a escolher determinada estratégia de enfrentamento depende do repertório individual, como habilidades sociais e valores, e de experiências anteriormente reforçadas de maneira diferencial. De acordo com Lazarus e Folkman (1984), existem vários recursos que podem ajudar o indivíduo a enfrentar as situações de ansiedade e estresse, entre eles: saúde e energia, crenças positivas, habilidades para resolução de problemas, habilidade social, busca de suporte social e recursos materiais.

Na literatura disponível fica demarcada compreensão de que problemas com saúde podem afetar o equilíbrio das emoções humanas. Neves (2002) realizou um estudo com trinta mulheres diagnosticadas com câncer. A pesquisa avaliou estratégias de enfrentamento e o nível de tensão das pacientes. Em relação às estratégias de enfrentamento (avaliadas com o Inventário de Estratégias de Coping – Lazarus e Folkman) as mais utilizadas pelos participantes foram à fuga e esquiva (esforços no sentido de evitar a situação aversiva) e o suporte social.

Para analisar a relação entre estratégias de enfrentamento, ansiedade e depressão Chaves & Cade (2002) pesquisaram-se 78 mulheres em tratamento para hipertensão arterial no Instituto do Coração. Para o estudo os pesquisadores utilizaram três Inventários – Enfrentamento de Folkman e Lazarus, Ansiedade de Spilberger e Depressão de Beck. Os dados foram submetidos a análise estatística, com nível de significância de 5%. Os resultados apontaram que a amostra, em sua maioria, apresentava média de traço e de estado ansiedade moderada, média de sintomas depressivos compatível com ausência de depressão e fuga-

esquiva foi a estratégia de enfrentamento que prevaleceu. Os dados mostraram forte associação entre depressão e estratégias de enfrentamento menos efetivas ($p < 0,003$) e não houve diferença estatisticamente significativa entre estratégias de enfrentamento e ansiedade.

Medeiros e Peniche (2006) verificaram a relação entre o estado de ansiedade e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes, no período pré-operatório, e investigaram uma amostra composta por 40 pacientes cirúrgicos. Para a coleta dos dados utilizaram dois instrumentos auto-aplicáveis: o questionário de estado de ansiedade de Spielberger e o inventário de estratégias de coping de Lazarus e Folkman.

A amostra compôs-se, em sua maioria, por pacientes do sexo feminino com uma idade média de 46 anos, com baixo grau de escolaridade, com experiência cirúrgica anterior e sem intercorrências anteriores. As estratégias de enfrentamento mais comumente utilizadas foram as de suporte social e a de resolução de problemas. Em relação à ansiedade e às estratégias de enfrentamento, obteve-se uma correlação negativa entre o estado de ansiedade e o suporte social e a resolução de problemas. As estratégias de enfrentamento utilizadas dependem ainda dos recursos culturais, materiais, valores, crenças, habilidades sociais e apoio social de cada indivíduo (RAVAGNANI, E.T AL 2007). De acordo com Beresford (1994), as estratégias de enfrentamento devem ser compreendidas como independentes do seu resultado positivo ou negativo. Deste modo, determinada estratégia precisa ser avaliada considerando-se o contexto no qual ocorreu o episódio de estresse, as características do próprio evento e os indivíduos envolvidos (ANTONIAZZI ET AL, 1998).

Alegrance, Souza e Mazzei (2010), realizaram um estudo com 82 mulheres com idade média de 57,4 anos para verificar o impacto do linfedema (complicação do tratamento de câncer de mama pode levar às limitações físicas, funcionais, psicológicas e sociais) nos fatores biopsicossociais das portadoras, identificando as estratégias de enfrentamento e avaliando a qualidade de vida de mulheres com e sem linfedema, após câncer de mama. Os instrumentos de avaliação foram: questionário de caracterização; questionários de qualidade de vida *European Organization for Research and Treatment of Câncer* (EORTC) QLQ-30 e BR-23; Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman. O linfedema apresentou-se em 39,03% e parece não interferir muito na qualidade de vida dessas mulheres, sendo a função social a mais prejudicada. Nas portadoras de linfedema, apenas os sintomas relacionados a algum tipo de alterações nos braços foram estatisticamente maiores, e o autocontrole foi a estratégia de enfrentamento estatisticamente mais utilizada. Outras estratégias utilizadas foram: reavaliação, resolução de problemas, fuga, suporte social e

autocontrole. Conclui-se que o uso de estratégias ativas e positivas para enfrentar o câncer de mama parece resultar na boa adaptação psicossocial.

Além das alterações da saúde dos indivíduos, o cotidiano demanda respostas (pensamentos e ações) no sentido de promoção de ajuste psicológico das pessoas e estudos podem ser citados, dentre eles: Moeller (2002), a partir de suas investigações científicas afirmou que a pessoa com maior capacidade de enfrentamento consegue reunir condições internas para emitir uma melhor reação. Isso exige uma elevada autoconsciência, relacionar variáveis presentes no ambiente e a influência destas no comportamento, motivação e disposição para aprender. A pessoa não fica imune aos efeitos de suas vivências, mas se torna apta a administrar e enfrentar as situações de forma eficiente e satisfatória, obtendo êxito. Também demarcou que as pessoas que não desenvolvem tais habilidades tendem a apresentar comportamentos de fuga e esquiva, não assumindo a responsabilidade de seus atos, passivas, tendem a usar estas estratégias de afastamento.

Borcsik (2010) investigou a presença de ansiedade em executivos após a quebra de vínculo empregatício; o estudo objetivou um identificar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos sujeitos e relacionar a influência do nível de ansiedade no enfrentamento da situação de desemprego. Participaram da pesquisa 35 indivíduos, de 35 a 56 anos, sendo 27 homens e oito mulheres, desempregados há mais de um (1) mês e em processo de recolocação no trabalho. O material utilizado para a coleta de dados foram o Inventário de Ansiedade Traço-Estado e a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas EMEP. Os dados foram submetidos ao Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 13.0 para Windows. Os resultados apontaram que o grau de ansiedade encontrava-se dentro da média esperada e houve correlação positiva significativa entre Ansiedade-Traço e Estado. Quanto ao enfrentamento e grau de ansiedade, houve correlação negativa entre ansiedade estado e o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema. De acordo com a autora quanto mais ansiedade, menos os sujeitos se orientam na resolução do problemas; houve correlação positiva entre ansiedade-estado e estratégias focalizadas nas emoções desagradáveis, indicando que quanto maior o estado ansioso mais os sujeitos se utilizavam de estratégias que inibem ações habilidosas e adaptativas. Enfrentamentos baseados em práticas religiosas e pensamentos fantasiosos também estiveram correlacionados com estratégias focalizadas na emoção (sentimentos negativos) podendo sugerir caráter adaptativo menos eficaz. Não foi encontrada correlação entre desemprego e ansiedade, porém quanto maior tempo de desemprego, menor a utilização de práticas religiosas ou pensamento fantasioso.

A análise de confiabilidade do instrumento para esse estudo, através do Alpha de Cronbach foi 0,79; a análise de variância (Anova) entre os fatores de enfrentamento e sexo indicou uma diferença significativa para os fatores de enfrentamento focalizados na emoção e religiosidade/ pensamento fantasioso ($p < 0,05$). Concluiu-se que a variável ansiedade é presente quando relacionada ao enfrentamento focalizado na emoção e busca de práticas religiosas ou pensamento fantasioso entre sujeitos em situação de desemprego; fato que sugere dificuldades de equilíbrio adaptativo. As dificuldades do dia a dia, somadas aos problemas de saúde e outros desafios que a vida dos adultos e aqui mais especificamente da mulher contemporânea se impõem, necessitam ser enfrentadas e trabalhadas nos aspectos que refletem a interação e a adaptação do paciente à doença e ao meio externo, objetivando qualidade de vida.

Portanto, cabe-se salientar, que se entende por adaptação, a condição em que os esforços de enfrentamento proporcionam controle do problema ou das conseqüências advindas do mesmo, de acordo com a avaliação pessoal do indivíduo. Nesse caso, a pessoa emite comportamentos e pensamentos buscando afastar ou minimizar a experiência conflitante e ansiogênica, ocorrendo à adaptação, situação que deve existir equilíbrio entre a situação de conflito e os recursos de enfrentamento, minimizando a ansiedade e melhorando o bem-estar (MONSEN; FLOYD; BROÓKMAN, 1992). Aspecto importante a ser considerado à adaptação ao estresse é o funcionamento social, ou seja, como o indivíduo concretiza seus papéis sociais, sua satisfação com as relações interpessoais, como se percebem e como percebem a vida. Estudiosos têm realizado esta avaliação, explorando as emoções, apesar de não terem um consenso a respeito das emoções específicas envolvidas. Investigações científicas têm analisado queixas somáticas, ansiedade e depressão, como sinais de desadaptação aos eventos estressores (ENDLER; PARKER, 1990).

Outros estudos também apontam que a pessoa em estado de ansiedade apresenta dificuldade de concentração e sensação de incompetência para resolver problemas, influenciando negativamente nas possíveis formas de enfrentamento, pois tais condições, a escolha e a elaboração atitudinal de estratégias eficazes, ficam prejudicadas, no sentido de solucionar o problema apresentado pelo seu contexto (FISHEL, 1998; CLARK, 1997).

Portanto, o presente estudo surgiu com a intenção de avaliar as estratégias de enfrentamento usadas por mulheres em sua fase adulta e com suas condições emocionais alteradas, principalmente com níveis de ansiedade considerados preocupantes. Fator a ser

salientado é que estas mulheres estavam vinculadas a atendimentos psiquiátrico e psicológico, numa unidade municipal de apoio social, onde são disponibilizados a população atendimentos ambulatoriais da área médica e psicológica. Desenvolver pesquisas em tais situações e com indivíduos com tais características, pode gerar conhecimentos específicos para auxiliar os atendimentos ministrados pelos profissionais da área da saúde junto a mulheres em condições similares.

4 - OBJETIVOS

O *objetivo geral* do trabalho foi avaliar estratégias de enfrentamento em mulheres, pacientes psiquiátricos em atendimento psicológico.

Os *objetivos específicos* constituíram-se de:

- Avaliar o nível de ansiedade de mulheres, pacientes psiquiátricos em atendimento psicológico;
- Identificar os tipos de estratégias de enfrentamento utilizados por mulheres, pacientes psiquiátricos em atendimento psicológico.
- Verificar as relações de variáveis sócio-demográficas – idade, estado civil e ocupação – em relação aos resultados dos instrumentos BAI e Inventário de Estratégias de *Coping*.
- Comparar os grupos classificados pelo BAI em relação ao Inventário de Estratégias de *Coping*.

5 - MÉTODO

Aspectos éticos da pesquisa

O estudo está de acordo com a resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10/10/1996 que regula os aspectos éticos de pesquisas que envolvam seres humanos no Brasil. Todas as informações sobre o foram fornecidas para cada um dos participantes, assim como, as providências serão tomadas referentes: esclarecimento de dúvidas, ausência de qualquer ônus para a participação na pesquisa, o sigilo das informações por ele fornecidas quando da apresentação dos dados dessa pesquisa em eventos e publicações da área. A partir

do aceite, e redimidas todas as dúvidas, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (modelo no anexo1), de acordo com a Resolução 196/96 do CONEP (Modelo no Anexo 1).

Participantes:

Participaram deste estudo 40 mulheres com idade entre 40 e 62 anos, pacientes psiquiátricas, em atendimento psicológico.

Critério de escolha das participantes:

- Pacientes com idade entre 40 a 65 anos de idade, configurando a fase adulta do desenvolvimento humano, de acordo com Bee (1997) e Papalia e Olds (2000);
- Pacientes sem medicação psiquiátrica, cuja suspensão temporária foi autorizada para participação deste estudo.
- Pacientes em controle contínuo - Setor de Psicologia, com dois (2) atendimentos semanais;
- Pacientes com nível de ansiedade prejudicial ao cumprimento da rotina diária, ou seja, aqueles que alcançaram níveis de ansiedade: moderado e grave (Quadro 1).

Local para coleta de dados:

A instituição, de onde procederam as participantes objeto de estudo, constitui no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), da Prefeitura Municipal de Bauru. A presente Unidade de Saúde Municipal é um ambulatório de especialidades que disponibiliza gratuitamente à sociedade, entre outros, atendimento psiquiátrico e psicológico.

Material:

Primeiramente foi utilizado o *Inventário Beck de Ansiedade* – BAI (2001), instrumento que mede a intensidade de sintomas de uma das emoções mais básicas do ser humano. O BAI é constituído de 21 itens que descrevem sintomas de ansiedade devendo ser avaliados pelo sujeito referindo a si mesmo, numa escala que vai até quatro pontos, referindo-se níveis de gravidade crescente de cada sintoma, como absolutamente não, levemente, moderada e gravemente (modelo-Anexo). São eles: dormência ou formigamento; sensação de calor; tremores nas pernas; incapaz de relaxar; medo de que aconteça o pior; atordoado ou

tonto; palpitação ou aceleração do coração; sem equilíbrio; aterrorizado; nervoso; sensação de sufoco; tremores nas mãos; trêmulo; medo de perder o controle; dificuldade de respirar; medo de morrer; assustado; indigestão ou desconforto no abdômen; sensação de desmaio; rosto afogueado e suor (não devido ao calor).

Num segundo momento foi utilizado o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1985) adaptado por Savóia, Santana e Mejias (1996), este é um questionário composto por 66 itens (modelo-Anexo 2 p.), que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. Geralmente o evento é relatado em entrevista, com breve descrição de quem estava envolvido, o local em que se deu o evento e o que aconteceu.

Procedimentos para coleta de dados:

5.1 – Treinamento de auxiliares de pesquisa para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Estes eram discentes dos últimos anos do Curso de Psicologia da FC – UNESP.

5.2 – Contato com a diretoria do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) da prefeitura de Bauru-SP, para exposição dos objetivos da presente pesquisa e solicitação da permissão para coletar os dados da mesma, nas dependências daquele ambulatório.

5.3 – Reunião com os profissionais: psiquiatra e psicólogo para a apresentação da proposta de pesquisa e a solicitação da cooperação dos mesmos: a) na localização dos possíveis participantes, segundo os critérios estabelecidos; b) na preparação dos mesmos, no referente ao controle da medicação psiquiátrica e na disponibilidade de atendimento psicológico diferencial durante a coleta de dados; c) na viabilização da aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

5.4 – Listagem de pacientes do CAPS, passíveis de serem participantes da pesquisa e agendamento dos mesmos.

5.5 – Reunião individual com cada paciente selecionado para o primeiro contato, com a meta de explicar aos pacientes o objetivo do presente estudo, as atividades envolvidas, a importância da sua colaboração na coleta dos dados e a garantia, em caso de utilização dos mesmos em eventos e artigos científicos, da preservação de sua identidade.

Em seguida ao estabelecimento de rapport entre pesquisador e paciente, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a assinatura do mesmo, pelo

participante, diante da compreensão e aceite das informações contidas neste material pelo sujeito alvo de estudo.

Neste primeiro contato, também foi esclarecido, que eram livres para optarem em participar ou não da pesquisa e independentemente da sua decisão, o tratamento em andamento naquele ambulatório teria sua continuidade inalterada.

5.6 – Agendamento para início da coleta de dados após o consentimento do psiquiatra e do psicólogo do setor.

5.7 – Aplicação dos instrumentos de coleta de dados:

Esta fase da pesquisa foi realizada em 2 etapas, sendo a primeira - a aplicação do instrumento para medir a ansiedade das participantes - BAI.

Passariam para segunda etapa da coleta de dados, ou seja, a submissão ao Inventário de Estratégias de *Coping*, aquelas pacientes do CAPS que alcançassem como resultado no BAI, níveis moderado e grave de ansiedade.

Para esta fase foram selecionadas 60 mulheres, mas 19 delas obtiveram no BAI, níveis de ansiedade classificados como mínimo e leve, não alcançando um dos critérios de seleção das participantes, sendo descartadas para comporem o grupo de participantes alvo deste estudo e integrarem a etapa 2 da coleta de dados. Sendo assim, foram 40 mulheres que responderam o Inventário de Estratégias de *Coping*, onde foi pedido para que o participante relatasse uma experiência recente que tivera dificuldade em resolver e, pensando em tal evento, respondesse as questões propostas no inventário.

6. PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS:

6.1 – Para analisar as respostas alcançadas com a aplicação do Inventário Beck de Ansiedade (BAI), foi utilizado o manual segundo Cunha (2001). As alternativas de respostas do BAI são consideradas de 0 a 3, embora as respostas sejam descritas de forma qualitativa . A soma dos itens constitui o escore total, que pode variar de 0 a 63. O Quadro 1 diz respeito aos níveis de ansiedade com seus respectivos escores do BAI - versão em português:

NÍVEL	ESCORES
Mínimo	0-10
Leva	11-19
Moderado	20-30
Grave	31-63

Quadro 1. Níveis de ansiedade e escores correspondentes - BAI

6.2 – As respostas obtidas com a aplicação do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1985) foram avaliadas com base as adaptações propostas por Savóia, Santana e Mejias (1996). Estes autores subdividiram as 66 respostas do instrumento original em nove categorias: confronto, afastamento, auto-controle, suporte social, aceitação e responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas, reavaliação positiva e, passividade e aceitação. Estas nove categorias de análise são partes integrantes da escala para grupos não acadêmicos (Quadro 2), onde os eventos estressantes são de grande variedade.

<i>Fatore</i>	<i>Característica</i>	<i>Questões</i>	<i>Pontuação Máxima</i>
Fator 1	Confronto	07, 17, 21, 28, 34, 47	18
Fator 2	Afastamento	41, 13, 44, 16, 32, 37, 60	21
Fator 3	Auto controle	15, 14, 43, 54, 35, 02, 19	24
Fator 4	Suporte Social	42, 45, 08, 31, 18, 22	18
Fator 5	Aceitação	51, 09, 29, 48, 25, 62, 06	21
Fator 6	Fuga e Esquiva	58, 03, 33, 40, 50	15
Fator 7	Resolução de Problemas	49, 26, 46, 01, 61, 10, 64, 52	27
Fator 8	Reavaliação Positiva	38, 56, 60, 30, 20, 36, 23, 05, 27	30
Fator 9	Passividade Aceitação	04, 11, 12, 24, 53, 55, 57	24
Total			198

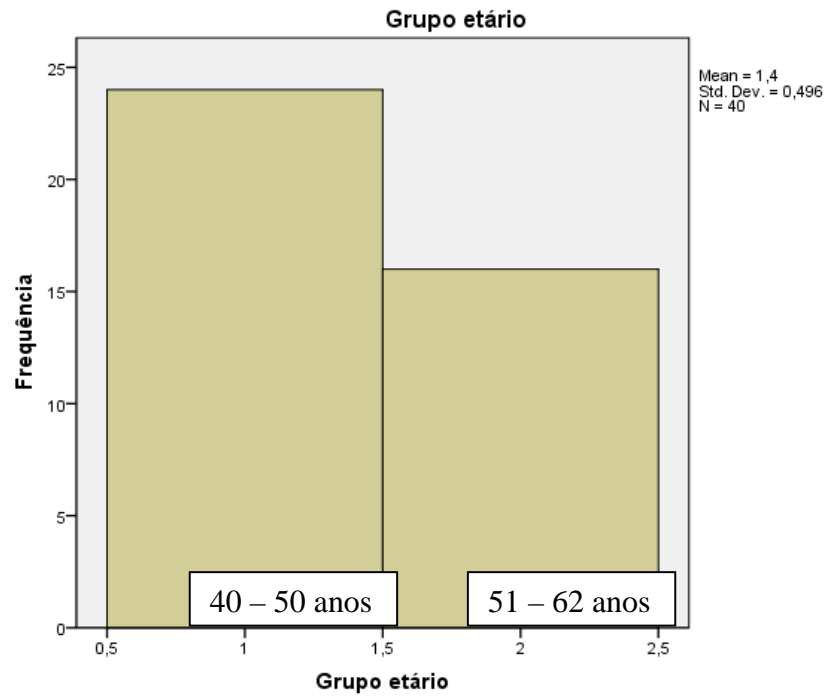
Quadro 2. Inventário de Estratégias de *Coping*.

A análise dos fatores de *coping* agrupados no Quadro 2, consistiu na soma dos elementos referentes a um fator específico (as questões) multiplicadas pelos valores 1, 2, 3. Tal operação permitiu o estabelecimento de um critério que considerou a pontuação total possível para cada item. O valor mais alto na pontuação total de um fator em questão significa que o sujeito enfrenta mais adaptadamente as situações difíceis e tem melhores atitudes para enfrentar problemas. Os valores foram classificados do seguinte modo: P - pouco / B - bastante / GQ - grande quantidade.

7. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados primeiramente descrevendo dados sócio-demográficos dos participantes. Em seguida serão abordados os dados referentes aos níveis de ansiedade presentes nas mulheres, alvo deste estudo, bem como os resultados alcançados pelas mesmas no que tange ao uso de estratégias de enfrentamento (*coping*). Na sequência, serão expostos os resultados obtidos por meio do uso do teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparação de dois grupos (2 faixas-etárias / casadas e não casadas / trabalham e não trabalham) com nível de significância de 5%. Finalmente serão descritos os dados obtidos pela comparação entre os grupos classificados pelo BAI em relação ao Inventário de Estratégias de *Coping*. No que tange à idade, essa variou de 40 a 62 anos (M= 49,10; DP= 6,012). Para fins de análises estatísticas, dois grupos etários foram estipulados, no primeiro as participantes foram alocadas mulheres entre 40 e 50 anos e foi composto por 24 (60%) mulheres e o segundo grupo, com idade entre 51 e 62, foi composto por 16 (40%) mulheres. Esses dados podem ser melhores visualizados na Figura 1.

Figura 1: Grupo etário



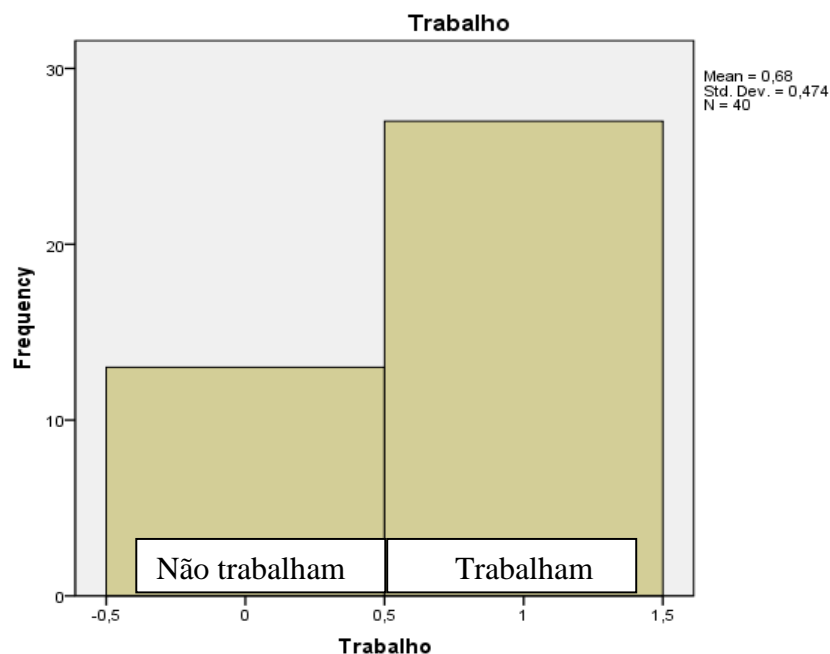
Em relação ao estado civil das participantes, 30 (75%) eram casadas e 10 (25%) não casadas (duas eram solteiras, seis divorciadas e duas viúvas). Esses dados aparecem na Figura 2.

Figura 2: Estado Civil



No que se refere à variável trabalho, 13 (32,5%) não exerciam ocupação fora de casa e 27 (67,5%) trabalhavam, dados expostos na Figura 3.

Figura 3: Ocupação



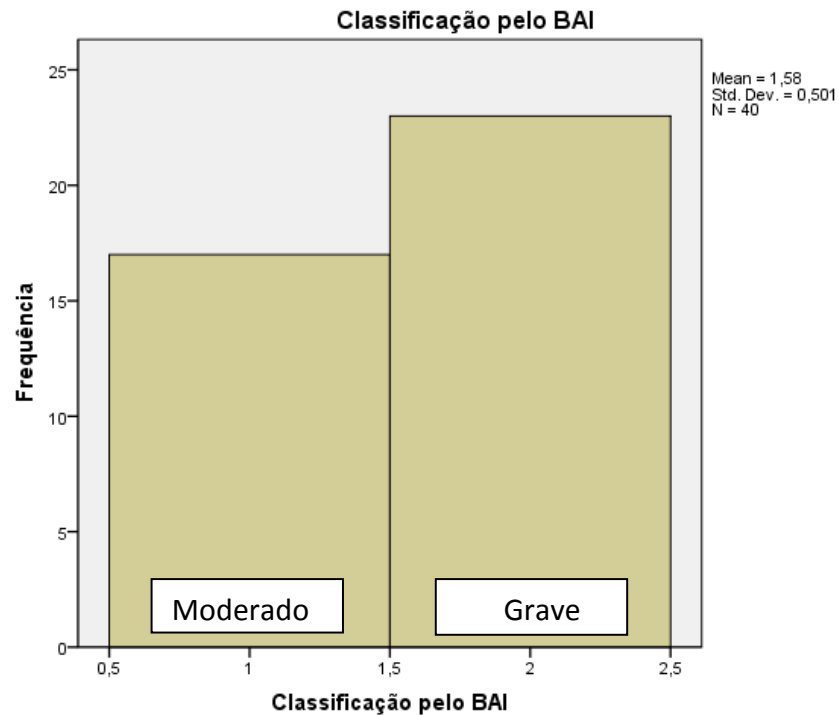
Quanto ao nível de ansiedade das participantes estabeleceu-se a comparação das pontuações obtidas individualmente no instrumento de coleta de dados BAI, em busca da média, o resultado alcançado está descrito no Quadro 2.

	BAI
Média	35,38
Desvio Padrão	11,29

Quadro 3: Média das respostas das participantes avaliadas pelo BAI

Em relação a esta média das participantes, na pontuação do BAI, o escore médio pode ser classificado como grave, comparando-se com as normas do teste (CUNHA, 2001). Mais especificamente, na amostra estudada, 17 (42,5%) das pacientes que se enquadraram no grupo moderado e, por conseguinte, 23 (57,5%) foram classificadas como grave. Esses dados podem ser observados na Figura 4.

Figura 4: Classificação das participantes pelo BAI



O quadro 4 abaixo, apresenta os tipos de estratégias de enfrentamento utilizados pelas participantes deste estudo. Os resultados das médias de respostas são comparados aos resultados das medianas, salienta-se as três dimensões do Inventário de Estratégia de *Coping* onde as médias obtidas tem valores acima da mediana (Fatores 4, 6, e 9).

	Média	Desvio Padrã	Mediana
Fator 1 – Confronto	5,98	2,842	9
Fator 2 – Afastamento	5,28	3,863	10,5
Fator 3 – Autocontrole	10,73	4,314	12
Fator 4 – Suporte Social	10,83	4,701	9
Fator 5 – Aceitação	9,35	4,732	10,5
Fator 6 – Fuga e Esquiva	8,63	3,224	7,5
Fator 7 – Resolução de Problemas	13,63	5,443	13,5
Fator 8 – Reavaliação	13,13	5,788	15
Fator 9 – Passividade	13,00	4,070	12
<i>Coping</i> TOTAL	90,48	24,448	99

Quadro 4: Médias das respostas das participantes avaliadas pelo Inventário de Estratégia de *Coping*

No Fator 4 – Suporte Social, a pontuação variou de 2 a 18, sendo que o valor máximo a ser obtido nesta dimensão é 18 (Quadro 1- p 40.), portanto o valor médio (mediana) a ser alcançado seria 9 e as mulheres aqui estudadas obtiveram 10,83. Quando o

foco é Fator 6 – Fuga e Esquiva, a pontuação variou de 3 a 15, sendo que o valor máximo para esta dimensão é 15 (Quadro 1, p. 40), o valor médio a ser obtido seria 10,5 e as participantes deste estudo alcançaram 8,63. O Fator 9 – Passividade variou sua pontuação entre 5 a 24 sendo que o valor máximo a ser alcançado seria 24 (Quadro 1, p. 40), o valor médio seria 12 e as participantes alcançaram 13,00.

Os dados expostos até aqui, nesta seção de Resultados, foram submetidos à análise estatística por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney para a comparação de dois grupos, com nível de significância de 5%.

Inicialmente são descritos os resultados referentes à variável sócio-demográfica – idade. Como pode ser observado na Tabela 1, não houve diferença estatisticamente significativa nas médias de respostas aos instrumentos aplicados em relação ao grupo etário. Contudo verifica-se que no Fator 9 – Passividade, do Inventário de Estratégia de *Coping* está a maior diferenciação de respostas entre os grupos, sendo que a parcela de participantes com idade entre 40 e 50 anos apresentou média de 17,96, e o grupo de 51 a 62 anos com 24,31.

	Grupo etário	Médis	U	P
Pontuação no BAI	40 – 50 anos	22,29	149,00	0,235
	51 – 62 anos	17,81		
Fator 1 Confronto	40 – 50 anos	21,02	179,50	0,728
	51 – 62 anos	19,72		
Fator 2 Afastamento	40 – 50 anos	20,96	181,00	0,760
	51 – 62 anos	19,81		
Fator 3 Autocontrole	40 – 50 anos	20,52	191,50	0,989
	51 – 62 anos	20,47		
Fator 4 Suporte Social	40 – 50 anos	19,25	162,00	0,405
	51 – 62 anos	22,38		
Fator 5 Aceitação	40 – 50 anos	20,25	186,00	0,868
	51 – 62 anos	20,88		
Fator 6 Fuga e Esquiva	40 – 50 anos	21,90	158,50	0,352
	51 – 62 anos	18,41		
Fator 7 Resolução de Problemas	40 – 50 anos	19,73	173,50	0,608
	51 – 62 anos	21,66		
Fator 8 Reavaliação	40 – 50 anos	19,56	169,50	0,534
	51 – 62 anos	21,91		
Fator 9 Passividade	40 – 50 anos	17,96	131,00	0,090
	51 – 62 anos	24,31		
Coping TOTAL	40 – 50 anos	19,56	169,50	0,534
	51 – 62 anos	21,91		

Tabela 1: Diferenças de médias entre grupo etário no BAI e Inventário de Estratégia de *Coping*.

Na Tabela 2, estão contidos os dados referentes à variável sócio-demográfica estado civil, e as médias de respostas aos instrumentos aplicados em relação ao grupo de casadas e não casadas. Entretanto, destaca-se que no Fator 3 - Autocontrole do Inventário de Estratégias de *Coping* houve a maior diferenciação de respostas entre os grupos, sendo que a parcela de participantes não casadas apresentou média de 15,80, e o grupo de casadas teve medeia de 22,07.

	Estado civil	Méd	U	P
Pontuação no BAI	Não casadas	18,6	131,50	0,563
	Casadas	21,1		
Fator 1 Confronto	Não casadas	18,5	130,00	0,529
	Casadas	21,1		
Fator 2 Afastamento	Não casadas	17,1	116,00	0,286
	Casadas	21,6		
Fator 3 Autocontrole	Não casadas	15,8	103,00	0,140
	Casadas	22,0		
Fator 4 Suporte Social	Não casadas	19,2	137,00	0,683
	Casadas	20,9		
Fator 5 Aceitação	Não casadas	22,5	129,50	0,521
	Casadas	19,8		
Fator 6 Fuga e Esquiva	Não casadas	19,9	144,00	0,850
	Casadas	20,7		
Fator 7 Resolução de Problemas	Não casadas	22,5	129,50	0,521
	Casadas	19,8		
Fator 8 Reavaliação	Não casadas	20,1	146,00	0,900
	Casadas	20,6		
Fator 9 Passividade	Não casadas	21,7	137,50	0,694
	Casadas	20,0		
Coping TOTAL	Não casadas	19,8	143,00	0,827
	Casadas	20,7		

Tabela 2 : Diferenças de médias entre estado civil no BAI e Inventário de Estratégia de *Coping*.

Quanto à variável sócio-demográfica, mulheres que trabalham e não trabalham, e as médias de respostas aos instrumentos aplicados em relação a estas pessoas, podem ser visualizado na Tabela 3. Salienta-se que houve diferença estatisticamente significativa no Fator 9 - Passividade da Escala de *Coping*. Nesse sentido, na presente pesquisa, participantes que não trabalhavam apresentaram médias superiores na dimensão passividade quando comparadas às participantes que trabalhavam.

	Trabalho	Méd	U	P
Pontuação no BAI	Não trabalham	16,3	122,00	0,122
	Trabalham	22,4		
Fator 1 Confronto	Não trabalham	19,5	163,00	0,716
	Trabalham	20,9		
Fator 2 Afastamento	Não trabalham	22,5	149,00	0,442
	Trabalham	19,5		
Fator 3 Autocontrole	Não trabalham	25,2	113,50	0,072
	Trabalham	18,2		
Fator 4 Suporte Social	Não trabalham	18,7	152,50	0,505
	Trabalham	21,3		
Fator 5 Aceitação	Não trabalham	22,9	144,00	0,362
	Trabalham	19,3		
Fator 6 Fuga e Esquiva	Não trabalham	22,6	148,00	0,424
	Trabalham	19,4		
Fator 7 Resolução de Problemas	Não trabalham	22,4	150,50	0,469
	Trabalham	19,5		
Fator 8 Reavaliação	Não trabalham	23,3	139,00	0,291
	Trabalham	19,1		
Fator 9 Passividade	Não trabalham	27,1	88,50	0,011
	Trabalham	17,2		
Coping TOTAL	Não trabalham	23,2	139,50	0,298
	Trabalham	19,1		

Tabela 3: Diferenças de médias entre participantes referente a variável ocupação no BAI e Inventário de Estratégias de *Coping*.

Na Tabela 4 apresentam-se os dados resultantes da comparação das diferenças de médias entre os grupos classificados pelo BAI em moderado e grave, em relação ao Inventário de Estratégias de *Coping*. Destaca-se que houve diferença estatisticamente significativa no Fator 4 – Suporte Social, do Inventário de Estratégias *Coping*.

	Grupos BAI	Méd	U	P
Fator 1	Moderado	20,5		
Confronto	Grave	20,4	195,00	0,989
Fator 2	Moderado	19,8		
Afastamento	Grave	20,9	185,00	0,773
Fator 3	Moderado	18,6		
Autocontrole	Grave	21,8	163,50	0,379
Fator 4	Moderado	15,1		
Suporte Social	Grave	24,4	105,00	0,013
Fator 5	Moderado	16,8		
Aceitação	Grave	23,2	133,50	0,089
Fator 6	Moderado	22,2		
Fuga e Esquiva	Grave	19,2	166,50	0,425
Fator 7	Moderado	17,3		
Resolução de Problemas	Grave	22,8	142,50	0,146
Fator 8	Moderado	17,6		
Reavaliação	Grave	22,5	147,50	0,188
Fator 9	Moderado	20,5		
Passividade	Grave	20,5	195,50	1,000
Coping	Moderado	17,0		
TOTAL	Grave	23,0	137,00	0,109

Tabela 4: Diferenças de médias entre os grupos classificados pelo BAI em relação à Escala de Coping.

Diante dos dados expostos, pode-se afirmar que para a amostra de mulheres aqui estudadas, a variável sócio-demográfica trabalhar com remuneração e não, pode ter relação com o tipo de estratégia de enfrentamento escolhida pela pessoa, para lidar com demandas internas e externas de um evento estressante específico. Os dados sugerem que aquelas mulheres que não têm trabalho remunerado optam por estratégias que envolvem sentimentos e atitudes de aceitação e passividade.

Com relação a amostra de mulheres das 40 mulheres, participantes deste estudo às que apresentaram nível de ansiedade grave foram as que mais se utilizaram da estratégia de enfrentamento suporte social.

8. DISCUSSÃO

Pessoas que estão em atendimento psicológico podem potencialmente constituir-se num possível grupo de participantes de pesquisa, onde se tem como meta avaliar níveis de ansiedade. Buscar indivíduos em um Centro de Apoio Psicossocial municipal foi à maneira encontrada para obter participantes que pudessem caracterizar a amostra desejada para este estudo. Os resultados encontrados serão discutidos a seguir em relação aos achados da literatura disponível e às hipóteses lançadas.

Considerando estudos que compõem a literatura específica (CALAIS; ANDRADE; LIPP, 2003; URBANO, 2004), a incidência da ansiedade em mulheres é mais prevalente do que em homens, informação que direcionou a coleta de dados deste estudo, chegando a resultados que reafirmam estes autores, considerando que todas as mulheres avaliadas, do referido ambulatório, alcançaram pontuações nos diferentes níveis de ansiedade.

Para atender um dos critérios de inclusão da amostra, os níveis de ansiedade deveriam estar entre moderado e grave, resultado obtido por 40 mulheres, corroborando com outros autores (BROWN; BARLOW, 2001; WITCHEN, 2002) que constataram em seus estudos a maior incidência de ansiedade nas mulheres.

Salienta-se que a média das participantes obtida na pontuação do BAI configurando o escore médio classificado como grave, demarca pessoas de risco, merecedoras de ajuda específica por estarem em sofrimento, constatações também alcançadas por Polisseni et al (2009) em seus estudos com um grupo de mulheres na mesma faixa etária das participantes desta pesquisa.

A literatura contempla um conjunto de estudos que procuram investigar as razões da presença de níveis acentuados de ansiedade na mulher contemporânea e apontam para transformações demográficas, sócio-econômicos e cultural, nas últimas décadas, que tem repercutido na dinâmica familiar e atingido de forma diferencial as mulheres brasileiras, impulsionado-as a assumir, concomitantemente, diferentes papéis e múltiplas tarefas. Destaca-se resultados de algumas investigações científicas que tiveram tais focos de estudo: aumento da proporção das famílias, cujas pessoas responsáveis são mulheres (DESSEN; COSTA-JUNIOR, 2005); crescimento da renda familiar onde o chefe de família é uma mulher (LEONE, 2000); ônus desigual no contexto familiar, pela situação da dupla jornada de trabalho da mulher (OLIVEIRA, 1995; DIOS, 1997; DINIZ, 1999 e JABLONSKI, 2001); subjugo da mulher ao contexto masculino, em determinadas situações ao marido e em outras

ao padrão (PERLIN; DINIZ, 2005); maior incidência da ansiedade no sexo feminino (LIPP, 2001; OLIVEIRA, 2004; URBANO, 2004).

Estes estudos citados são exemplos, outros poderiam compor esta listagem, dando suporte aos diferentes motivos que sustentam a afirmação que a mulher em pleno século XXI ainda sofre com desigualdades de tratamento em seus relacionamentos, e é provável que isto ocorra devido à pressão social, que não permite que as mulheres e os homens rompam por completo com seus papéis tradicionais de gênero a eles atribuídos ao longo da história (PERLIN; DINIZ, 2005).

No entanto, na literatura brasileira disponível foram encontradas poucas pesquisas a respeito de estratégias de enfrentamento em mulheres na fase adulta com nível de ansiedade em níveis entre moderado e grave. Desta forma, este estudo pretende contribuir para que esta área de estudo, alcance informações concretas, que possam subsidiar a ação dos profissionais da área da saúde que atendam mulheres com características similares das que compõem a amostra desta investigação científica.

Os resultados dos tipos de estratégias de enfrentamento utilizados pelas participantes estão apresentados pelas médias na seção dos Resultados e apontam para três dimensões do Inventário de Estratégias de *Coping* que foram mais utilizadas, sendo a primeira o suporte social (conversei com outra pessoa sobre o problema, aceitei a compreensão das pessoas, procurei ajuda profissional, falei com alguém como estava me sentindo), dados encontrados também em estudos como os de Medeiros e Peniche (2006) e Alegrance, Souza e Mazzei (2010). Em seguida fuga-esquiva (procurei trabalhar para me distrair; procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação; desejei que a situação desaparecesse) e passividade (deixei o tempo passar, esperei que um milagre acontecesse, aceitei o meu destino), estas duas dimensões corroboram com os resultados obtidos por Chaves e Cade (2002) e Alegrance, Souza e Mazzei (2010).

Nota-se que a ação destas mulheres em direção a problemas encontrados no contexto de vida, tem muito presente o evitar de confrontos e parecem pouco assertivas na medida em que ações concretas para gerir o problema parecem não ocorrer. Em acordo com Moeller (2002) pessoas com modos de enfrentamentos pouco assertivos, tendem a apresentar comportamentos de evitação, não assumindo a responsabilidade de suas ações, são passivas e tendem a usar estratégias de afastamento.

Comportamentos de evitação podem ser eliciados pela necessidade de eliminação de estímulos aversivos, como discutem Zamignani e Banaco (2005) e o enfrentamento de uma determinada situação pode vir atrelado a condições punitivas, de modo

que a constatação de tais condições aversivas pode produzir respostas de esquiva. Chaves e Cade (2002) obtiveram resultados semelhantes, visto que as 78 mulheres cardíacas, alvo de seus estudos, apresentaram ansiedade moderada, sintomas depressivos e a estratégia de enfrentamento mais utilizada foi fuga esquiva.

Estes dados dão indícios de que as mulheres em condições de risco escolhem estratégias menos eficientes para enfrentar situações desafiadoras. Folkman e Lazarus (1984) afirmam que para a pessoa alcançar maior efetividade no uso de estratégias de *coping* é necessário obter equilíbrio no uso das diferentes dimensões. Para Savóia (1995) as estratégias de resolução de problemas e de reavaliação positiva possibilitam que a pessoa lide mais resolutivamente com a situação conflituosa e se adapte melhor ao evento estressor.

No referente às variáveis sócio-demográficas: idade, estado civil e ocupação e a relação com as respostas dadas aos instrumentos aplicados, foi verificado tanto para idade como para estado civil, não houve diferenças estatisticamente significativas, porém a variável ocupação na dimensão passividade, houve diferença estatisticamente significativa.

No entanto, salienta-se quanto à idade – passividade, que a diferença entre os dois grupos etários (40-50 anos/ M: 17,96 e 51-62 anos/ M: 24, 31), possa ser um dado desafiador para a realização de outros estudos com maior número de participantes. Isto, considerando não somente este estudo, mas também pelos resultados de outras pesquisas, onde as pessoas mais idosas tendem a ser mais ansiosas e depressivas (OLIVEIRA, et al, 2006) condições desfavoráveis para fazer uso de estratégias de enfrentamento de forma eficiente.

Quanto à variável ocupação, houve diferença estatisticamente significativa para a dimensão passividade (trabalham - M: 17,28 e não trabalham – M: 27,19). A melhor compreensão deste resultado pode ser alcançada com outros estudos mais específicos e com maior número de mulheres na amostra, mas a maior frequência do uso desta dimensão da estratégia de *coping* pelas mulheres que não trabalham, pode indicar a situação de descontextualização em que se encontram.

Estudos, como o de Leone (2000), apontam que o crescimento da renda familiar em regiões metropolitanas está nas mãos de mulheres-chefes de família, que a atuação das mulheres em múltiplos papéis favorece tanto a saúde física quanto o bem-estar psicológico (VERBRUGGE, 1983) e que a identidade da pessoa é sustentada através dos relacionamentos de papéis, assim quanto mais posições o indivíduo ocupar, maior será sua segurança existencial (THOITS, 1983; VANDEWATER; OSTROVE; STEWART, 1997),

mulheres que não trabalham podem adoecer mais facilmente e justificar a necessidade do tratamento psiquiátrico e atendimento psicológico.

Como último objetivo, este estudo propôs comparar os dois grupos de mulheres com níveis de ansiedade – moderado e grave, e as respostas dadas ao Inventário de Estratégias de *Coping*, tendo como resultado desta comparação o fator suporte social, estatisticamente significativo, onde as mulheres classificadas no nível de ansiedade grave fizeram mais uso desta estratégia.

Focalizando as alternativas que compõem o fator suporte social, somadas às já mencionadas acima, cita-se: “falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema” e “procurei um amigo ou parente para pedir conselhos”, indica como este tipo de estratégia está centrada na emoção e provavelmente é utilizada pois a pessoa se avalia impotente para modificar a situação (SAVÓIA, 2000). Também é importante demarcar que o uso desta estratégia isoladamente, não contribui para a pessoa lidar com demandas internas e externas que surgem no cotidiano, muitas vezes de forma desafiadora, gerando desconforto e não solucionando o problema existente. Tal achado encontra concordância com os resultados obtidos por Chaves e Cade (2002).

De acordo com os resultados, pode-se afirmar que as mulheres participantes deste estudo estão em nível de ansiedade grave e não utilizam estratégias de enfrentamento em seus relacionamentos do cotidiano. Tal situação as distancia das condições necessárias para que ocorra a adaptação ao evento estressor, situação que deve existir equilíbrio entre a situação de conflito e os recursos de enfrentamento, minimizando a ansiedade e melhorando o bem estar.

Os problemas de saúde das mulheres aqui avaliados podem ter comprometido sobremaneira a sua adaptação ao estresse e, conseqüentemente, o uso de estratégia de enfrentamento, resultados respaldados pelos estudos de Endler e Parker (1990) que afirmam queixas somáticas, ansiedade e depressão, são sinais de desadaptação aos eventos estressores. E também a pessoa em estado de ansiedade apresenta dificuldade de concentração e sensação de incompetência para resolver problemas, influenciando negativamente nas possíveis formas de enfrentamento (FISHEL, 1998; CLARK, 1997).

Os dados encontrados com a realização desta pesquisa deixam evidente, que estudos similares com maior número de participantes, devem ser executados para a construção de conhecimentos mais amplos.

9. CONCLUSÃO

Avaliou-se que as estratégias de enfrentamento das mulheres pacientes psiquiátricos em atendimento psicológico são reduzidas, voltadas para a emoção, não favorecem a adaptação da pessoa a adaptação ao evento estressor.

Configura-se assim o objetivo geral desta pesquisa.

Avaliou-se que o nível de ansiedade das mulheres, alvo deste estudo, está classificado em moderado e grave, com maior incidência do nível grave, justificando as condições biopsicossociais inadequadas em que se encontram.

Efetiva-se assim o primeiro objetivo específico.

Identificaram-se os tipos de estratégias de enfrentamento utilizados pelas mulheres que integram a amostra desta pesquisa e são eles: suporte social, fuga e esquiva e passividade, demarcando a falta de efetividade nas escolhas de tais estratégias, situando – as em condições desfavoráveis para lidarem com situações conflituosas.

Concretiza-se assim o segundo objetivo específico.

Verificou-se que as relações das variáveis sócio-demográficas – idade, estado civil e ocupação – em relação aos resultados dos instrumentos utilizados para coleta de dados, não foram estatisticamente significantes no referente às variáveis idade e estado civil. No entanto, para a variável ocupação houve uma diferença estatisticamente significativa na dimensão passividade da Escala de Fatores de Coping. As constatações decorrentes deste objetivo confirmam que as participantes desta investigação científica vivenciam relações internas e externas pouco adaptáveis.

Efetiva-se assim o terceiro objetivo específico.

Avaliou-se que a comparação dos grupos classificados pelo BAI em ansiedade moderada e grave em relação aos dados obtidos com o uso do Inventário de Estratégias de Coping obteve diferença estatisticamente significativa na dimensão suporte social da Escala de Fatores de Coping. Considerando que esta estratégia está centrada na emoção, possivelmente foi utilizada porque as mulheres se avaliaram impotentes para

modificar as relações por elas vivenciadas no cotidiano. Diante de situações desafiadoras é necessário equilíbrio entre as condições conflitantes e os recursos de enfrentamento efetivas.

Concretiza-se assim o quarto objetivo específico.

Por meio deste estudo foi possível demarcar a importância da realização de investigações científicas sistematizadas, tendo como alvo de análise pessoas em situação de sofrimento e risco. Os dados decorrentes destes estudos poderão subsidiar as ações de profissionais da área de saúde e fortalecer as políticas públicas que promovem a viabilização de atendimento especializado para a população feminina.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEGRANCE, F.C.; SOUZA, C.B.; MAZZEI, R.L. (2010). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em mulheres com e sem linfedema pós-câncer de mama. **Rev. Bras. Cancerologia** .56(3): pp.341-351 2010.
- ALMEIDA-FILHO, N; MARI, J. J; COUTINHO, E; FRANCA, J.F; FERNANDES, J; ANDREOLI, S. B. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **Methodological features and prevalence estimates**. Br J Psychiatry ;171:524-9. 1997.
- ANDRADE, L; GORENSTEIN, C. Aspectos Gerais das escalas de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 25 - 6. 1998.
- ANDRADE, L; GORENSTEIN, C. Inventário de Depressão de Beck – Propriedades Psicométricas da Versão em Português. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 25 – 5. 1998.
- ANTONIAZZI, A. S., DELL'AGLIO, D. D., & BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping* : Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 42-54. 1998
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Washington DC: Associação Psiquiátrica Americana. 2000
- BALLONE,G. L. Ansiedade. **In. PsiqWeb: Psiquiatria Geral**. 2005.
- BARLOW D. H (ED.). **Manual clínico dos transtornos psicológicos (3ª ed.)**. New York: **Guilford Press**. (2001)
- WITTCHEN, HU (2002). Transtorno de Ansiedade Generalizada: Burden, Prevalência e custos para a sociedade. **Depressão e Ansiedade**, 16, 162-171.
- BARLOW, D. H. Unraveling the misteries of anxiety and it disorders from the perspective of emotion theory. **Amerycan psychologyst**, 55. 2000.
- BARLOW, D H. Manual clínico dos transtornos psicológicos, tratamento passo a passo. **Editora Artmed**. 2009.
- BARLOW, D. H. Anxiety and it disorders. The nature and treatment of anxiety and panic. **New York. Guilford Press**. 2002
- BECK, A, T. Cognitive therapy and the emotional disorders. **International Universities Press**; New York. 1976.
- BECK, A. T; WARD, C. H; MENDELSON, M; MOCK, J; ERBAUGH, J. An Inventory For Measuring Depression. **Arch. Gen. Psychiatry**. 1961.
- BOUTON, M. E. MINEKA, S. BARLOW, D. H. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorders. *Psychological Review*. 108 – 432. 2001

BRANDÃO ML, CARDOSO SH, MELO LL, MOTTA V, COIMBRA NC. The neural substrate of defensive behavior in the midbrain tectum. **Neurosci Biobehav Rev** 1994;18:339-46.

BRANDÃO ML, ANSELONI VZ, PANDÓSSIO JE, DE ARAÚJO JE, CASTILHO VM. Neurochemical mechanisms of the defensive behavior in the dorsal midbrain. **Neurosci Biobehav Rev** 1999;23:863-75

CALAIS, S.L. (2003). Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. In M.E.N.Lipp (org) **Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas** (pp.93-98). São Paulo: Casa do Psicólogo.

CALAIS, S.L.; Andrade, L.M.B.; Lipp, M.E.N. (2003). Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 2003.

CAMPBELL-SILLS, L. LIVERANT, G. L.; BROWN, T. A. Psychometric evaluation of behavioral inhibition / behavioral activation scales of in large and sample of outpatients with anxiety and mood disorders. *Psychological Assessment*, 16, 244 – 254. 2004

CARVER, C. S., SCHEIER, M. F., & WEINTRAUB, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. 1989.

CARVER, C. S., & SCHEIER, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195. 1994

CERQUEIRA, A.T.A.R. O conceito e a metodologia de *coping*: existe consenso e necessidade? In R.R.Kerbaux (org.) **Sobre comportamento e cognição**, vol.5. pp.279-89, Santo André, SP: Esetec . (2000)

CHAVES, E. C; CADE, N. V. Enfrentamento e sua relação com a ansiedade e com a depressão em mulheres com hipertensão. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, vol.4, nº.1, p.1-11. ISSN 1517-5545. Jun. 2002.

CHORPITA, B. F.; BARLOW, D. H. The development of anxiety; The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124-3-21. 1998.

COSTELLO, E. BORKOVEC, T.D. Distúrbio de ansiedade generalizada. In. FREEMAN, A.; DATILLIO, F.M. **Compreendendo a terapia cognitiva**. Campinas: Editorial psy, 1998.

COELHO, N.L.; TOURINHO, E.Z. O conceito de ansiedade na análise de comportamento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 21 (2), pp. 171-178. 2008.

COES, M. C. B. Ansiedade: uma avaliação quantitativa de seus efeitos negativos sobre o desempenho no vestibular. **Psicol. Teor. Pesqui.** 7 (2): 137-47, maio-ago. 1991.

CLARK, D. M. Estados de ansiedade, pânico e ansiedade generalizada. Em Hawton, P. M., Salkovskis, P. M., Kirk, J. e Clark, D. M. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos um guia prático**. pp. 75-137. São Paulo. Martins Fontes. 1997.

COYNE, J. C; LAZARUS, R. S. Cognitive style, stress perception, and coping. In I. L.

Kutash & L. B. Schlesinger (Eds.), **Handbook on stress and anxiety: Contemporary knowledge, theory, and treatment.** (pp. 144-158). San Francisco: Jossey-Bass. 1980.

COMPAS, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, *101*, 393-403. 1987.

COMPAS, B. E., MALCARNE, V. L., & FONDACARO, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 405-411. 1988.

COMPAS, B. E., BANEZ, G. A., MALCARNE, V., & WORSHAM, N. (1991). Perceived Control and Coping with stress: a developmental perspective. *Journal of Social Issues*, *47*(4), 23-34. 1991.

CUNHA, J. A. Manual da Versão em Português das Escalas Beck - **Casa do Psicólogo**, São Paulo. 2001.

DESSEN, M.A. ; COSTA JUNIOR, A.L. A Ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre. **Artmed**, 2005

DINIZ, G. Homens e mulheres frente à interação casamento-trabalho: aspectos da realidade brasileira. Em Féres-Carneiro, T. (Org.), **Casal e família: entre a tradição e a transformação** (pp. 31-54). Rio de Janeiro: NAU 1999.

DIOS, V. C. **A interação entre trabalho e família em mulheres profissionais na área de saúde.** Dissertação de Mestrado em Psicologia, Instituto de Psicologia, UnB. 1997.

ESGALHA, L.R. **Disfunção Temporomandibular (DTM): impacto do relaxamento sobre ansiedade e estresse.** 2009.74f. Dissertação – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências, Bauru.

ENDLER, N.S; PARCKER, J. D. A. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*. *58*. 844-854. 1990.

FALCONE, E. (2001) A relação entre o estresse e as crenças na formação dos transtornos de ansiedade. In Zamignani, D.R. (org.) **Comportamento e cognição: A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos.** 1ª.ed. Santo André, SP: Esetec.

FISHEL, A .H. Nursing management of anxiety and panic. **The Nursing Clinics of North America**, *33* (1), 135-51. 1998.

FOLKMAN, S; LAZARUS, R. S. **Stress, appraisal, and coping.** New 'York: Springer. 1984.

_____. If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*, 150-170. 1985

FOLKMAN, S; LAZARUS, R. S; GRUEN, R. J; DELONGIS, A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**. *50*.

571-579.1986.

FOLKMAN, S; LAZARUS, R. S; DUNKEL-SCHETTER, C; DE LONGIS, A; GRUEN, R. J. Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**. Vol. 50, No. 5, 992-1003. 1986.

HAGNELL, O; LANKE, J; RORSMAN, B; OJESJO, L. Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years: The Lundby Study. **Psychol Méd.** Sweden. 12:279-89. 1982.

HOLAHAN, C.J., & MOOS, R.H. Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 739-747. 1985.

HOLROYD, K. A; LAZARUS, R. Stress, coping and somatic adaptation. Em Goldberger, L. e Breznitz, S. **Handbook of stress: theoretical and clinical aspects**, pp. 21-35. London: Collier Macmillan. 1982.

JABLONSKI, B. (2001). Atitudes frente à crise do casamento. Em Féres-Carneiro, T. **Casamento e família: do social à clínica** (pp. 81-95). Rio de Janeiro: Nau.

JENKINS, R; MELTZER, H. The National Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain. **Soc Psychiatry Epidemiol**; 30:1- 4, 1995.

KESSLER, R. C; MCGONAGLE, K. A; ZHAO, S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. **Archives of General Psychiatry**; 51:8-19. 1994.

KORSZUN, A.; YOUNG, E.A.; SINGER, K.; CARLSON, N.E.; BROWN, M.B. and CROFFORD, L. Basal Circadian Cortisol Secretion in Women with Temporomandibular Disorders **J. Dent. Res.** 81(4): 279-283, 2002.

LEWIS, A. Problems Presented by the Ambiguous Word "Anxiety" as Used in Psychopathology. In: **The Later Papers of Sir Aubrey Lewis**. Oxford University Press. 1979.

LIMA, M. S; BÉRIA, J. U; TOMASI, E; CONCEIÇÃO, A.T; MARI, J. J. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **Int J Psychiatry Med.** 26:213-24. 1996.

LIMA, M. S. Epidemiologia e Impacto Social. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.21 s.1 São Paulo, maio. 1999.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer (1984)

LEONE, E.T. (2000). Renda familiar e trabalho da mulher na região metropolitana de São Paulo nos anos 80 e 90. Em M.I.B. Rocha (org). **Trabalho e Gênero** (pp. 85 – 110) São Paulo: Editora 34.

LIPP, M.E.N. (2001). *O stress e a beleza da mulher*. São Paulo: **Connection Books**.

LINTSEN, A.M.; VERHAAK, C.M.; EIJKEMANS, M.J.; SMEENK, J.M.; BRAAT, D.D. Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. **Human Reproduction**. 24 (5) pp. 1092-1098. (2009)

LIPP, M.E.N. (2002). **Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2^a.ed. Revisada. (2002)

LISBOA, C.; KOLLER, S.H.; RIBAS, F.F.; BITENCOURT, K.; OLIVEIRA, L.; PORCIUNCULA, L.P.; MARCHI, R.B. (2002). Estratégias de *coping* de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. **Psicologia; Reflexão e Crítica**. 15 (2), pp.345-362. 2002
LOPEZ, D.F.; LITTLE, T.D. Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain. **Developmental Psychology**, 32, 299-312. (1996)

MANFRO, G. G.; ISOLAN, L; BLAYA, C.; SANTOS, L.; SILVA, M. Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtornos de ansiedade na infância. **Revista Brasileira de psiquiatria**, 24 (2):26-9, 2002.

MASON, P; WILKONSON, G. The prevalence of psychiatric morbidity. **OPCS survey of psychiatric morbidity in Great Britain**. Br J Psychiatry ;168:1-3. 1996.

MCCRAE, R. R.; COSTA, P. T. JR. Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. **Journal of Personality**, 54, 385-405. 1986

MYAZAKI, M.C.O.S. AMARAL, V.L.A.R. Instituições de saúde In. Rangé. B. Psicoterapia comportamental e cognitiva, pesquisa, prática, aplicações e problemas. Campinas Psy III. 1995

MOELLER, J.E. **A resiliência no perfil do empreendedor catarinense, a partir da aplicação das cinco características identificadas por Daryl R.Conner**. 2002. 107f. Dissertação – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MONSEN R. B; FLOYD, L. BROOKMAN, J. C. Stress, coping-adaptation: Concepts for nursing. **Nursing Form**, 27 (4) 27 – 32. 1992

MUNARETTI, C. L.; TERRA.; M. B. Transtorno de ansiedade: Um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. **J. Brasileiro de Psiquiatria**, 2007.

NETTO, R.; MESTRE, M.; SANTOS, D.C.L.R.; ZOTTO, L.L.S. Ansiedade e depressão em pacientes com tumores do sistema nervoso, hospitalizados à espera de cirurgia. **Rev.Bras.Ter.Comport.Cogn**. 11 (2) pp.267-284 2009

NEVES, E.M.L. **Estratégias de enfrentamento após o diagnóstico de câncer**. Monografia de conclusão do curso de Aprimoramento em Psicologia da Saúde, Serviço de Psicologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo. 2002

OLIVEIRA, M. C.. **A família brasileira no limiar do ano 2000**. Trabalho apresentado no Seminário Equidade entre os Sexos: uma agenda para a virada do século, na Sessão sobre Relações de Gênero, Trabalho e Família, organizado pela Fundação Carlos Chagas, São Paulo 1995

- OLIVEIRA, J.B. Fontes e sintomas de *stress* em juízes e servidores públicos: diferenças entre homens e mulheres. **Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas**, Campinas. 2004
- OLIVEIRA K. L.; SANTOS, A.A.A.; CRUVINEL, M.; NÉRI, A.L.; Relação entre ansiedade depressão e desesperança em idosos. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá v. 11, n.2, p.351-359 2006
- O'BRIEN, T. B.; DELONGIS, A. The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: The role of the big five personality factors. **Journal of Personality**, 64, 775-813. 1996
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.
- PARKES, K.R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. **Journal of Personality and Social Psychology**, 46, 655-668.
- PEREIRA, W.M.P.; SCHMITT, A.C.B.; BUCHALLA, C.M.; REIS, A.O.A.; ALDRIGHI, J.M. (2009). Ansiedade no climatério: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** 19 (1): pp.89-97
- PERLIN, G.; DINIZ, G. (2005). Casais que trabalham e são felizes: mito ou realidade? **Psicologia Clínica**. v.17, n.2, pp.15-29
- POLISSENI, J.; FERNANDES, E.S.; GUERRA, M.O.(2009). Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 31(1): pp.28-34 (2009)
- THOITS, P.A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. **American Sociological Review**, 48, pp.174-187.
- RAVAGNANI, LEDA MARIA BRANCO; DOMINGOS, NEIDE APARECIDA MICELLI; MIYAZAKI, MARIA CRISTINA DE OLIVEIRA SANTOS. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 12, 2007.
- ROBBINS, N; REGIER, D.A. Psychiatric disorders in America: the epidemiologic Catchment Area study. **Library of Congress Cataloging-in-Publication Data**. New York. 1991.
- ROSENFELD, S. Sex differences in depression: Do women always have higher rates? **Journal of Health and Social behavior** . vol, 21. 1980.
- SAVÓIA, M. G. (1995). *Relação entre eventos vitais e mecanismos de coping no transtorno do pânico*. **Resumo de: DEDALUS: Tese de Doutorado, USP**, São Paulo, Brasil.
- SAVÓIA, M. G; SANTANA, P. R; MEJIAS, N.P. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus Para o Português - **Psicol. USP** - bases.bireme.br. 1996.
- SAVOIA, M.G. (2000). Instrumentos para a avaliação de eventos vitais e de estratégias de

enfrentamento (*coping*) em situações de estresse. In L.H.S. Gorenstein; A.W.Z. Andrade (eds.). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia** (pp.377-87). São Paulo: Lemos-Editorial.

SHAEVITZ, M.H. (1986). **Síndrome da super mulher**. Rio de Janeiro: Ed. Record.

SULS, J., DAVID, J.P., & HARVEY, J.H. (1996). Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality*, 64, 711-735. 1996

SILVIA, A. B. B. *Mentes com medo*. São Paulo, Integrare editor. 2006.

SUAREZ, L.; BENETT, S. M.; GOLDSTEIN, C.; Understand anxiety disorders from “triple vulnerability” framework. In M. M. Antony: **Handbook of anxiety and the anxiety disorders**. New York. Oxford Press. 2009

TAPP, J. T. Multisystems holistic model of health, stress and coping. Em: *Stress and coping*. Field, T. M., McCabe, P. M., & Scheneiderman (Eds.). **Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates**. 1985

URBANO, M.F.G. (2004). **Stress e qualidade de vida dos pais de crianças com leucemia e o stress da criança**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

VANDEWATER, E.A.; OSTROVE, J.M.; STEWART, A.J.(1997). Predicting women’s well-being in midlife the importance of personality development and social role involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72 (5), pp.1147-1160.

VERBRUGGE, L.M. (1983). Multiple roles and physical health of women and men. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (3), pp.16-30.

WATSON, D. & HUBBARD, B. Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 64, 737-774. 1996.

ZAMIGNANI, D.R.; BANACO, R.A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. VII (1) pp. 77-92 2005.

ZAKIR, N.S. (2003). Mecanismos de *coping*. In M.E.N.Lipp (org.) **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas** (pp. 93-98). São Paulo: Casa do Psicólogo.

ANEXO 1



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG: _____
_____, autorizo a utilização dos dados obtidos no projeto: **“ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E ANSIEDADE DE MULHERES EM TRATAMENTO PSICOLÓGICO”**, para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalho científico, ressaltando o sigilo e a ética no que se refere a qualquer informação que permita a minha identificação. Estou ciente de que não tenho nenhum ônus referente à participação na mesma e que poderei deixar de participar a qualquer tempo sem prejuízo de outras atividades que participo no Centro de Psicologia Aplicada. Fui informado que em caso de dúvida deverei procurar a responsável pelo projeto, a Profa. Dra. Tania Gracy Martins do Valle, que deverá ser contatada pelo telefone (14) 3103 6090.

Bauru, ____ de _____ de _____.

(Nome do participante)

Aplicador: _____

ANEXO 2



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Bauru



O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, em sua 58ª Reunião Ordinária realizada no dia 24 de agosto de 2010, no Prédio do STI da Faculdade de Ciências da UNESP, Campus de Bauru, às 09h00, após análise do parecer emitido pelo relator **APROVA** o projeto “Análise das relações entre coping, ansiedade e depressão de pacientes em atendimento psiquiátrico”, Processo nº 1053/46/01/10, sob responsabilidade da Professora Doutora Tânia Gracy Martins do Valle.

Bauru (SP), 24 de agosto de 2010

PROF. DR. ARI FERNANDO MAIA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO 3

Inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada o que você fez na situação

0 não usei essa estratégia.

1 usei um pouco.

2 usei bastante.

3 usei em grande quantidade

1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.....0 1 2 3 4
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.....0 1 2 3 4
4. Deixei o tempo passar _ a melhor coisa que poderia fazer era esperar o tempo é o melhor remédio.....0 1 2 3 4
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.....0 1 2 3 4
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa.....0 1 2 3 4
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.....0 1 2 3 4
8. Conversei com outra(s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.....0 1 2 3 4
9. Critiquei-me, repreendi-me.....0 1 2 3 4
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.....0 1 2 3 4
11. Esperei que um milagre acontecesse.....0 1 2 3 4
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.....0 1 2 3 4
13. Fiz como se nada tivesse acontecido.....0 1 2 3 4
14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos.....0 1 2 3 4
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.....0 1 2 3 4
16. Dormi mais que o normal.....0 1 2 3 4
17. Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema.....0 1 2 3 4
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.....0 1 2 3 4
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a sentir.....0 1 2 3 4
20. Inspirou-me a fazer algo criativo.....0 1 2 3 4
21. Procurei a situação desagradável.....0 1 2 3 4
22. Procurei ajuda profissional.....0 1 2 3 4
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.....0 1 2 3 4
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma.....0 1 2 3 4
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.....0 1 2 3 4
26. Fiz um plano de ação e o segui.....0 1 2 3 4
27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado.....0 1 2 3 4

28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos.....0 1 2 3 4
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim.....0 1 2 3 4
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava..... 0 1 2 3 4
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema..0 1 2 3 4
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.....0 1 2 3 4
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou
Medicação.....0 1 2 3 4
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.....0 1 2 3 4
35. Procurei não fazer nada apressadamente, ou seguir o meu primeiro impulso...0 1 2 3 4
36. Encontrei novas crenças.....0 1 2 3 4
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.....0 1 2 3 4
38. Redescobri o que é importante na vida.....0 1 2 3 4
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.....0 1 2 3 4
40. Procurei fugir das pessoas em geral.....0 1 2 3 4
41. Não deixei me impressionar, recusava-me a pensar muito sobre essa situação.0 1 2 3 4
42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos.....0 1 2 3 4
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.....0 1 2 3 4
44. Minimizei a situação recusando-me a me preocupar seriamente com ela.....0 1 2 3 4
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.....0 1 2 3 4
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.....0 1 2 3 4
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa (s).....0 1 2 3 4
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.....0 1 2 3 4
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que
fosse necessário.....0 1 2 3 4
50. Recusei a acreditar que aquilo estava acontecendo..... 0 1 2 3 4
51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez..... 0 1 2 3 4
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema..... .0 1 2 3 4
53. Aceitei, nada poderia ser feito..... 0 1 2 3 4
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras.....0 1 2-3 4
coisas que eu estava fazendo..... 0 1 2 3 4
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como me senti..... 0 1 2 3 4
56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma.....0 1 2 3 4
57. Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles
em que eu estava.....0 1 2 3 4
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.....0 1 2 3 4
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.....0 1 2 3 4
60. Rezei.....0 1 2 3 4
61. Preparei-me para o pior.....0 1 2 3 4
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.....0 1 2 3 4
63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo.....0 1 2 3 4
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.....0 1 2 3 4
65. Eu disse a mim mesmo (a) que as coisas poderiam ter sido piores.....0 1 2 3 4
66. Corri, ou fiz exercícios.....0 1 2 3 4

Adaptado por Savoia *et al.* (1976) do original de Folkman & Lazarus (1985).



ANEXO 4

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

Absolutamente não

Levemente
Não me incomodou muito

Moderadamente
Foi muito desagradável mas pude suportar

Gravemente
Difícilmente pude suportar

1. Dormência ou formigamento.
2. Sensação de calor.
3. Tremores nas pernas.
4. Incapaz de relaxar.
5. Medo que aconteça o pior.
6. Atordoado ou tonto.
7. Palpitação ou aceleração do coração.
8. Sem equilíbrio.
9. Aterrorizado.
10. Nervoso.
11. Sensação de sufocação.
12. Tremores nas mãos.
13. Trêmulo.
14. Medo de perder o controle.
15. Dificuldade de respirar.
16. Medo de morrer.
17. Assustado.
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.
19. Sensação de desmaio.
20. Rosto afogueado.
21. Suor (não devido ao calor).