

DM
Hirs. 1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA

CARACTERÍSTICAS DE ANSIEDADE TRAÇO - ESTADO, NUM GRUPO DE
INDIVÍDUOS QUE EXERCEM AS FUNÇÕES DE ATENDENTE E AUXILIAR
DE ENFERMAGEM NUM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Kléria Isolde Hirschfeld


Dissertação apresentada ao

Instituto de Psicologia Aplicada de Lisboa

Para prestação de provas de mestrado em

Psicopatologia e Psicologia Clínica

Lisboa, jan/2001

	ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação	
Registo:	14449
Data:	31/10/2003
Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt	

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA

CARACTERÍSTICAS DE ANSIEDADE TRAÇO - ESTADO, NUM GRUPO DE
INDIVÍDUOS QUE EXERCEM AS FUNÇÕES DE ATENDENTE E AUXILIAR
DE ENFERMAGEM NUM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Kléria Isolde Hirschfeld

Dissertação apresentada ao

Instituto de Psicologia Aplicada de Lisboa

Para prestação de provas de mestrado em

Psicopatologia e Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Doutor Eurico de Figueredo

Lisboa, jan/2001

*Via de regra, o que não está à vista
perturba a mente do homem mais
seriamente que o que ele vê.*

Júlio César

Dedico este trabalho àqueles que na
riqueza da simplicidade muito me
ensinaram.

Para André e Rodrigo, razão de ser
maior de tudo que faço.

Aos meus filhos, pela presença e
ausência e, em especial pela
compreensão da importância dos dois.

Agradecimento especial

A todas as pessoas que me acompanharam nesta jornada de aprendizado e crescimento pessoal.

*(...) “ em nossa memória vão ficar, as profundas raízes vão crescer, a luz das pessoas me fez ver...”
(Beto Guedes)*

Ao Prof. Doutor Eurico de Figueredo pelos ensinamentos e orientação que, ao longo do tempo dessa caminhada me ajudaram a pensar e a encontrar um sentido para as coisas.

Ao Prof. Doutor Jorge Trindade pela disponibilidade e ajuda na elaboração final desse trabalho.

Ao Prof. Doutor Arno Bayer pela sua disponibilidade e ajuda nos aspectos estatísticos.

Aos demais professores do ISPA e da ULBRA, que de alguma forma se fizeram presentes nesta trajetória.

Às Instituições:

Ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, que nos oportunizou a realização da coleta de dados, e a todos os participantes da amostra estudada.

Ao ISPA bem como a ULBRA, por oportunizarem este encontro e este trabalho, acreditando no seu sucesso.

ÍNDICE

Resumo	12
Abstract	14
Introdução	16
Revisão bibliográfica	19
Afetividade	19
Descrição dos fenômenos afetivos	23
Emoção	23
Evolução das emoções	29
Sentimentos	34
As questões da ansiedade	38
Tensão	39
Stress	41
Fatores específicos que são fontes de motivação de stress	48
Condições atuais internas	48
Stress no trabalho	49
Sobrecarga	49
Falta de estímulo	49
Alterações do sono	49
Ruído	50
Falta de perspectiva	50
Mudanças constantes	50
Ergonomia	50
Síndrome de Burnout	51
Outros aspectos de importância no estabelecimento no stress	52

Dificuldade de comunicação	52
Conseqüências pessoais	52
Lista de sintomas de stress na depressão	52
Sintomas genéricos agravados ou desencadeados pelo stress	53
Doenças psicossomáticas desencadeadas ou agravadas pelo stress	53
Ansiedade	54
Ansiedade e conflito	61
Ansiedade normal e patológica	63
Ansiedade patológica	67
Transtorno do pânico	70
Fobia social	72
Ansiedade generalizada	73
Transtorno somatoforme	73
Ansiedade, medo e angústia	74
Medo	74
Angústia e ansiedade	81
Ansiedade como traço de personalidade e como estado	86
Ansiedade nas instituições	91
Pesquisas sobre ansiedade	99
A pesquisa	105
Histórico do local da pesquisa	105
Justificativa	108
Atividades dos auxiliares de enfermagem no Hospital Psiquiátrico São Pedro	110
Objetivos	111
A problemática: a questão da pesquisa	111

As hipóteses	114
Variáveis em estudo	115
Definições operacionais	115
Remanejamento interno	116
Auxiliar de enfermagem	116
Atendente de enfermagem	116
Metodologia	117
Universo	117
População	117
Amostragem	117
Descrição da amostra	117
Instrumento	118
Plano de coleta de dados	120
Procedimento estatístico	122
Apresentação dos resultados	123
Análise dos dados levantados através da idade nas diferentes amostras	123
Alfa de Cronbach	125
Distribuição dos dados referentes ao perfil sócio-demográfico dos participantes do grupo sem formação (Gs/f)	127
Distribuição de acordo com os dados obtidos pelas variáveis	128
Local de origem	128
Religiosidade	129
Estado civil	130
Nível de escolaridade	130
Tempo para lazer (férias)	132

Viagem para outro país	132
Viagem para outra cidade ou estado do Brasil	133
Situação familiar	134
Situação financeira	134
Tempo de serviço na função	136
Idade	136
Sexo	137
Distribuição dos dados obtidos a partir do cruzamento das variáveis, referentes ao grupo sem formação (Gs/f)	
Estado civil X sexo	139
Nível de escolaridade X sexo	140
Viagem para outro país X sexo	140
Viagem para outra cidade ou estado do Brasil X sexo	141
Distribuição dos dados referentes ao perfil sócio-demográfico dos participantes do grupo com formação (Gc/f)	
Distribuição dos dados referentes as variáveis	142
Idade	142
Sexo	143
Concepções religiosas	144
Local de origem	145
Estado civil	146
Nível de escolaridade	147
Aproveitamento do tempo de lazer	148
Viagem para outro país (férias)	148

Viagem para outra cidade ou estado do Brasil	149
Com quem reside	150
Situação financeira	151
Tempo de serviço na função de auxiliar e atendente de enfermagem	152
Distribuição dos dados obtidos a partir do cruzamento das variáveis referentes ao grupo com formação	153
Distribuição dos dados obtidos a partir do cruzamento das variáveis	153
Estado civil X sexo	153
Nível de escolaridade X sexo	154
Viagem para outro país X sexo	154
Viagem para outra cidade ou estado do Brasil X sexo	155
Situação financeira X sexo	155
Descrição do tratamento estatístico relacionado ao instrumento em si	156
Descrição estatística dos dados levantados no Instrumento – IDATE –	
Ansiedade estado grupo sem formação	157
Comentários sobre a tabela ansiedade estado – grupo sem formação	158
Descrição estatística dos resultados levantados no instrumento – IDATE –	
Ansiedade traço grupo sem formação	160
Comentários sobre a tabela ansiedade traço – grupo sem formação	161
Descrição estatística dos dados levantados no instrumento – IDATE -	
Ansiedade estado – grupo com formação	163
Comentários sobre a tabela de ansiedade estado – grupo com formação	163
Descrição estatística dos resultados levantados no instrumento – IDATE –	
Ansiedade traço – grupo com formação	165

Comentários sobre a tabela ansiedade traço – grupo com formação	166
Dados obtidos a partir dos testes “t” Student e de Levene’s	168
Dados referentes ao Teste de Levene’s e Student - ansiedade traço - do ambos os grupos	169
Comentários sobre a tabela resultante dos testes Levene’s e Student – ansiedade traço- ambos os grupos	169
Dados estatísticas referentes ao Teste de Levene’s e Student – IDATE – ansiedade estado - ambos os grupos	172
Comentários sobre tabela apresentada	172
Análise das médias obtidas pelos grupos nos itens referentes às questões sinto-me calmo e sinto-me bem	173
Sinto-me calmo	174
Sinto-me bem	175
Descrição das médias obtidas pelos grupos no somatório geral dos dados	176
Discussão dos resultados	177
Conclusão e sugestões	184
Referências bibliográficas	187
Anexos	196

RESUMO

Através deste estudo, busca-se entender mais a fundo as questões ligadas à ansiedade, investigando a influência dos traços de personalidade e a formação acadêmica, na sua manifestação.

Para tanto, utiliza-se o Inventário de Ansiedade traço-estado de Spielberger, Gorsuch e Lushene (IDATE), traduzido e adaptado à população brasileira por Angela Biaggio e Luiz Natalicio 1979.

A amostra é composta por oitenta e um indivíduos de ambos os sexos, dos quais quarenta e seis possuem formação acadêmica voltada especificamente para a área de enfermagem, enquanto os demais (trinta e cinco) possuem o curso fundamental, com treinamento prático, para realização das tarefas de enfermagem e, a partir disso exercem a função de auxiliar e atendente de enfermagem, no Hospital Psiquiátrico São Pedro.

As análises estatísticas dos dados levantados através do Inventário (IDATE) foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 10.1. Neste processo, os itens que compõem as escalas do Inventário foram submetidos a um tratamento estatístico, onde buscou-se a valorização do instrumento a medida que se obteve, através dos cálculos estatísticos, o valor da sua consistência interna. Usou-se ainda o Teste de Levene's e o Teste "t" de Student, voltando-se, assim, ao estudo da homogeneidade de variância, a partir da elaboração das médias correspondentes a cada item do instrumento, e níveis de significância correspondentes.

A fundamentação teórica surge a partir de um percurso histórico e epistemológico, onde as questões sobre a ansiedade foram se delineando, definindo as

noções fundamentais que permitem o entendimento das questões que se colocam nesta perspectiva.

Os resultados mostram que a formação acadêmica influencia no aumento da intensidade da ansiedade, provavelmente impulsionado pelas expectativas de busca de soluções para a clientela, que estão contidos na bagagem do conhecimento do enfermeiro, e limitadas pela característica da doença das pessoas atendidas (Pacientes psiquiátricos), bem como pelas características da própria instituição.

ABSTRACT

We tried to understand more deeply, through the personality trait influence and academic formation, one's demonstration.

We used the Anxiety Inventory Test-State of Spielberger, Gorsuch and Lushene (AITS), translated and adapted to Brazilian population by Angela Biaggio and Luiz Natalicio in 1979.

This sample is compounded by eighty-one individuals – forty-six, bithmale and female, with academic formation in nursinarea and the remaining thirty-five with elementary, formation but with practical training to perform nursing tasks.

The data statistical analyses, aroused through the Inventory (AITS), were performed by using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), 10.1 version. In this process the items wilt consist of the Inventory Scale were submitted to a Statistical treatment, where there internal consistence value was searched through statistical calculations, aiming the accuracy index of this instrument. Besides that, we started a search in order to know the dimension interference of the symbolic phenomenon through the study of homogeneously, using Levene's Test. After that, wended "t" Student Test, where trough Statistical samples, we featured values referring to the difference among averages.

The theoretical base appeared after a historical and epistemological route, where the topics on anxiety were outlying themselves, defining fundamental notions that allow the understanding of the questions that which are brought to this perspective.

Results show the academic formation influence in the increase of anxiety intensity, probably stimulated by expectations related to the search of studios to

clients, which are already in the nurse knowledge and limited by the illness feature of the assisted persons (psychiatric patients) as well as by the institution features.

INTRODUÇÃO

A ansiedade é um sentimento útil que coloca o indivíduo numa posição de alerta, atento a um perigo iminente, possibilitando o uso de medidas adequadas para lidar com a ameaça. Sem ela, portanto, o indivíduo estaria vulnerável ao perigo e ao desconhecido. Dessa forma, é um componente do desenvolvimento normal nas mudanças e nas experiências inéditas.

Na sua forma patológica, a ansiedade se caracteriza por uma sensação subjetiva de tensão e preocupação, as vezes difíceis de definir. Pode estar acompanhado de sintomas físicos como sensações de mal-estar gástrico, dor precordial, palpitações, sudorese excessiva e cefaléia colocando o indivíduo numa constante posição de alerta. Como transtorno psiquiátrico leve, a ansiedade está colocada entre os mais comuns na população geral. Pesquisas mostram que 20% da população num determinado momento da sua vida apresentam um transtorno de ansiedade.

As suas formas de apresentação podem ser mais ou menos agudas, porém está sempre presente um estado de tensão, que pode variar de minuto para minuto ou acompanhar o indivíduo o dia todo. Os sintomas manifestados de forma leve ou moderada interferem de forma significativa na vida diária, causando dificuldades para trabalhar, dormir e principalmente no relacionamento com os demais.

Investigações mostram a influência do ambiente na sua manifestação, o que significa que o “stress”, um dos fatores que desencadeiam a ansiedade é causado pelas condições de vida, do ambiente, da cultura e das dificuldades que as pessoas passam em determinado período de sua vida.

Nestas circunstâncias, a ansiedade leve pode passar espontaneamente, na medida em que o “stress” termina, ou pode evoluir para um quadro mais grave, fato esse que aumenta a necessidade e o interesse em quantificar os fenômenos psicopatológicos que

se apresentam numa situação de ansiedade. Devido a isso, aumenta a necessidade de instrumentos de avaliação, como as escalas de avaliação da ansiedade, que permitem um avanço rápido e significativo nas investigações sobre os transtornos de ansiedade.

O uso das escalas surge como meio de obtenção de dados de forma sistematizada, possibilitando a replicação dos mesmos. Além disso, auxiliam na melhoria da qualidade e do refinamento das avaliações diagnósticas, pois consistem em uma tentativa de quantificar a intensidade de determinado traço de personalidade ou sintoma, proporcionando uma avaliação geral mais consistente de determinada síndrome psiquiátrica.

Em se tratando de um transtorno de ansiedade, as escalas de avaliação clínica tem sido divididas em: escalas que avaliam o estado de ansiedade e, questionários que avaliam o traço de ansiedade. O estado de ansiedade é transitório, pois. Trata de uma sensação emocional em determinado momento e, é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e opressão conscientemente percebidos pelo aumento da atividade do sistema nervoso autônomo. Na mensuração da ansiedade estado, os escores variam em relação à intensidade do perigo percebido, e modifica-se com o tempo. Já a ansiedade traço apresenta-se como uma tendência estável do indivíduo em relação a ansiedade. É o que caracteriza as diferenças na capacidade de reagir a situações ameaçadoras com alterações da ansiedade estado.

É, portanto, fixa, pois trata-se de uma característica da personalidade, que pode ser avaliada por questionários e escalas, onde os escores mostram-se sensíveis a mudanças em relação às situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo.

As escalas mais utilizadas são a escala de Hamilton para ansiedade (HAMA) e o inventário de ansiedade traço-estado de Spielberger, o IDATE.

Estudos recentes mostram a utilização do IDATE nas investigações da ansiedade. Foi utilizado numa pesquisa que investigou a ansiedade dos pais e a adaptação de seus filhos à pré-escola, encontrando relações positivas entre essas variáveis. Outra investigação empreendida em 1998 estudou as relações de ansiedade de pais e mães e a ansiedade de seus filhos, onde se encontram relações interessantes, mostrando a influência das mães e não dos pais.

Estes são apenas dois entre tantos outros estudos onde as escalas foram utilizadas para avaliar a ansiedade. O que se tem conhecimento é sua utilização em pesquisas clínicas e em treinamentos em psicopatologia fenomenológica devido sua objetividade e fidedignidade que caminham juntos.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Afetividade

O aparecimento da espécie humana é colocado por Darwin como um salto qualitativo no processo de evolução, onde cada etapa significa um marco no seu desenvolvimento. Salto que promoveu uma transformação do organismo inteiro, inclusive das necessidades e de suas formas de exteriorização, através das condutas instintivas.

A este proposto, é importante ressaltar, que o processo evolutivo levou o organismo a uma transformação qualitativa, que modificou e aprimorou as necessidades humanas, não apenas na sua forma de expressão, mas, também, em seu conteúdo interno, o qual é exteriorizado através da conduta, e que repercute internamente sob a forma de manifestações de sensibilidade interna de “tonalidade agradável”, quando satisfeito, ou “desagradável”, quando frustradas as necessidades (Miranda, 1979).

O que nos surge aqui, posto em causa das necessidades consideradas fenômenos elementares, dos quais derivam no homem, são *“os fenômenos afetivos, onde a luta entre os impulsos e a vontade, podem organizar múltiplas formas de sentimentos complexos, emoções, humor e sentimentos, caracterizando, assim, os fenômenos afetivos”* (Miranda, 1979). Assim, sempre que uma necessidade se manifesta, segundo Miranda, gera-se no organismo, como um todo, um desequilíbrio que se estabelece e do qual resulta na sensação desconforto, que tende a aumentar de forma progressiva até que a necessidade seja satisfeita. No entanto, lembra Miranda (1979), que uma vez satisfeita a necessidade, recupera-se o equilíbrio interno do sistema orgânico, instalando-se uma sensação de bem estar. Caso contrário, *“quando da não satisfação*

da mesma, sensação de desconforto se prolonga, e o organismo tenta responder por outros meios, seja deslocando a energia da pulsão frustrada por outra via diversa, mas dirigida sempre ao mesmo objeto” (p.169).

Neste processo, o sistema límbico associa-se ao córtex cerebral, ao hipotálamo, à estrutura do diencéfalo, que *“modula o sistema nervoso autônomo (simpático e para simpático) e o metabolismo, através do controle hormonal hipofisário, dando assim, um colorido emocional, as experiências sensoriais, e constituindo um espectro intermediário entre a vida mental afetiva e a vida fisiológica “ (Bastos, 1997 p.134).*

Assim, o estímulo é levado ao cérebro que tem como principal tarefa a de especificar suas características e ativar padrões motores predeterminados, visando a proteção do indivíduo, ficando a escolha da melhor resposta, ou seja, a valorização do estímulo, sob responsabilidade da emoção, fato que a torna responsável pelas opções de reações e idéias que tragam o maior ganho, com menor risco (Lakas; Rosenthal; Engelhardt, 1996). Neste processo, segundo os autores acima citados, o prazer, o desprazer, a tensão, o estresse, a ansiedade e o medo são os sinais emocionais que mostram como o cérebro computa esses riscos, onde as emoções servem de parâmetro, auxiliando a avaliar as situações, partindo de critérios de valoração positiva ou negativa para as situações de vida, participando ativamente da percepção que se tem das situações vividas (Bock, 1999).

Desta forma, a afetividade referida como a “qualidade” permeia e confere ao modo de relação do indivíduo uma tonalidade de humor, o qual, influenciará no modo como a pessoa perceberá o mundo e a realidade. Tem-se, então, os afetos (ligam-nos aos demais de forma duradoura) e humor (estado de ânimo fundamental), *“conjunto de fenômenos formadores dos sentimentos que impregnam o mundo com sua*

intencionalidade, revelando a sensibilidade do ser humano frente a satisfação ou frustração de suas necessidades” (Pio-Abreu, 1997 p.95).

Evidenciam-se, assim, aspectos do processo mental, que identificam no ser humano as expressões da vida afetiva, caracterizando todo o seu modo de ser emocional, bem como o seu modo de reagir, que estão diretamente relacionados com a totalidade das estruturas do indivíduo, desde a impulsividade à sua percepção e à sua consciência, passando naturalmente pelas motivações que determinam o seu comportamento (Fonseca, 1997).

Neste aspecto, a afetividade aparece como uma função psíquica que, ao lado dos impulsos e da consciência, formam o núcleo da personalidade, determinando por si, só, ou interagindo com os demais, penetra e colore a psique total e cada uma das suas manifestações imagináveis. Neste sentir, o afeto tem profunda influência sobre o desenvolvimento dos aspectos cognitivos podendo acelerar ou diminuir o seu ritmo, bem como ser determinante na escolha do conteúdo que será foco de maior atenção (Souza, 2000^a), *“processando assim, suas respostas, a partir do desenvolvimento, do neocórtex, onde se encontra localizado no ser humano, o cérebro da linguagem, da matemática e do pensamento abstrato”, além do cérebro das artes, da interação social e do ‘insight’ (Bastos, 1997, p. 134).*

Desta forma, o afeto torna-se fundamental na estruturação da conduta e das reações individuais, com suas raízes no âmago da esfera instintiva, as quais se vinculam às chamadas “emoções primárias” e de onde emergem as inclinações e as paixões, e que trazem consigo repercussões tanto no psiquismo quanto no somático, uma vez que se estendem aos limites extremos da sensibilidade corporal superficial, onde dão origem aos estados afetivos sensoriais correspondentes, identificados como agradável e desagradável (Silva, 1994).

Neste processo surgem os afetos, como as matrizes psíquicas, *“onde, o prazer e a dor, surgem como afetos primários, estabelecendo dois pontos extremos, entre os quais encontram-se inúmeras tonalidades e intensidade de afetos, que podem ser vagas, difusas e difíceis de nomear ou de serem discriminadas”* (Bock, 1999 p.189).

Além disso, o afeto aparece como norteador da auto-estima, desenvolvida a partir da inter-relação afetiva com os demais, transformando-se na essência humana em termos de sentimento, na medida que tem na auto estima, o substrato que serve de base para o seu desenvolvimento (Souza, 2000b). Caracterizando assim, o estado de humor da pessoa de acordo com suas características, que identificam a qualidade essencial do estado envolvido com toda sua intensidade, na expressividade, e na duração, imprimindo, assim, junto à atividade básica, uma característica da personalidade (Scharfetter, 1999). Tem, portanto,

“na sua dinâmica, a característica de que, uma vez instalado, o afeto torna-se e aparece de forma latente, no entanto, pronto a reacender-se e transformar-se em emoção perante o reaparecimento de objetos a que está ligado, seja isso, aos olhos, ou às recordações, expectativas, ou imaginação, transformando-os em habilidades, ou seja, em capacidade de experimentar sentimentos e emoções “ (Paim, 1993 p.139).

Desta forma, o afeto pode se apresentar em várias dimensões, onde encontramos sentimentos subjetivos, tais como, amor, raiva e depressão; aspectos expressivos, sorriso, raiva e lágrimas, incluindo, interesses e desejos, tendências e valores; emoções em geral.

Portanto, o afeto, como foi definido por Bleuler (1906), designa e resume *“não só os afetos, em sua acepção mais estrita, mas, também, os sentimentos ligeiros ou matrizes sentimentais de agrado ou desagrado”* (Cabral & Nick, 1998, p. 16).

Descrição dos Fenômenos Afetivos

Derivadas, primariamente, das necessidades dos organismos mais primitivos, as manifestações afetivas são constituídas das emoções, dos sentimentos e do humor, e se expressam da seguinte maneira.

Emoção

Ao referir a palavra emoção, segundo Damásio (2000), em geral pensa-se em uma das “*assim chamadas emoções primárias ou universais: alegria, tristeza, medo, raiva, surpresa ou repugnância*” (p.74). No entanto, segundo o autor, existem outros comportamentos que são designados como emoções. Incluem-se neste grupo as chamadas emoções secundárias ou sociais, como ciúme, embaraço, culpa ou orgulho, bem como as emoções de fundo, tais como bem estar ou mal estar, calma ou tensão, além de considerar ainda como emoções os impulsos ou motivações e estados de prazer ou dor. Segundo Damásio (2000), as emoções de fundo são:

“detectadas por meio de detalhes sutis, como a postura do corpo, a velocidade o contorno dos movimentos, mudanças mínimas na quantidade e na velocidade dos movimentos oculares e no grau de contração dos músculos faciais” (p.76).

As emoções de fundo, segundo o autor, surgem por indutores internos, ativados pelos próprios processos reguladores da vida, mas podendo também ter como causa processos “*contínuos de conflito mental, explícito ou velados, na medida em que esses processos acarretam a satisfação ou inibição constantes de impulsos e motivações*” (p. 76). Além disso, um esforço físico prolongado, pode acarretar uma emoção de fundo. Ou seja, certos estados internos causados por processos físicos contínuos ou por interações do organismo com o meio, ou ainda ambas as coisas, segundo Damásio,

(2000) causam reações de fundo, levando a emoções como, os sentimento de fundo de tensão ou relaxamento, fadiga ou energia, bem-estar, ansiedade ou apreensão.

Para o autor, embora as emoções de fundo não façam uso do repertório diferenciado de

“expressões faciais explícitas que facilmente definem as emoções primárias e sociais, as emoções de fundo também se expressam em complexas mudanças músculo-esqueléticas, como por exemplo, em posturas sutis do corpo e na configuração global dos movimentos corporais”.

(Damásio, 2000,p.76)

Conforme Damásio (2000) *“as emoções de fundo sobrevivem bravamente às doenças neurológicas (...) elas se mantêm em pacientes com lesão na amígdala”* (p.76/77).

Tem-se assim, as emoções, que nada mais são expressões afetivas acompanhadas de reações intensas e breves do organismo, em resposta a um acontecimento inesperado, ou, às vezes, muito agradável fantasia (Bock, 1999). É, portanto, segundo o autor, *“um estado agudo no qual é possível observar a relação dos afetos com o organismo, através das reações orgânicas e das modificações que ocorrem no mesmo”* (p. 190) Trata-se, pois, de um estado psicológico capaz de provocar um rompimento brusco no equilíbrio psicológico, provocando reações manifestas frente àquelas condições afetivas que, pela sua intensidade, mobilizam para algum tipo de ação.

Neste sentido, o termo *“emoção surge como uma designação genérica, que engloba o sentir (afeto), e a expressão física involuntária desse sentimento”* (Silva, 1994). Como tal, apresenta-se como um fenômeno que se manifesta, tanto no psíquico, como no somático, transformando-se num *“fenômeno global, onde a consciência de si, a consciência do corpo e a própria consciência do mundo se aproximam e fundem sob a mesma intencionalidade”* (Pio – Abreu, 1997, p. 93).

Desta forma, fundamentados num núcleo biológico, as emoções são um conjunto complexo de reações químicas e neurais, que formam um padrão característico, que tem por finalidade auxiliar o organismo a preservar a vida (Damásio, 2000). Os organismos que produzem as emoções

“ocupam um grupo razoavelmente restrito de regiões subcorticais, começando no nível do tronco cerebral e chegando até regiões localizados em uma região superior do cérebro; os mecanismos são parte de um conjunto de estruturas que regulam e representam estados corporais.”
(Damásio, 2000, p.75)

Assim, como parte integrante da estrutura psíquica, as emoções são fenômenos afetivos mais complexos, que ocorrem no subcortex, o que justifica sua correlação com os sintomas somáticos, principalmente àqueles decorrentes do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) (Miranda, 1979), englobando-o num todo, o afeto e a expressão física do mesmo, formando assim, uma expressão característica relacionada à situação presente e futura, integrando, também nesse processo, a sensação, a percepção e a representação, acompanhando-as com a chamada “ressonância emocional” (Silva, 1994). Liga-se, segundo o autor, também “à memória, na medida que sua lembrança permanece por mais tempo transformando-se, eventualmente, em afeto ou humor, provocando assim, mudanças de atitudes e, tornando-se a partir desse aspecto, um forte componente da ansiedade” (Pio-Abreu, 1997 p.96).

Sendo assim, as emoções são experienciadas como “sentimentos mais básicos que podem motivar comportamentos a partir do mundo exterior” (Atkinson, 1997, p. 408), se apresentando como “movimentos agitados” (McConnel, 1989) “correlacionados à atividade do sistema nervoso autônomo, causando tensão ao organismo, por este “consumir seus recursos mais rapidamente que o normal” (Wolf, 1987 p.152).

Como parte integrante dos processos do organismo, segundo Wolf (1987), a formação e evolução do processo emocional está relacionado ao amadurecimento do Sistema Nervoso Autônomo, ao qual está vinculado, e composto por fatores que se estimulam entre si inibindo ou estimulando as atividades orgânicas. Se um órgão é estimulado, outro é inibido, transformando, assim, os processos somáticos durante o processo de excitação, como, por exemplo, impulsos instintivos, que podem ser exteriorizados, como “*estados de angústia ou cólera*” (Wolf, 1987 p.154).

Para o autor isto acontece em função do Sistema Nervoso Autônomo estar relacionado às funções glandulares, que modificam as reações emocionais conforme haja uma hiper ou hipoatividade glandular.

Estudos mostram, que “*o tálamo também está envolvido com as relações emocionais, especialmente com a liberação dos processos inibitórios devido a uma paralisação do controle da conduta*” (Wolf, 1987, p.150). Segundo Wolf, é assim que o equilíbrio psíquico dos processos estimulantes se perde, e o sujeito, que sofre um choque emocional, se desestrutura.

Nesse processo, a experiência da emoção é levada a muitas partes do corpo, a qual o coloca diante de um novo estado, em que são introduzidas mudanças significativas, que são registradas por uma série de parâmetros relativos ao funcionamento das vísceras (coração, pulmão, intestinos, pele, etc.), musculatura esquelética (a que está ligada aos ossos), glândulas endócrinas (como a pituitária e as supra-renais), formando o elo de ligação entre a mente e o corpo e estabelecendo, uma configuração específica determinante, tanto na dimensão quanto na intensidade, identificando, assim, as considerações sobre a vida emocional, tais como o “normal ou patológico”, conforme sua interferência no bom “*ajustamento do homem ao seu ambiente*” (Silva, 1994 p. 126).

“...parece que a energia emocional, distribuída normalmente por todo o organismo se acumula num ponto e, descarrega-se em uma difusão de energia, dando lugar a movimentos inúteis e incontroláveis, tais como, andar de um lado para outro, mexer com as mãos, nos cabelos, ou descarregar o excesso de energia em atos violentos” (p. 149).

Assim, a excitação emocional coloca o sujeito sob uma variedade de tensões biológicas, *“intrapésíquicas e comportamentais que, se continuarem durante muito tempo, podem levar seus recursos à exaustão, constituindo a percepção afetiva e impulsionando a atividade para um fim, através da liberação da energia da tensão inibidora, que estimula o organismo para reações emocionais”* (Wolf, 1987 p. 149), cujas manifestações podem ser observadas sob três diferentes aspectos, a saber:

“... 1) mudanças orgânicas associadas com a excitação e o relaxamento; 2) comportamento emocional tal como lutar, armar e fugir; 3) sentimentos subjetivos que dão um saber distinto aos aborrecimentos emocionais” (McConnel, 1989, p.25).

Esta interferência da atividade emocional no comportamento do ser humano, ao nível de tendência afetiva, manifesta-se desde o nascimento, e tem caráter essencialmente físico (comportamento psicomotor, fisionomia fome, sede, manifestações viscerais) (Melo, 1979) podendo, em outros momentos ter uma tonalidade emocional, caracterizado por alegria ou tristeza, sempre que sua dimensão atingir certo grau de intensidade (Fonseca 1997).

No seu processo evolutivo, as emoções, que dependem de mecanismos cerebrais estabelecidos de modo inato, acomodados ao longo da história evolutiva, são influenciados pela aprendizagem e pela cultura que lhe conferem novos significados. (Damásio, 2000).

Assim, as emoções assumem, também, um papel de comunicação de significados ao próprio eu, bem como a terceiros, uma vez que sentir emoção é também estar

consciente, já que um momento de emoção parece ser nada mais que a consciência, sentindo e se expressando, através de um dinamismo psíquico original, e assumindo seu papel na *“orientação cognitiva, através da qual fica à mercê do controle racional, principalmente da inteligência e da vontade, das quais recebe às conveniências culturais da época, e às quais juntamente com as necessidades, regulam-lhe a economia e o curso”* (Damásio, 1996, p. 163).

Para tanto, conforme Damásio (1996), os mecanismos básicos são estruturados a partir de determinado estímulo provindo do ambiente, o qual, leva a excitação dos mecanismos neuroendócrinos, originando um padrão específico de reações corporais que desencadeiam o processo, mental de avaliação, que é voluntário e não automático, vinculado à experiência, e diante da qual surge um amplo espectro de estímulos e situações, que se associam aos estímulos inatamente selecionados, e que elevam as emoções.

“As emoções em ação tornam-se poderosos fatores de motivação para futuras atitudes. São elas que definem o rumo de cada ação e dão a partida nas realizações de longo prazo. Mas também podem trazer problemas, como a ganância. Uma contrariedade pode converter-se em raiva (...) as emoções podem ter seqüências tanto úteis quanto patológicas” (LeDoux, 1998, p. 19).

Diante disso, as reações a esses estímulos e situações podem ser filtradas por um processo de avaliação ponderada, e por um processo reflexivo, filtro que introduz a possibilidade de variação na proporção da intensidade, dos padrões emocionais preestabelecidos, e produzindo assim, com efeito, uma modulação na maquinaria básica das emoções (Damásio 1996)

Evolução das Emoções

Embora as relações entre o tipo de situação e a emoção serem, em grande parte, semelhantes entre diferentes indivíduos, a experiência pessoal é única, e personaliza o processo para cada indivíduo, na medida que acompanha e possibilita o amadurecimento da personalidade. Assim, *“a emoção nada mais é do que tendências instintivas, inatas, reconhecidas como “emoções primárias”, que podem ser definidas como complexos psicofisiológicos encontráveis no recém-nato”* (Bastos, 1997 p.133), e que são levados através de um processo de maturação e desenvolvimento a um aperfeiçoamento, dando origem às emoções secundárias, identificadas na medida em que começamos a ter sentimentos e formar ligações sistemáticas entre categorias de objetos e situações, dependendo para isso, do amadurecimento das disposições pré-frontais (Damásio, 1996).

Tanto as emoções primárias como as inatas são pré-organizadas, e referem-se a reação de choque, que pode ser uma reação catastrófica ou numa atitude regressiva, provocadora de reações fisiológicas, moduladas, *“principalmente, pela substância neurotransmissora adrenalina ou epinefrina, secretada pelo Sistema Nervoso Autônomo Simpático, e também pela medula das glândulas supra-renais”* (Damásio, 1996, p.162). A emoção de cólera, ou reação agressiva, segundo o autor, tem *“suas reações fisiológicas intermediadas pela noradrenalina, igualmente secretada pelo Sistema Nervoso Autônomo (SNA) Simpático, e pela medula das supra renais: onde a emoção de afeto se caracteriza por uma reação de satisfação, relaxamento, e relacionando-se, intermediada, igualmente, pelo o SNA Parassimpático e intermediado pela acetilcolina”* (p.163).

Assim, a evolução afetiva está intimamente ligada ao amadurecimento e ao desenvolvimento progressivo das capacidades adaptativas e neurológicas, quais podem ser observadas a partir de uma cadeia de fatores que, em primeiro lugar, manifesta-se através das necessidades, suas carências, apetência e desejos que se modificam, absoluta ou relativamente, à medida que variam as condições vitais, mudam seus recursos de conservação ou recuperação do equilíbrio existencial, alterando assim, *“a reação que qualquer emergência ou situação nova produz no organismo”* (Mira y López, 1974, p. 164).

O que se observa, segundo Mira y López (1974), durante os primeiros meses de vida, é a necessidade de ingerir, que constitui a carência dominante e, por isso, o centro bucal, e os reflexos de sucção encontram-se quase sempre dispostos a entrar em atividade, originando as primeiras vivências afetivas (de agrado, e bem-estar, ou de desagrado, vazio e inquietude) em relação à satisfação oportuna, e periódica, da carência alimentícia, levando o processo evolutivo, que se inicia no nascimento, a tornar-se um processo contínuo, expandindo-se de acordo com a ampliação e extensão dos estímulos ou situações motivadoras de respostas emocionais primárias. Conforme o autor acima citado, é na medida em que ocorre tal difusão que se observa um decréscimo paulatino da violência das emoções, proporcionando ao ser humano, uma maneira mais tranqüila de lidar com elas.

“Dessa maneira, o processo de maturação permite ao ser humano, interessar-se por um número cada vez maior de objetos, dotando-o simultaneamente de progressiva capacidade de limitação ou freio de suas reações” (Mira y López, 1974, p. 161).

Por outro lado, no momento em que o ser humano cresce, e evolui, desperta expectativas, conquista uma posição social, que exige diversos modos de comportamentos e coloca-o diferentes situações, diante de problemas capazes de se

emocioná-lo e alterná-lo frustrando-o ou satisfazendo-o, sob a forma de diferentes intensidades diferentes (Mira y López, 1974). Introduz-se, nesta situação, segundo o autor, uma série de motivos ambientais determinantes da evolução afetiva emocional, diante das quais cada um reagirá à sua maneira, a medida que, também, é influenciada por elas. *“Enfim, forma-se uma rede, a partir da ampliação das estruturas do sistema límbico, que vai sustentar o processo emocional, agora caracterizado como secundário, a se manifestar juntamente com a intervenção das córtices pré-frontal e somatosensorial” (Damásio, 1996, p.163).*

Fala-se, então, em emoções secundárias ou derivadas, originadas do desenvolvimento das emoções primárias, relacionadas a estruturas neurofisiológicas hierarquicamente mais elevadas, como o sistema límbico, e identificadas como emoções de choque, espanto, susto, pânico, terror, etc; de cólera: raiva, irritação, agressividade, etc.; de afeto: prazer, simpatia, auto-estima, etc.; de desprazer: insatisfação, pesar, mal-estar, desgosto, asco, antipatia, frustração (Bastos, 1997).

A formação do processo da dinâmica das emoções secundárias, segundo Damásio (1996), é caracterizada, num primeiro momento, pela formação de imagens mentais, sobre os aspectos principais de cenas como encontro de amigos, ausentes há muito tempo, morte de alguém, etc... Depois, num segundo momento, verifica-se uma mudança no estado do corpo, definida por várias modificações em diferentes regiões, onde, em qualquer dos casos, registram-se mudanças numa série de parâmetros relativos ao funcionamento das vísceras, pulmões, intestinos, pele, musculatura esquelética e glândulas endócrinas. Tudo isso em função de alterações neuroquímicas que, liberadas pelo cérebro, atuam como moduladores peptídicos, que, jogados na corrente sanguínea, vão interferir no ritmo das atividades dos músculos lisos, nas paredes das artérias, podendo, assim, gerar a contração e o estreitamento dos vasos

sangüíneos levando à palidez, ou ao rubor, quando os músculos lisos relaxam e os vasos sangüíneos se dilatam (Damásio, 1996). Este processo, segundo o autor:

“caracteriza o conjunto de alterações que estabelece um perfil de desvios relativamente a uma gama de estados médios que correspondem ao equilíbrio funcional, ou homeostase, de acordo com o qual a economia do organismo funciona provavelmente, no seu nível ótimo, despendendo menos energia e procedendo a ajustamentos mais simples e rápidos” (p.165).

Este equilíbrio, segundo Damásio (1996), é uma sucessão contínua de alterações de um perfil, nas quais entram em jogo limites superiores e inferiores, que se encontram em constante deslocamento, onde as mudanças ocorrem dentro de uma gama de valores especificadas pelos limites físicos.

No início deste processo, as considerações são deliberadas e conscientes, e ocorrem em relação a uma determinada pessoa ou situação, encontrando sua expressão como imagens mentais organizadas num processo de pensamento que envolve uma infinidade de aspectos de sua relação com uma determinada pessoa, reflexões sobre a situação atual e suas conseqüências para si e para outros (Damásio, 1996).

Em seguida, conforme o autor, lançando mão de representações e disposições adquiridas, obtidas por influência das emoções inatas, que incorporam sua experiência das relações ao longo da vida, e diante das quais vão se manifestando através de respostas diretas e indiretas.

As respostas que ocorrem de forma não consciente, automática e involuntária, para Damásio (1996), são ocasionadas pelas disposições pré-frontais, que respondem ativando os núcleos do Sistema Nervoso Autônomo, enviando sinais ao corpo através dos nervos periféricos, e resultando em respostas que colocam as vísceras num estado mais tipicamente associado ao tipo de situação desencadeadora, enviando ao sistema motor sinais típicos, de modo que a musculatura esquelética complete o quadro externo

de uma emoção, por meio de expressões faciais e posturas corporais, levando a alteração ao sistema endócrino e peptídico. (Damásio, 1996) Assim, conforme esse autor, as ações químicas resultam em mudanças no estado do corpo e do cérebro, e, por último, ativam os padrões especiais dos núcleo dos neurotransmissores não específicos no tronco cerebral e prosencéfalo basal, liberando, então, as mensagens químicas em diversas regiões do telocéfalo. Dessa forma, a natureza *“limitou-se a permitir que as emoções secundárias se exprimissem pelo veículo já preparado para as emoções primárias”* (Damásio, 1996 p.95).

Portanto, como considera o autor, a essência da emoção *“encontra-se na coleção de mudanças do corpo”* que são introduzidas numa infinidade de órgãos, por meio das terminações das células nervosas sob o controle de um sistema cerebral delicado, que evolui num processo de amadurecimento e que responde ao conteúdo dos pensamentos relativos a uma determinada entidade ao conteúdo ou acontecimentos.

Estrutura-se, portanto, a emoção a partir de um amadurecimento neurológico, originados das características inatas (emoções primária), que vão se aperfeiçoando e se refinando na medida em que o indivíduo evolui neurologicamente, integrando suas vivências, satisfazendo suas necessidades e, assim, dando origem às emoções secundárias, que seguem como valorações cognitivas, como uma qualidade emocional, *“colocando-se como o próprio elemento dessa valoração”*, investindo dessa forma, a partir da consciência (da emoção), na elaboração de respostas mais adequadas à situação, bem como *“na construção dos sentimentos que nascem dos encontros com o ser do outro ou com o encontro com as coisas mais reais, materiais e sensíveis do mundo”* (Thums, 1999, p. 138).

Assim, tem-se os “complexos afetivos”, as vivências, envolvidos pelos nossos afetos, efetivamente caracterizados pela emoção, aparecendo de forma a provocar

rupturas bruscas dos estados afetivos, mostrando-se, aí, como reações de estados imediatos e automáticos a estímulos de natureza, ou com significado afetivo tão intenso, mas pouco duradouro, por isso passageiro, sendo logo substituído por um estado mais duradouro, que pode ser da mesma ou de natureza diferente, ou emoção de sentimento prévio, à emoção (Ballone, 2000c).

Sentimentos

A emoção, segundo Damásio (1996), é o produto de “certas imagens mentais” que ativaram um sistema cerebral específico, traduzido através de alterações no estado do corpo, trazendo na sua essência as experiências dessas alterações, em justaposição com as imagens mentais que iniciaram esse ciclo. Os sentimentos tem a ver, com esse processo. Conforme o autor,

“os sentimentos, são identificados a partir do acompanhamento contínuo desta evolução, que produzindo mudanças no estado corporal, constituindo-se, numa experiência daquilo que o corpo está fazendo, juntamente com o pensamento e seus conteúdos específicos, formando-se, a partir da justaposição, de uma imagem do corpo com uma imagem de alguma outra ‘melodia. Psíquica” (p.165).

Um sentimento, é portanto, “*cognitivo, e resultado das características dinâmicas do afeto*” (Ballone, 2000^a p.8). A característica da afetividade é de permanecer no estado atual. No entanto, segundo o autor, “*sempre que surgindo num determinado estado afetivo, um sentimento tenderá a permanecer impregnado*”, dotando as vivências seguintes de seu significado, a não ser que surja nova vivência, com significado mais importante que o anterior, e um novo sentimento também se seguirá, traduzido como “*estado afetivo mais profundo e duradouro*”. portanto, mais complexo e elaborado, e menos instintivo (Bastos, 1997 p. 134).

Assim, os sentimentos se apresentam psicofisicamente elaborados nas estruturas superiores do neocórtex, e identificados como:

- a) apreensão, receio, insegurança, desconfiança, preocupação;
- b) ódio, rancor, crueldade, vingança, inimizade;
- c) amor, amizade, compaixão, alegria, felicidade;
- d) tristeza, inveja, ciúme, repugnância, desprezo, infelicidade, culpa, desesperança” (Bastos, 1997, p. 134).

Portanto, são os sentimentos que aparecem como detentores de experiências cognitivas importantes, freqüentemente dados a um estado de humor e ainda pouco diferenciados, que exigem uma diferenciação entre as percepções e as sensações somáticas localizadas, que são vistos por Scharfetter (1999) como “*sentimentos que determinam por inteiro a nossa disposição*”, apontando, como exemplo, os estados somáticos, tais como fome, sede, dor, necessidade de esvaziar a bexiga, excitação sexual, enfim, aqueles fatores que não são sentidos apenas localmente, mas experimentados num estado de humor global, de inquietação ou de urgência. Isto porque as sensações somáticas gerais, que suportam a qualidade da disposição e das atividades básicas e determinam o modo de estar (Scharfetter, 1999 p.172).

Ainda para esse autor, devemos estar atentos, pois, esses dois sentimentos são comuns e facilmente confundidos com o “*estado de humor*”, relacionando-se menos com o próprio corpo do que com os referidos sentimentos. Além disso, chama a atenção para as experiências pouco estruturadas, que ele denomina “*protoplásticas*”, referentes ao próprio indivíduo, bem como ao meio que o envolve, e que podem ocasionar “*suspeitas. despertar estados de espírito conturbados e de desconfiança*” (p.173).

Desta forma, Scharfetter (1999), chama a atenção para o uso do vocabulário na definição, devido a multiplicidade de afetos, e, a partir de uma proposta de revisão do mesmo, propõe uma classificação para os sentimentos, como segue: “*Sentimento de estado experimentados como próximos do próprio corpo*”, ou “*sentimentos vitais*”, que

são sentimentos agradáveis como um bem-estar corporal, vigor; sensações desagradáveis: fadiga, esgotamento, “mal-estar”, calafrios, sensação de debilidade, sensação de doente e desassossego(p.173)

Os sentimentos, nesse estado, são experimentados como “*menos* próximos do grupo”, e são, segundo o autor, igualmente agradáveis: como alegria, bom-humor, sentimento de felicidade, júbilo, confiança, e, ainda, os sentimentos desagradáveis, que identificam sentimentos de tristeza, pena, medo, mal-estar, sentimento de dilaceramento íntimo, raiva, terror, horror, sentimento de vazio, irritação, aborrecimento, cólera, ira, inveja, ciúme, desamparo e nostalgia.

Há ainda, conforme Scharfetter (1999), os sentimento que acompanham as vivências relacionadas com a valorização própria, sendo que estes diferenciam-se dos demais citados, aparecendo como “sentimentos afirmativos do tipo força, orgulho, sentimento de superioridade, sensações de segurança, de triunfo, de vaidade e sentimento de rebeldia; além disso, aparecem os negativos que são sentimentos de insuficiência, vergonha, culpa, arrependimento e timidez.

Por último, segundo o mesmo autor, os sentimentos referentes ao modo de se encontrar perante os outros, que podem ser afirmativos: quando se referem a sentimentos positivos que fortalecem a auto-estima, sendo eles: amor, carinho, confiança, simpatia, compaixão, respeito, interesse, aprovação, agradecimento, consideração, admiração, adoração; e os negativos, que, ao contrário, são caracterizados pelo ódio, degeneração, desconfiança, desprezo, hostilidade, troça, desagrado, indignação.

Assim, os sentimentos humanos são guias de conhecimentos que nos informam o estado percebido, transmitindo e possibilitando o seu reconhecimento e sua

identificação, propulsionam todo o agir humano, colocando-se como responsáveis pelo equilíbrio e desequilíbrio. (Thums, 1999).

Neste sentido, Thums (1999) aponta que os sentimentos se manifestam de forma dialética, são contrários, opostos, alegres e tristes, coragem e medo, ânimo e desânimo, transformando-se em elementos essenciais para o reconhecimento do mundo e do outro, manifestando-se em todas as situações com um peso avaliativo. E o afeto, através dos sentimentos, permeia todo o nosso relacionamento, não apenas com o outro, mas se estende ao contexto da relação do indivíduo para consigo mesmo, provocando modificações na vida emocional, as quais, se não estiverem bem definidas, podem caracterizar a vivência interpessoal e relacional do indivíduo, pela emergência de sentimentos negativos, transformando-se em afetos dominantes, podendo se tornar patogênicos e empobrecedores da vida e da relação (Pio-Abreu, 1997).

Os sentimentos, sejam eles positivos ou negativos, fazem parte da nossa vida. Segundo Popper (1989), esses visam regular a “extensão do nosso ego”, o que implica numa busca de identificação e resolução de problemas, que, exigem uma adequada manipulação de mensagens e informações que o mundo apresenta ao indivíduo, através dos sentidos naturais, identificando os sentimentos e tendo vertentes reguladoras auto sustentadoras de problemas, que permitem ao ser humano viver.

Desta forma, o sentimento para preservação e extensão do nosso organismo pessoal e social, ao ser expresso pelo indivíduo, está se dando a conhecer como pessoa, pois qualquer sentimento é sempre um estado ligado à pessoa que tem uma história vinculada a outras pessoas e à sociedade, e que experimenta, em relação às suas vivências, sentimentos que se constituem em processos subjetivos, que são experimentados e transmitidos objetivamente no agir, o que também se aplica à emoção.

“Todo o sentimento é, em maior ou menor medida, expressão (...) a expressão do sentimento é sempre um signo que comporta algum significado (...) percebemos isso no rosto, nos gestos, no tom de voz, nos tipos de reação, no comportamento...” (Popper, 1989, p. 74/75)

Temos, portanto, *“os sentimentos como uma linguagem construída a partir de cada nova situação”*, uma linguagem absolutamente improvisada, que parte de todo o referencial de conhecimento e de experiências já adquiridas e armazenadas em nossa consciência (Miranda, 1979, p.104). Sendo assim, em suas manifestações, os afetos são denominados *“sentimentos anímicos reativos e de caráter agudo, onde aparecem num grau intenso,”* e acompanhados por manifestações corporais. Em troca, aparece o humor, que se trata de um estado de *“sentimentos de duração prolongada”*, e nem sempre de *“índole reativa”*, mas, geralmente, com implicações de *“sentimentos orgânicos e trazendo sua ressonância de acontecimentos ultimamente vividos, e sentimentos anímicos, não reativos, que têm suas raízes no fundo da personalidade, possibilitando, assim, elevar à conflitos interiores, inconscientes e expressos, muitas vezes, através da ansiedade, angústia e medo (fobia)”* (Miranda 1997, p.105).

As Questões da Ansiedade

Fica difícil procurar entender a ansiedade sem pensar em questões como tensão, estresse e esgotamento, termos correntes na literatura científica, bem como no senso comum, para caracterizar situações diante das quais o indivíduo enfrenta a possibilidade de ser afetado e levado à alguma forma de “perturbação emocional” em pelo menos alguma vez na vida. Diante disso, os conceitos serão revistos situando-os como aparecem da literatura científica, buscando identificá-los e esclarecendo a relação entre eles.

Tensão

Tensão é o estado em que há uma sensação de retensamento dos músculos, ou “*em que se é levado além de um limite normal de emoção*” (Ferreira, 1986 p. 82). O termo tensão ingressou na literatura inglesa no século XVII, onde correspondia, inicialmente, “*à aflição, opressão, agrura e adversidade*”, tendo sofrido alterações nos dois séculos que se seguiram, passando, então, a significar “*uma força, uma forte influência, atuando sobre uma pessoa, o que o vincula a uma força externa induzida 'strain'*” (Spielberger, 1981, p.15), passando, também, neste período, a ser utilizado nas ciências físicas com o mesmo sentido, o que, segundo o autor, reforça o sentido que lhe é aplicado.

Por outro lado, os estudos do efeito da tensão sobre as doenças físicas e mentais começaram a ser estudados no século XIX, tendo-se, já no início do século XX, sugerido que a tensão contribuía para as doenças cardíacas e estava relacionada ao trabalho árduo.

Surge, assim, a idéia de “fontes de tensão”, que corresponde a um processo psicológico complexo, “*iniciado por uma situação ou por estímulos potencialmente nocivos ou perigosos*”, servem de parâmetros para a expressão de emoções. Portanto, lembra Spielberger, (1981, p.15) “*sempre que um tensor foi interpretado como perigoso ou ameaçador, um estado de tensão pode ser desencadeado*”.

Para Spielberger (1981), as fontes de tensão estão amplamente relacionadas ao desenvolvimento humano e ao ambiente em que o indivíduo vive e se relaciona, dentro do qual os eventos geradores de tensão têm importância significativa na determinação do quadro nosológico dos indivíduos; Submergem de dois aspectos:

“Em primeiro lugar, às situações externas perigosas, potencialmente prejudiciais ou desagradáveis (tensões) que produzem a reação de tensão, e em segundo lugar, aos pensamentos, juízos estados emocionais processos fisiológicos internos evocados por estímulos provocadores de tensão” (Spielberger, 1981, p.36).

Desta forma, há uma situação interna e uma externa, podendo o contexto influir no que possa ser “considerado ameaçador” (avaliação subjetiva) do que é potencialmente perigoso. Em geral, o que é objetivamente perigoso é percebido como tal pela maioria das pessoas.

“(…) não é possível especificar as condições externas que determinam quando uma reação de tensão será produzida, porque tais reações dependem de uma interpretação das condições como sendo ameaçadoras, quaisquer que sejam as características objetivas da situação” (Spielberger, 1981, p. 47).

Para Spielberger (1981) fica difícil especificar as condições externas que determinam quando uma reação de tensão será produzida, porque tais reações dependem de uma interpretação das mesmas como sendo ameaçadoras, quaisquer que sejam as características objetivas da situação.

Assim, a tensão se evidencia e permeia as transações do indivíduo com o seu meio ambiente, em que os tensões são ligados, gerando tensões a partir da percepção que é interpretada como ameaça. Desta forma, as reações de qualquer indivíduo, a um determinado evento específico parecem depender especificamente de como este é percebido ou interpretado (Spielberger, 1981). O que conta, segundo o autor, não é só o perigo potencial objetivamente associado ao evento propriamente dito, mas sim como é avaliado. Refere ainda:

“(…) uma situação geradora de tensão provocará ou não uma reação de tensão ou ansiedade, dependendo da forma como a pessoa encare ou interprete essa situação, e das habilidades de enfrentamentos do indivíduo (...) o que para um é árduo, preocupante, gera tensão e ansiedade, na

mesma proporção, poderá ser estimulante e compensador para outros” (Spielberger, 1981, p. 10).

Assim, tem-se como resultado da exposição a um tensor um conjunto de reações, denominado como “Síndrome de Adaptação Geral” (SAG), onde os sinais da reação de *“alarme diminuem à proporção que os mecanismos homeostáticos procuram ajustar-se ao tensor, e a resistência, que se utiliza a energia que pode ser necessária para outras funções vitais, levando até o limite a capacidade de adaptação ao tensor, que pode esgotar inteiramente os recursos de enfrentamento do organismo, levando-o a um estado de estresse ou ansiedade, a partir da ativação da SAG.”* (Spielberger, 1981 p. 43).

“Stress”

Nas últimas décadas, os avanços tecnológicos, as revoluções nos meios de comunicação e de transportes, o movimento de refugiados, a crescente demanda pelo reconhecimento das minorias, trouxe a idéia de “aldeia global”; mudanças de valores e costumes sociais, juntamente com o poder sócio-político desigual estimula a individualidade. Tudo isso traz consigo situações de trabalho, situações familiares e questões pessoais, que exigem do ser humano uma capacidade de adaptação física, mental e social, cujo desenvolvimento está bem distante do ritmo intenso das modificações com as quais o indivíduo se defronta no dia-a-dia, criando uma situação de conflito e desequilíbrio, levando-o a funcionar num nível de “stress” nem sempre fácil de superar e, criando aí, situações que o levam muitas vezes a buscar a ajuda de um especialista.

Fato esse comprovado pelas pesquisas que mostram que, atualmente 50% a 70% de todas as consultas médicas estão diretamente ligadas ao “stress” (Roche, 2000^a), já

que este envolve todo o organismo, numa certa postura, diante de um determinado estímulo e, como tal, está ligado a toda e qualquer interferência com as funções do mesmo, como resultado da reação geral de alarme, como parte da exigência ou sobrecarga que o estímulo impõe ao organismo, um desgaste exagerado.

Desta forma, o conceito de “stress” entra na literatura mais especializada e adquire especial importância a partir 1956, quando recebe a denominação de “Síndrome Geral de Adaptação”, descrita por Selye (Ionescu, 1997). Denominação que se refere a um processo que se desenvolve em três etapas ou fases, sucessivas: “alarme”, “resistência orgânica” e “exaustão da fadiga” ou “esgotamento”.

Assim uma vez instalada, a “Síndrome de Adaptação Geral”, ou situação de “stress” surge, em primeira instância, a fase de alarme, onde se manifestam características consecutivas, identificadas como modificações biológicas, que se manifestam desde o primeiro instante da exposição ao fator de “stress”. *“Nesse processo, o Sistema Nervoso é ativado, caracterizando a fase imediata, que se manifesta mediada pelo SNA (Sistema Nervoso Autônomo) e pela medula da supra renal, que prepara o indivíduo para a luta ou para a fuga, ou seja, o organismo entra num estado de luta ou fuga, que nada mais é do que um mecanismo desenvolvido pela natureza especialmente para lidar com crises”* (Zellig, 1998, p.34). Entre os sinais característicos dessa fase, observa-se um aumento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial. Além disso, ocorrem alterações no ritmo respiratório, inibição do peristaltismo, entre outros, que dão origem a *“estados de intenso medo, emoção, náuseas, vômitos, tremores, suores frios, vertigens, micção ou evacuação involuntárias etc.”* (Bastos, 1997, p.135).

Já na fase seguinte, a da resistência, a luta do organismo contra o fator de “stress” se estabelece com reações fisiológicas, de maior duração, onde:

“as reações se dão mediadas através do córtex e das glândulas supra-renais, que estimuladas pelo hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) secretado pela hipófise liberando os hormônios glicocorticóides, os quais agem sobre o metabolismo dos açúcares, que inibem as respostas inflamatórias, franqueando o caminho as reações alérgicas. (Bastos, 1997, p.135)

Portanto, é nesta fase que as defesas são solicitadas ao máximo. O organismo esgota suas reservas ocasionando a interrupção dos processos biológicos de crescimento e reprodução, além da diminuição da resistência às infecções (Holmes, 1997).

O precursor bioquímico dos hormônios do “stress”, assim como de todos os hormônios esteróides, é, segundo Bastos (1997), o colesterol, que é produzido pelo organismo através da síntese hepática, nas situações de necessidade. Isto foi comprovado a partir de um estudo realizado com estudantes adolescentes, que mostrou que o nível plasmático de colesterol elevava-se significativamente nas vésperas das provas finais.

Na terceira fase, denominada de exaustão ou esgotamento, o organismo se encontra totalmente privado de forças energéticas para fazer frente à situação na qual se encontra. Portanto, os sinais de alarme retornam, e, nesse caso, são irreversíveis (Ionescu, 1997; Holmes, 1997).

“Neste processo temos o sistema nervoso autônomo (SNA) como o grande responsável pelo equilíbrio do corpo, sendo o sistema simpático responsável pelas reações de estimulação ou de “stress” e, juntamente com o parassimpático pela tarefa de devolver ao corpo um estado de repouso. No entanto, se a descarga persistir, o resultado será, repetidas situações de “stress” e conseqüentemente o desequilíbrio do sistema nervoso autônomo, colocando-o fora do equilíbrio vital.” (Roche, 2000¹ p. 3)

Assim, dentro de uma visão médica–filosófica, o “stress” é uma “atitude biológica”, ou seja, uma ocorrência fisiológica global, envolvendo o físico e o emocional, portanto um conjunto de reações orgânicas voltadas à agressão, tanto de ordem física quanto psíquica, capazes de perturbar a homeostase do organismo (Ferreira, 1986; Ballone, 2000b).

No entanto, o “stress” nem sempre é patológico. Estudos mostram o “stress” como componente normal da vida. Neste aspecto, representa uma força construtiva, susceptível de mobilizar certas capacidades do indivíduo no sentido do bem estar. Trata-se, portanto, de uma situação nova em que o organismo é colocado, e pela qual deve lutar e se adaptar, o que implica em superação e crescimento. Dessa forma, traduz o potencial do “stress” como mecanismo indispensável para a manutenção e adaptação a vida, necessário à sobrevivência. (Fonseca, 1981). Tem-se, portanto, uma situação de “stress”

“quando o organismo é submetido à uma situação de mudança, culminando numa nova situação de agressão, podendo esta ser fisiológica ao organismo (cirurgia) ou de ordem psicoemocional, que pode ser percebida por dois indivíduos, de forma totalmente diferente e, cuja ordem para o desencadeamento é sempre determinada por razões subjetivas, e que influenciam na interpretação, levando a distorções ameaçadoras, ou não, e assim levando a uma situação de “stress”, que por si só, não se manifesta como doença, mas como propulsor do desenvolvimento de uma série de complicações (Ballone, 2000b p. 3).

Estabelece-se, assim, do ponto de vista psíquico, um estado de desequilíbrio que se instala quando a pessoa é submetida a uma série de tensões, suficientemente fortes ou persistentes, levando-a a uma situação de “stress”, que se traduz psiquicamente na ansiedade.

Considerando que “as mudanças atingem as pessoas de maneira e intensidade diferentes”, Zellig (1998), chama atenção para o fato de que muitas mudanças

acontecendo simultaneamente podem determinar um estado de “distress”, que pode culminar com doença. Ao contrário, a completa inatividade, a ausência de mudanças e de desafios pode levar a vida aborrecida podendo ser tão prejudicial quanto o “stress” em demasia.

Há um conjunto de sintomas que costumam se manifestar tanto na esfera orgânica quanto na esfera emocional, quando se está vivenciando uma situação estressante crônica, isto é, em franco estado de “distress”, e que cada pessoa irá ter como destaque, um ou mais deles (Zellig, 1998). O “órgão de choque”, ou seja, o local onde o problema se manifestará, segundo o autor, varia de pessoa para pessoa. Enquanto num caso o sofrimento será traduzido por insônia, ou falta de ar, num terceiro caso, o estado de “distress” poderá estar se manifestando através de dores no estômago e dificuldades de digestão, entre outras.

O que ocorre na maioria dos casos de “distress” é que o vitimado, julga ser portador de uma enfermidade exclusivamente física, orgânica, e irá procurar o especialista que se ocupa com o sintoma que ele vem apresentando: um gastroenterologista; o pneumologista; um neurologista ou psiquiatra, etc, pois a pessoa em “distress” é alguém em estado de alerta permanentemente, crônico (Zellig, 1998).

Assim, o processo de “stress” se apresenta como um processo complexo que envolve a inter-relação mente – corpo, onde a informação provinda do meio ambiente é processada através de duas vias principais e caracterizadas como:

“a via do subconsciente Sistema Nervoso Autônomo): (...) via que compreende os reflexos físicos e emocionais que atuam no sentido de preparar o organismo para uma ação em potencial que possa vir a ser necessário (...) conjunto de estímulos que prepara o corpo independente da ação final. ... via do consciente, voluntária, responsável pela percepção, avaliação e tomada de decisões, determina se a preparação física é necessária e útil, ou, se é inadequada.

prejudicial (...) as ações ou as próprias respostas, são conscientes e podem ocorrer somente quando se percebe e avalia a situação” (Roche, 2000 a p.6).

Desta forma, numa situação de “stress” a preparação física ou reação de “stress” ocorre a partir da atuação consciente, voluntária e involuntária, que mantém o organismo em prontidão e, através do Sistema Nervoso Autônomo, que prepara a resposta física instantânea e libera os hormônios de “stress,” levando o organismo para a ação. Dependendo do potencial de adaptação a situação se eleva, instalando-se uma reação de “stress” e uma intensidade, que pode ser positiva ou negativa (Roche, 2000a).

O funcionamento dentro de uma faixa positiva, segundo o autor, vai resultar em: Vitalidade, entusiasmo, otimismo, perspectiva positiva, resistência às doenças vigor físico; agilidade mental, boas relações pessoais, alta produtividade e criatividade, portanto, em situações de vida saudáveis, ocasionadas por um “processo de adaptação” resultante da “restauração da homeostase, rompida pela submissão ao “stress” (Roche, 2000).

O “stress” é negativo quando leva o indivíduo à: sentir-se fadigado, irritado, com falta de concentração, depressão, pessimismo, acidentes, incomunicabilidade, baixa produtividade e criatividade, ocasionados por acontecimentos que levaram a situações onde o “stress” se tornou excessivo (Roche, 2000).

Num aspecto fisiológico, pode-se comparar o “stress” com a morte. Isso ocorre, segundo Roche (2000), quando o tédio se instala, estabelecendo uma ausência de estímulo, induzido pela ausência de “stress”, e declinando a saúde e o desempenho do indivíduo, o que se refere a fase positiva do “stress”. É considerada negativa na fase onde a evidência da angústia projeta o “stress” para cima, elevando a chamada curva de “stress”, e colocando a saúde e o desempenho em deficiência, (Roche, 2000).

Projetada através de um gráfico, a curva do “stress” coloca-se como uma representação dinâmica, e detentora de muitas variáveis relacionadas com a natureza dos fatores estressantes, e com a eficácia com a qual se lida com eles. A resposta a eles é individual e pessoal, assim como o limiar de tolerância, que leva a cinética da curva diferir de indivíduo para indivíduo, de acordo com o limite, além do qual o “stress” deixa de ser necessário para se tornar prejudicial à saúde e para o desempenho pessoal (Roche, 2000b).

Implica, portanto, no desencadeamento das situações de “stress” as razões muito pessoais e subjetivas que num primeiro momento, estão atreladas ao funcionamento do psiquismo, do sistema de valores que se tem do ambiente e da hereditariedade, que sintetizados se transformam em disposições pessoais, sem as quais os agentes estressores operacionais não poderiam produzir a reação (Ballone, 2000b)

Nestes aspectos, Ballone (2000) refere-se a organização dinâmica dos traços no interior do eu, formados a partir dos genes herdados, das existências singulares, e das percepções que temos do mundo, capazes de tornar cada indivíduo singular em sua maneira de ser e de desempenhar seu papel social, e que caracteriza a personalidade, ou seja, a maneira da pessoa ser.

Para Ballone (2000b), existem pessoas que apresentam um traço de personalidade mais ansioso e, portanto, mais propenso ao “stress”. São, segundo o autor, traços que podem ser, tanto herdados como adquiridos pela experiência, e que levam as pessoas, com essa característica a reagir aos estímulos com mais ansiedade que outros. Considera que podemos observar essas características, muitas vezes, em berçários, entre recém nascidos. Há aqueles mais ansiosos, que choram diante do menor estímulo, reagem mais agitadamente que outros.

Hoje, sabe-se que algumas pessoas simplesmente se portam melhor que outras em situações de “stress”.

O termo “personalidade do tipo A” foi usado pela primeira vez na década de 50, para designar um número de tendências comportamentais observadas em muitos pacientes que sofreram problemas cardiovasculares. Estas tendências do tipo “A” se constituem em competitividade, ambição, impaciência hostilidade, pressa, etc (Zellig, 1998). Em contrapartida, os comportamentos opostos, de baixa competitividade, paciência, calma, etc., passaram a ser classificados como “personalidade do tipo B”.

A partir daí, várias investigações confirmaram que, de fato, existe uma conexão entre personalidades do tipo “A” e doenças cardíacas. (Zellig, 1998). Segundo o autor, os indivíduos do tipo “A” apresentam 2,2 vezes mais doenças cardíacas que os do tipo “B”. Posteriormente, se concluiu que as doenças cardíacas tinham mais a ver com um determinado conjunto de comportamentos do que com a personalidade em si (Zellig, 1998).

Fatores Específicos que São Fonte de Motivação de “Stress”

Para Ballone, (2000) os fatores que podem se tornar fonte de motivação de “stress”, são os seguintes:

Condições Atuais Internas

Caracterizadas pela tonalidade afetiva do momento, refere-se um perfil afetivo característico da personalidade. Dentro disso, a possibilidade de estressar-se ocorre caso se esteja passando por uma fase de doença grave, perda de um ente querido, crise conjugal, econômica ou profissional etc. Outra situação, caracterizada por momentos depressivos, também pode aumentar a incidência de “stress”.

“Stress” no Trabalho

O ambiente do trabalho está carregado de estressores, seja por ansiedade significativa diante de complicações com colegas, sobrecarga e da corrida contra o tempo, bem como satisfação, etc.

Sobrecarga

A sobrecarga de estímulos estressores é um estado no qual as exigências do ambiente excedem a capacidade de adaptação, em função de vários fatores que contribuem para a demanda excessiva de agentes estressores no trabalho e se caracterizam como: urgência de tempo, responsabilidade excessiva, falta de apoio, expectativas excessivas tanto sobre si mesmo, bem como daqueles que cercam o indivíduo.

Falta de Estímulo

As atividades medíocres, destituídas de significado, ou aquelas onde o indivíduo não tem noção do porquê está fazendo, podem ser extremamente estressantes, incluem-se, aqui, as tarefas altamente repetitivas ou desinteressantes, que provocam carência de solicitação ou a sensação de falta de significância para as coisas que se faz. Isso pode levar crianças e idosos a enfrentar uma situação de “stress”.

Alterações do Sono

O contínuo atraso do sono, por qualquer motivo, pode levar à insônia e conseqüentemente ao “stress”.

Ruído

O “stress” pode ser provocado pelo ruído, uma vez que este estimula o Sistema Nervoso simpático provocando irritabilidade e diminuindo o poder de concentração. Além disso, pode também influenciar outros hormônios, como a testosterona, e assim pode ter efeitos prolongados sobre o organismo.

Falta de Perspectiva

A falta de perspectiva, ou a presença de perspectivas pessimistas, colocará a pessoa à mercê dos efeitos ansiosos do cotidiano, sem esperanças de recompensas agradáveis.

Mudanças Constantes

As mudanças constantes formam um círculo vicioso; o momento presente, que exige mudanças, as quais acabam trazendo novos problemas, que por sua vez despertam novas soluções, as quais passam a exigir novas mudanças, e assim por diante, num ciclo infundável. Ocorre, no entanto, que diante dessas constantes mudanças, haja mais exigência da capacidade de adaptação; é o momento em que o “stress” está acontecendo, e, assim, é natural que as pessoas possuidoras de dificuldades adaptativas, o sentirão com maior intensidade.

Ergonomia

Neste ponto, é considerado o conforto técnico, acústico, as horas trabalhadas ininterruptamente a exigência física a que alguns trabalhadores são submetidos, pois as atividades que exigem posições anti-fisiológicas, de exercícios repetitivos e danosos, com permanência exagerada em atitudes cansativas, fazem parte das exigências posturais a que são submetidas as pessoas durante o trabalho, portanto, podem ser provocadores de “stress”.

Síndrome de Burnout

Têm-se, assim, uma série de fatores que estão relacionados com o desenvolvimento do “stress”, e, entre estes, encontra-se ainda a “**Síndrome de Burnout**”. Ballone, (2000c) descreve esta síndrome relacionando-a com as conseqüências marcantes do “stress” profissional, que afeta principalmente profissionais da área de serviços que trabalham em contato direto com o usuário. Incluem-se entre a “clientela de risco”: trabalhadores em educação, profissionais da saúde, policiais e agentes penitenciários, bancários, profissionais liberais, departamentos de vendas e de compras; enfim, funções que abrigam um contato intenso com o outro.

A Síndrome de Burnout, segundo o autor, se caracteriza “*como uma reação à tensão emocional crônica, gerada pelo contato direto excessivo e estressante com o trabalho, perda de interesse em relação ao trabalho*”, de forma que as “coisas” deixam de ter importância e qualquer esforço pessoal passa a parecer inútil (Ballone, 2000c p.5).

O desenvolvimento da “Síndrome de Burnout” está associada, segundo Ballone (2000c), com fatores como a pouca autonomia no desempenho profissional, problemas

de relacionamento com as chefias, com colegas e clientes, conflito entre trabalho e família sentimento de desqualificação e falta de cooperação da equipe.

Embora, a discussão sobre a questão da “Síndrome de Burnout se volte no sentido de esclarecer se esta se inclui ou não no “stress”, Ballone (2000c) a vê como a “*consequência mais depressiva do stress, desencadeado pela trabalho*”, onde a pessoa, devido a exaustão, não pode mais dar nada de si mesma, desenvolvendo sentimentos negativos e aparente insensibilidade afetiva, afetando, sobremaneira, a eficiência e a habilidade para a realização de tarefas, bem como dificultando-lhe adaptar-se à organização.

Outros Fatores de Importância no Estabelecimento do “Stress”

Outros dois aspectos como visto , são relevantes no estabelecimento de uma situação de “stress”:

Dificuldade de Comunicação

Como resultado de tensão, pode-se estabelecer uma comunicação truncada dificultando a transmissão de mensagens clara e precisas.

Consequências Pessoais

Qualquer tipo de doença psicossomática pode manifestar-se a partir de uma situação de “stress”. Já do ponto de vista emocional, o “stress”, segundo Ballone (2000c), está intimamente relacionado à depressão, à síndrome de pânico e aos transtornos de ansiedade e as fobias.

Lista de Possíveis Sintomas de “Stress” na Depressão

“**Dores sem causa física:** dores de cabeça, abdominais, pernas, costas, peito e outras características. **Alterações do sono:** insônia ou sonolência excessiva. **Perda de energia:** desânimo, desinteresse, apatia., fadiga fácil. **Irritabilidade:** perda de paciência, explosividade, inquietação. **Ansiedade:** apreensão contínua, inquietação, às vezes medo inespecífico. **Baixo desempenho:** alterações sexuais, memória, concentração, tomada de decisões. **Queixas vagas:** tonturas, zumbidos, palpitações, falta de ar, bolo na garganta” (Ballone, 2000b, p. 7).

Sintomas Genéricos Agravados ou Desencadeados pelo “Stress”

Como sintomas genéricos, agravados ou desencadeados pelo “stress”, que podem acometer diversos órgãos, apontam-se:

“Cardiologia: palpitações, arritmias, taquicardias, dor no peito. Gastroenterologia: Cólicas abdominais; epigastralgia, constipação e diarreia. Neurologia: parestesias, anestésias, formigamentos, cefaléia, alterações sensoriais. Otorrino: Vertigens, tonturas, zumbidos. Clínica Geral: falta de ar; bolo na garganta, sensação de desmaio, fraqueza dos membros, falta de apetite ou apetite demais. Ginecologia: cólicas pélvica, dor na relação, alterações menstruais. Ortopedia: Lombargias, artralgias, dor na nuca. Psiquiatria: irritabilidade, alterações do sono, angústia, tristeza, medo, insegurança, tendência a ficar em casa, pensamentos ruins.” (Ballone, 2000b, p. 7).

Doenças Psicossomáticas Desencadeadas ou Agravadas pelo Stress

Há, ainda, segundo o autor, a ocorrência das chamadas **doenças psicossomáticas**, que também podem ser desencadeadas ou agravadas pelas emoções, notadamente pelos estados de “stress” a longo prazo, e podem atingir qualquer órgão ou sistema.

“Cardiologia: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, arritmias; **Gastroenterologia:** doença de Crown, polipose, diverticulose, insuficiência hepática. **Neurologia:** enxaqueca, seqüelas de AVC, hidrocefalias, epilepsia. **Otorrino:** labirintopatias, síndromes vertiginosas, zumbidos **Endocrinologia:** diabetes, insuficiência supra-renal, Cushing não iatrogênica, tireóide. **Clinica geral:** reumatismos, “Lúpus”, doença de Reynauld, imunopatias. **Ginecologia:** endometriose; esterilidade, insuficiência ovariana. **Ortopedia:** Lombargias, ostofitose, osteoartros” (Ballone, 2000b p.8).

Ansiedade

O termo ansiedade, da forma como é aceito universalmente, é definido como *“uma sensação desagradável de perigo iminente de apreensão, com presença de sintomas motores e vegetativos concomitantes”* (Melo, 1979). No entanto, segundo o autor, sua conceituação não é tão simples, uma vez que ela pode ser vivenciada, por cada indivíduo, de maneira peculiar, e de acordo com sua própria experiência.

Freud fala em “neurose de ansiedade” onde identificando-a sob duas formas uma um sentimento difuso de preocupação e medo que se origina num pensamento ou desejo reprimido, portanto passível de tratamento psicoterapêutico (Gabbar, 1998).

A segunda forma, descrita por Freud, segundo o Gabbar (1998), trata de uma avassaladora sensação de pânico acompanhada por manifestações de descarga anatômica incluindo sintomas físicos.

Nestes termos, Freud define a ansiedade como *“resultante de um conflito psíquico, entre impulsos sexuais ou agressivos inconscientes com origem no Id e suas correspondentes ameaças de punição do superego”* (Gabbard, 1998, p. 174).

A ansiedade é, portanto, vista como *“um afeto do ego, que controla o acesso à consciência e separa de qualquer associação com impulsos instintivos do id. Ele censura tanto o próprio impulso quanto a representação intrapsíquica do mesmo”* (Gabbard, 1998, p. 172).

“...mais recentes, as pesquisa neurobiológicas confirmam a observação original de Freud de que existem essencialmente duas formas de ansiedade : uma amplamente determinada por aspectos psicológicos , e outra originada por fatores biológicos autônomos externos ao âmbito psicológico” (Gabbard, 1998, p. 178).

Portanto é, indispensável, na experiência vivida, antes de se pensar na ansiedade como um Distúrbio, deve-se pensar nela como uma ansiedade normal, que permeia todo o fazer humano, como um “equipamento biológico” necessário à sobrevivência do ser humano e como principal instrumento de adaptação do indivíduo às exigências da vida (Ballone, 2000).

Nesse processo, segundo o autor, a ansiedade, por uma questão biológica, esteve sempre presente na maneira de ser do indivíduo, e como principal instrumento de adaptação às exigências da vida. Dessa forma, sua valorização, se dá identificando a quantidade e, os tipos e efeitos dessa ansiedade sobre o organismo humano, compõe as diferentes concepções da prática clínica (Ballone, 2000).

No entanto, nas últimas décadas, a ansiedade, por apresentar diversas faces, às vezes não muito claras tem sido alvo de inúmeros e justificados estudos, conforme consta em recente artigo com a seguinte assertiva: *“a ansiedade não dá sossego ao homem, o homem em resposta, não dá sossego à ansiedade”* (Peregrino 1996, p.132).

Assim, o conceito de ansiedade começa a ser valorizado, investindo-se continuamente no sentido de “limpar” o conceito, diferenciando-o da angústia e do medo, processo do qual Freud dá um lugar de destaque.

Para Freud (1950), a ansiedade é uma reação que surge tendo como ponto de partida um modelo específico de situações de perigo, em função da transformação da tensão acumulada. Assim, nos seus estudos, nos mostra, desde o início, a ansiedade neurótica como simplesmente a libido transformada, e insiste na sua estreita relação com os perigos externos e instintuais.

Em seu artigo sobre a neurose de angústia Freud (1895) escreve:

“ (...) a psique é dominada pelo afeto de ansiedade de se sentir que é incapaz de lidar por meio de uma reação apropriada com uma tarefa (um perigo) que se aproxima de fora” (Freud, 1969, p.14).

Isso mostra que Freud pensava na ansiedade como num tipo, ou função, que leva à esquiva de uma situação temerosa, pronta à ocorrer, permitindo, assim, à ansiedade “remover” certos eventos sentidos como desagradáveis, levando, assim, a contribuição de Freud, relativa à ansiedade, constituir-se basicamente na configuração de que esta é uma reação antecipatória em relação a algo que pode ou não ocorrer, diante de uma reação de medo. E outra, que ocorre quando o indivíduo não pode optar ou opor-se a uma ou mais respostas, instalando-se, então, um comportamento tal como “ignorar”, não “prestar atenção” a determinado evento, não “pensar” sobre algo, manifestando, dessa forma, uma ansiedade que leva à repressão (Freud, 1969).

Teorias atuais confirmam a ansiedade vista além de um sentimento de apreensão, que representa um estado de alerta constante, mas, também, como um processo que favorece a adaptação do ser humano, melhorando sua “performance” na integração com o meio (Ballone, 2000b).

Nesse sentido, segundo o autor, a ansiedade passou a ser objeto de distúrbios na medida em que foi colocada, não a serviço de sua sobrevivência, como fazia antes, mas a serviço de sua existência, elegendo o estresse o seu representante emocional, sua correspondência psíquica e egoicamente determinada. Sendo assim, o fato de um evento ser percebido como estressante depende não apenas de sua natureza, mas do significado atribuído à este evento pelo indivíduo, de seus recursos, de suas defesas e de seus mecanismos de enfrentamento, componentes que dizem respeito à personalidade do sujeito.

Para Ballone (2000b), a ansiedade se estabelece em função do processo de adaptação que, ao se manifestar, coloca o indivíduo num contínuo alarme e de prontidão para o que “der e vier”. Porém, *“não havendo período suficiente para a recuperação desse esforço psíquico, o qual corresponderia, à saúde, ou quando acaba persistindo continuamente os estímulos de ameaça que desencadeiam a reação de estresse, os recursos para a adaptação acabam por esgotar”* podendo colocar o indivíduo numa situação de *“ansiedade crônica”*.

Forma-se assim, conforme o autor, um processo responsável pela criação da ansiedade, onde esta não se apresenta apenas como um sintoma, mas pode também ser a causa de mais “stress”, através de um sistema de retroalimentação, envolvendo também outros processos mentais, desde a atenção a memória, o pensamento dificultando muitas vezes até a interpretação fiel da realidade (Roche, 2000b; Ballone, 2000 b).

Este processo tem início a partir de um ponto excedente, quando então a ansiedade, ao invés de contribuir para a adaptação, concorrerá para o contrário, contribuindo para a falência da capacidade adaptativa, levando a distorções perceptivas, atribuindo ao estímulo uma visão desafiadora; quando não é ameaçador, levando a uma espécie de medo, que traz sentimentos de insegurança, que, por sua vez, são transformados em estímulos físicos das glândulas endócrinas e do Sistema Nervoso Simpático, tendendo para o esgotamento.

Por esgotamento entende-se, pois, um estado onde as reservas de recursos do organismo, para a adaptação, acabam instalando alterações significativas nas glândulas supra-renais (produtos de adrenalina e cortisona), ocasionando dificuldades no controle da pressão arterial, alterações no ritmo cardíaco, alterações no sistema imunológico e no controle dos níveis de glicose do sangue, entre outros (Ballone, 2000b).

Uma ocasião em que pode se instalar o esgotamento seria a falta de uma estabilidade emocional suficientemente adequada para adaptar-se a estímulos não tão traumáticos, ou tanto quanto. Situações essas que, quando não levam a adaptação, levam ao “stress”, e uma situação de “stress” leva a uma atitude fisiológica, que do ponto de vista psíquico é traduzida pela ansiedade (Ballone, 2000b).

Portanto, “stress” e ansiedade são conceitos que identificam um processo de “mal-estar”, que envolve as dimensões mente-corpo, referindo-se o primeiro às reações fisiológicas, e, o segundo, às inquietações traduzidas no psíquico. Estabelece se, em primeiro lugar, a ansiedade, entrando em “stress” e, pela continuidade da exposição ao estímulo agressivo, o organismo se esgotará. Dessa forma, segundo Ballone (2000b) psiquicamente, a ansiedade crônica, que para alguns é igual ao esgotamento, leva a um estado de apatia e desinteresse, desânimo e de pessimismo em relação à vida.

Diante do esgotamento, o organismo entra em sofrimento, pois parece que é como se não apenas esgotasse a capacidade de adaptação às mais diversas circunstâncias de vida, mas, sobretudo, a capacidade de adaptar-se a si mesmo, em função da acentuada perda no limiar de tolerância aos estímulos externos e acentuada inadequação ambiental (Ballone 2000b).

As pessoas que por sua hipersensibilidade, são mais propensas à ansiedade conforme Roche (2000b), tendem a:

- ter preocupação desnecessária;
- tornar tudo catastrófico;
- remoer eventos desagradáveis do passado;
- ter uma visão pessimista da vida.

Assim, conforme o autor, a ansiedade se apresenta motivada por estímulos de origem internas e externas, de natureza inata, quando ligada aos instintos, e condicionada, quando adquiridos por treinamento ou condicionamento.

Ao tratar dos estímulos internos, geradores de ansiedade, Ballone (2000a) volta especial atenção aos mesmos, já que estes podem ser oriundos dos conflitos internos e, assim, vão influenciar a percepção pessoal da realidade, que engloba não apenas a concepção que se tem das coisas, que estão fora do eu, mas também o conceito que se tem das “coisas” e do mundo em si, no qual se inclui a auto-estima, que está intimamente ligada e influenciada pela tonalidade afetiva, que pode ser favorável ou não, podendo manifestar-se como um estímulo agressor, causador da ansiedade.

Além disso, o estímulo externo, menos constante quanto o interno, traz consigo a característica de ser emocional e, portanto, pode ser identificado, sempre numa situação de ameaça, no caso da ausência do estímulo externo, o medo, preocupação desmedida persistirem, isso identificará uma ameaça interna.

Portanto, na emoção ansiosa, ou em relação a ela, podem desenvolver-se indivíduos com traços de personalidade específica, bem como estados psicopatológicos de angústia e apreensão, tensão, agitação, fobia e pânico, constituindo diversos sintomas e síndromes (Fonseca, 1997).

“Biologicamente, a etiologia da ansiedade parece estar relacionada ao Sistema Noradrenérgico, Gabaérgico e Serotoninérgico (da noradrenalina, serotonina e ‘gaba’ respectivamente) do lóbulo frontal e do sistema Límbico” (Ballone, 2000b).

Assim, os pacientes ansiosos tendem a ter um tônus simpático aumentado, respondendo emocionalmente de forma excessiva aos estímulos ambientais e demorando mais a adaptar-se às alterações do Sistema Nervoso Autônomo.

No entanto, a ansiedade nem sempre é patológica, até certo ponto é indispensável à sobrevivência, contribui para que nosso organismo atinja um máximo de eficiência (Ballone, 2000b). A partir de um ponto excedente, a ansiedade, ao invés de contribuir para a adaptação, concorrerá exatamente para o contrário, ou seja, para a falência da capacidade adaptativa, contribuindo, assim, para alguns medos e certos focos de ansiedade, que podem ser expressões de padrões culturais, que se desenvolvem a partir da inter-relação das capacidades individuais, para reagir à ameaça com seu ambiente de onde provém esses padrões, cuja situação, em particular aparece representada pela família, que por sua vez é parte integrante da cultura em geral (May, 1977).

Diante disso, na sua manifestação, a ansiedade, mesmo quando intensa ao ponto de prejudicar o desempenho, pode ocorrer na configuração uma doença, isso se for apenas um episódio circunscrito. No entanto, o problema se configura de maior gravidade quando passa a constituir um traço de personalidade da pessoa, que se evidencia como uma tendência básica do organismo: uma quase permanente disposição para reação. Pessoas assim estão quase todo o tempo tensas, não se desarmam e, por conseguinte, causam muito sofrimento a si mesmos (Silva, 1994).

Já no plano fisiológico, no plano visceral, conforme Ballone (2000b), a ansiedade ocorre por conta do Sistema Nervoso Autônomo, o qual reage com predominância do sistema simpático na reação de alarme, levando a ansiedade a se manifestar por dois sentimentos desagradáveis: 1) consciência das sensações fisiológicas; e 2) consciência de estar nervoso ou amedrontado, tendo sua expressão atrelada aos padrões individuais, que variam de indivíduo para indivíduo.

Neste processo, é comum a manifestação de sintomas com características cardiovasculares, tais como palpitações, sudorese ou opressão no peito, sintomas gastrintestinais como náuseas, vômito, diarreia ou vazio no estômago, ou, ainda, mal-

estar respiratório e predomínio de tensão muscular, do tipo espasmos, torcicolos e lombargias.

Portanto, a ansiedade pode constituir um dos principais mecanismos de maturação da personalidade, como também serve de pano de fundo de um grande número de situações psicopatológicas.

Ansiedade e Conflito

A relação recíproca entre ansiedade neurótica e conflito é, sem dúvida, com frequência “*um estado persistente de situações não resolvidas*”, que podem levar o indivíduo a reprimir um lado desse conflito, situação esta que produz, então, ansiedade neurótica, que por sua vez traz uma cadeia de “*sentimentos de desamparo, impotência e uma paralisia da ação*”, que tende a causar um conflito psicológico (May, 1977, p. 210). Segundo este autor, tem-se a ansiedade neurótica e conflitos internos como sinônimos.

Nas suas descrições, Freud (1976) parte do ponto de vista de que a “*ansiedade está situada entre as necessidades instintivas e as proibições sociais*”. A sua descrição topológica diz que o “ego está contido entre o “id” (pulsões instintivas de caráter libidinal), por um lado, e, por outro, o “superego” (requisitos sociais), portanto pressionado. (p. 208).

Kardine, citado por May (1977) amplia esse entendimento, a medida que introduz a idéia de que a ansiedade não se deve meramente à frustração de padrões de prazer, como vê Freud, mas, sim, a experiências da criança de inconfiabilidade e incoerência dos pais que, ao não corresponderem suas necessidades, frustraram suas expectativas. Atribui, portanto, a severidade do conflito, ligada ao padrão de crescimento

psicológico, também influenciado pela cultura, onde a introdução de tabus, cultivados pelos pais, e fortes expectativas de natureza afetiva relacionadas ao bebê, que devem ser preenchido por ele. Fatos esses que corroboram com a formação de situações interpessoais, sentidas como ameaçadoras, que quando não elaboradas de forma objetiva são, então, reprimidas e podem passar à gênese dos conflitos.

Estes papéis impostos pela cultura tornam-se um “*estressor importante no desencadeamento da ansiedade*”, pois segundo May (1977), vivemos ansiosos por “*ignorar que papel devemos assumir, em que princípios de ação devemos nos encaixar*” (p. 33). No entanto, é bom lembrar que na ansiedade o conflito pode significar uma solução construtiva. O conflito nada mais é do que uma “*confusão*”, um desnorteamento básico a respeito dos objetivos, e, enquanto existir, é possível uma solução construtiva (May, 1977).

A maioria das ansiedades neuróticas provêm de conflitos subconscientes. A pessoa se sente ameaçada como que por um “*fantasma*”, não sabe onde se encontra o perigo, como combatê-lo e dele fugir. Tratam-se de conflitos inconscientes, remanescentes de uma situação ameaçadora anterior, que a pessoa não teve forças para enfrentar; por exemplo, uma criança diante da mãe dominadora ou possessiva, ou obrigada a enfrentar o fato de que os pais não gostam dela desenvolve a angústia neurótica. O verdadeiro problema, no caso, é reprimido, porém, mais tarde surge na forma de ansiedade neurótica. (May, 1977).

Na verdade, as perturbações do presente são, ao mesmo tempo, sinais de catástrofe no momento e prova de novas possibilidades para o futuro. Assim, a medida que evolui, todo ser humano experimenta momentos de ansiedade, que são considerados normais, quando proporcionais à ameaça externa, e neuróticos, quando desproporcionais ao perigo real e resultantes de um conflito inconsciente (May, 1971).

Ballone (2000), fala em esgotamento ou ansiedade crônica e patologia que pode surgir diante de duas circunstâncias: a) decorrente daquilo que o mundo traz à pessoa ou, por outro lado, decorrente daquilo que a pessoa traz ao mundo.

O que se sabe, na verdade, é que a ansiedade é “*compreendida como um sinal da presença de perigo inconsciente*”, diante do qual o ego mobiliza suas defesas buscando “*a prevenção de sentimentos e pensamentos inaceitáveis que surgem na consciência*” (Gabbard, 1998, p.174).

Ansiedade Normal e Patológica

Dentro do exposto, as alterações fisiológicas que acompanham à ansiedade, são a princípio, são necessárias à adaptação, e quando se manifestam de modo eficientemente, são característica de uma ansiedade normal. No entanto, na ansiedade patológica, o que varia não é a resposta em si, mas a sua intensidade e o tempo de duração, relacionados à solicitação da adaptação, traduzindo-se em respostas emocionalmente inadequadas, de forma excessiva aos estímulos ambientais (Bellone, 2000c) Desta forma, o que é prejudicado é a adaptação que se apresenta demorada, em função da alteração do Sistema Nervoso Autônomo, que se traduz em respostas acompanhadas de uma tonalidade emocional desagradável, que pode chegar a um mal estar intenso, determinado e indefinido, ocasionado pelo aumento de certos estímulos ou por fatores disposicionais, que levam a reação ansiosa à características demasiadas e intensas, provocadoras de sensações e sentimentos no mínimo desagradáveis, e que “precisam ser superados” (Fonseca, 1997).

A ansiedade normal, portanto, faz parte do nosso dia-a-dia e se estabelece a partir das primeiras reações difusas e diferenciadas do bebê, diante de ameaças como não ser alimentado ou cair, e que nesses primeiros momentos de vida são plenamente

plausíveis, pois a criança não tem maturidade neurológica nem psicológica para lançar mão de processos intrapsíquicos de repressão a conflitos envolvidos na ansiedade neurótica (May, 1977). Nesta caracterização, o autor, aponta aspectos que considera importantes na diferenciação de ansiedade normal, e que são:

“a) não é desproporcional à ameaça objetiva ; b) não envolve repressão ou outros mecanismos de conflito intrapsíquicos, c) não requer mecanismos de defesa neurótica para seu controle; d) pode ser enfrentado construtivamente ao nível da percepção consciente ou pode ser aliviada se a situação objetiva for alterada” (p. 203).

Trata-se, pois, da ansiedade normal, descrita por Freud como ansiedade objetiva ou medo. Freud utiliza os termos como sinônimos, pois considera que ambos referem-se a um estado emocional desagradável voltado a proteção, ou a prevenção a um dano proveniente de um perigo externo, real, e, neste sentido, chama atenção da sua utilidade, a medida que propõe ajudar, como por exemplo, a criança a evitar a punição por efeito de inibir a expressão de impulsos impróprios (May, 1877). No entanto, a punição severa de ações agressivas pode ter por resultado intensas reações de ansiedade, levando o indivíduo à ansiedade neurótica, baseado naquilo que está intrapsiquicamente ocorrendo com o indivíduo, colocando-o frente a uma inibição do comportamento assertivo normal, e, em geral, desejável, mesmo quando haja pouco ou nenhum perigo (Spielberger, 1981).

“... este tipo de “ansiedade normal” prossegue ao longo da vida na forma que Freud designou como “ansiedade objetiva”. Sua presença pode ser identificada a partir de sinais como intranquilidade geral, cautela, olhares de atenção à sua volta, mesmo que não existe um motivo palpável. Sua existência é quase sempre muito leve (...) porém, a quantidade de reação, nem sempre tem a ver com qualidade, sua intensidade é fundamental e vai nos auxiliar na distinção entre ansiedade normal e patológica” (May, 1977, p. 206).

Uma característica da ansiedade normal está relacionada ao próprio processo de desenvolvimento humano, que ocorre numa matriz social, num mundo rodeado de outros indivíduos com quem se precisa conviver. Este fato passa a ser objetivado na criança, onde o crescimento se dá num contexto, onde os vínculos e respectivos rompimentos envolvem maiores e menores crises e ataques com o pais, onde:

“a ansiedade normal é inerente a todas as experiências de separação ao longo da vida, começando com a separação da mãe quando é cortado o cordão umbilical, levado a término da separação da existência humana, a morte. Caso essas experiências potencializadoras de ansiedade forem enfrentadas com êxito, acarretam menor prejuízo para a pessoa” (May, 1977, p. 203).

Assim, a descrição da ansiedade objetiva e da ansiedade neurótica se baseia na conversão, dessa, naquela, que ocorre quando: estímulos ou sugestões internas associadas a componentes anteriormente punidos suscitam “ansiedade objetiva”. Como as reações de ansiedade objetiva são experimentadas como desagradáveis, essas reações iniciam atividades mentais e comportamentais destinadas a reduzir ou aliviar essa sensação desagradável. Se os esforços no sentido de reduzir a ansiedade objetiva têm por resultado a repressão das sugestões internas, isto é, o banimento da consciência de todos os pensamentos e lembranças associadas a comportamentos anteriormente punidos, preparando assim, o terreno para o aparecimento da ansiedade neurótica. A razão disso é que a repressão nunca é final ou completa, e uma ruptura parcial da repressão permite que fragmentos ou representações simbólicas de eventos traumáticos reprimidos aflorem à consciência. Esses derivativos de pensamentos reprimidos constituem sinais de perigo, que evocam reações de ansiedade neurótica tipicamente experimentadas como desprovidas de objeto ou sem causa aparente (Spielberger, 1981).

É assim que a ansiedade se vincula a sentimentos de insegurança, que surgem a partir da ameaça a integridade do indivíduo, bem como a perturbações psíquicas, como

resposta aos perigos externos ou instituais (Freud, 1876), “imaginários” que não correspondem à realidade, um estado de insegurança subjetiva que impossibilita a ação lógica, dando lugar a comportamentos que não correspondem à situação real (Spielberger, 1971).

Tanto na ansiedade neurótica, como na objetiva, o que conta, segundo o Spielberger (1981), é a avaliação subjetiva, que tem proporcionalidade com a “intensidade do estado emocional desagradável”, associando o perigo ao estímulo que evoca essas reações, que surge como resultado da avaliação das situações, e dependendo das características dos conteúdos internos do indivíduo.

“as ansiedades neurótica e objetiva diferem de acordo com os tensores internos e externos que as evocam com a complexidade dos processos que intervêm entre os tensores e os estados de ansiedade suscitados, segundo a reação, seja ou não ansiedade proporcional ao perigo real. Entretanto, os estados emocionais desagradáveis experimentados em ambos os tipos de reação são tão semelhantes a ponto de ser quase impossível distingui-los na prática” (Spielberger, 1981, p.60).

Deste modo, a ansiedade “objetiva” ou “normal”, refere-se a ameaças reais e externas, ao passo que a ansiedade neurótica consiste de um “medo” das “próprias pulsões instintivas” (May, 1977, p.209). Fato que leva a definição da ansiedade neurótica não só fazer ‘jus’ ao em que é baseada, mas também no que está ocorrendo intrapsíquicamente, dentro do indivíduo (Freud, 1976).

Portanto, compreender a ansiedade neurótica reduz-se à questão de entender aos padrões psicopatológicos internos de natureza subjetiva, subentendidos na excessiva vulnerabilidade dessa pessoa a ameaças.

“A ansiedade neurótica, ocorre quando há ameaças (...) devido a padrões e conflitos psicológicos internos que impedem o indivíduo de usar adequadamente suas defesas” (May, 1977, p. 210).

De modo geral, conforme May (1977), esses conflitos têm sua gênese na situação dos primeiros tempos da infância, quando o bebê ainda não está apto para enfrentar de forma objetiva os problemas de uma situação interpessoal ameaçadora, que, por conseguinte, é reprimida, caracterizando, assim, a ansiedade neurótica. Na repressão do medo da ameaça resulta em não ter o indivíduo consciência da fonte de sua apreensão, tornando-o mais vulnerável às ameaças e, portanto, aumentando sua vulnerabilidade para a ansiedade neurótica (May, 1977).

No caso, o que ocorre nesse processo, para o autor acima citado, é que a repressão estabelece toda uma contradição que é interna, interferindo, assim, na personalidade e favorecendo um equilíbrio psicológico vacilante, que o leva a uma “condenação” e a uma vida de fragmentos ou representações simbólicas onde eventos traumáticos reprimidos aflorem à consciência. Em segundo lugar, a repressão deixa o indivíduo menos capaz de distinguir e lutar contra perigos reais quando estes ocorrem, e, finalmente, a repressão aumenta o sentimento de impotência do indivíduo, na medida que envolve um cerceamento de sua própria autonomia, um cerceamento de seu próprio poder (May, 1977).

“Esses derivativos de pensamentos reprimidos constituem sinais de perigo que evocam reações de ansiedade neurótica. (...) as reações de ansiedade neurótica são tipicamente experimentadas como desprovidas de objeto ou sem causa” (Spielberger, 1981. p. 56-7).

Ansiedade Patológica

Visto como um sinal, a ansiedade não tem o papel de ativar adequadamente os recursos defensivos do ego. No entanto, esse papel não satisfeito, esse papel, pode surgir uma ansiedade intensa e mais persistente, além de outros sintomas neuróticos.

“Assim um desejo ou um impulso instintivo reprimido pode encontrar expressão como sintoma, embora ele tenha a probabilidade de ser deslocado e disfarçado no momento

em que atinge a expressão sintomática.” (Gabbard, 1998 p.174).

Dessa forma, segundo o Gabbard (1998) “*dependendo das operações defensivas e manifestações sintomáticas, a neurose resultante pode tomar a forma de um pensamento obsessivo, um ritual compulsivo, uma paralisia histérica ou uma fobia*”, enfim estabelece-se um quadro específico, considerado patológico (p.174).

Gabbard (1998) coloca a questão evolutiva da ansiedade diante de um padrão evolutivo hierárquico, onde aparece em primeiro lugar a ansiedade do superego, medo da perda do objeto e ansiedade de separação, em segundo, aparece a ansiedade de castração que se refere à ansiedade persecutória, a qual considera uma das formas mais primárias da ansiedade, junto com a ansiedade de desintegração, que equivale ao medo da perda do amor.

“Recuando na hierarquia evolutiva, para uma ansiedade mais precoce, encontramos o medo da perda de amor ou aprovação de outra pessoa significativa (originalmente os pais)” (Gabbard, 1998, p. 175).

Outro aspecto levantado pelo autor, se considerado uma fonte de ansiedade primitiva em “*termos de desenvolvimento é a possibilidade da perda não apenas do amor mas também do próprio objeto*”, que resultaria numa ansiedade de separação (p.175).

A ansiedade de desintegração é vista como tendo seu ponto de “*origem tanto no medo da perda dos limites do self por meio da fusão com um objeto, como na preocupação de que o self da pessoa irá fragmentar-se e perder a integridade na ausência de espelhamento ou respostas idealizadas dos outros no ambiente*” (Gabbard, 1998, p. 175).

Nestes termos, temos a ansiedade patológica, ou os sintomas psíquicos do “stress”, como também são conhecidos (Ballone, 2000b), e que compõem uma ampla

lista de classificação, referenciando os transtornos emocionais mais frequentes e de importância clínica, que aparecem na Classificação Internacional das Doenças Mentais (CID-10), no capítulo intitulado “Transtornos Relacionados ao Estresse e Somatoformes”, incluindo o Transtorno do Pânico, os Transtornos Fóbicos, onde os mais importantes deles, segundo a consideração atual, são a Fobia Social e os Transtornos Somatoformes, ambos marcados significativamente por um componente físico principal norteado através de fatores emocionais consistentes.

Por sua vez, o DSM- IV refere-se a eles a partir de duas referências, como Transtornos de Ansiedade, onde inclui os Transtornos Fóbicos, o Transtorno do Pânico e os Transtornos de Ansiedade e do Estresse, além disso, nos Transtornos Somatoformes, inclui o Transtorno Conversivo, a Hipocondria e outros.

Como se observa, o assunto é vasto, e, portanto, fundamenta-se num propósito absolutamente sintético. Por hora serão descritos, de forma resumida, apenas alguns quadros, como segue.

A ocorrência da ansiedade, amplamente discutida para Kaplan & Sadock (1997), tem prevalência de 5%, na população geral, o que significa que grande parte da mesma, em algum momento, já tenha sofrido algum transtorno de ansiedade, e que, devido as características mobilizadoras do Sistema Nervoso Autônomo, sujeitando o indivíduo a uma constelação sintomatológica física, tenha levado o indivíduo a um extensivo itinerário médico.

Em se tratando da ansiedade, conforme Ballone (2000b), tem-se realmente um “rosário” de sintomas descrito como:

- 01 – tremores
- 02 – inquietação
- 03 – tensão nervosa
- 04 – fadiga fácil

- 05 – falta de ar
- 06 – palpitações
- 07 – sudorese, mão frias e úmidas
- 08 – boca seca
- 09 – vertigens e tonturas
- 10 – náuseas e diarreia
- 11 – rubor ou calafrios
- 12 - poliúria
- 13 - bolo na garganta; impaciência
- 15 - resposta exagerada à surpresa
- 16 – pouca concentração ou memória prejudicada
- 17 – dificuldade em conciliar e manter o sono
- 18 – irritabilidade.

Tratam-se, portanto, de sintomas de manifestações basicamente neurobiológicas e consoantes ao desequilíbrio do sistema nervoso autônomo, que dá à manifestação a repercussão individual, pessoal, de acordo com as predisposições da personalidade, dando origem a sintomas psíquicos que caracterizam a ansiedade psicológica, que, de acordo com sua disposição, identificam diferentes quadros clínicos.

Transtorno do Pânico

O Transtorno do Pânico é caracterizado por crises ou ataques recorrentes de pânico, medo agudo e intenso, extremo desconforto, sintomas vegetativos associados e grande preocupação sobre a possibilidade de morte iminente e/ou de passar mal, ou ainda perder o controle, que normalmente indicam a existência de motivos intrapsíquicos importantes geradores de grande ansiedade (Ballone, 2000b).

Nas classificações internacionais, (CID-10; DSM-IV) encontra-se referência sobre a coexistência do Transtorno do Pânico com o Transtorno Depressivo, idéia sustentada por Ballone (2000b, p.3), a medida que considera que “o sentimento de pânico é em essência, uma grave sensação de insegurança e temor”, que mais ninguém

além dos deprimidos pode sentir. Dentro das características do pânico o que se percebe, é que uma vez experimentada uma ansiedade significativa ou medo, e tendo em vista que essa situação possa vir a se repetir, a ansiedade retorna diante dessa possibilidade, de ficar ansiosa e assim, pode prejudicar social e/ou ocupacionalmente o indivíduo (Ballone, 2000b).

Tendo seu início habitualmente ao vinte anos, o Transtorno do Pânico é igualmente prevalente entre homens e mulheres, quando associado ao estado fóbico, e tem como principais sintomas: palpitações ou ritmo cardíaco acelerado, sudorese, tremores ou abalos sensações de falta de ar ou sufocamento, sensações de asfixia, dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal, sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio, desrealização ou despersonalização (sentir-se outro) medo de perder o controle ou enlouquecer; medo de morrer e parestesias (formigamentos) ou anestesia, sendo que um período de intenso medo ou desconforto, acompanhado por pelo menos quatro dos treze sintomas somáticos ou cognitivos, justificam o diagnóstico. (Ballone, 2000b).

Estudos das imagens cerebrais e a coexistência do Distúrbio do Pânico com prolapso da válvula são de concordâncias clínicas importantes. Estudos referentes à prolapso da válvula mitral demonstram que esta alteração anatômica está presente em 50% dos pacientes com distúrbio do Pânico (Ballone, 2000b).

Kaplan (1997) refere-se a um estudo onde se constata um aumento do fluxo sanguíneo cerebral na área para-hipocampal direita de pacientes com este positivo para a infusão lactado. Tais pacientes mostram ainda um metabolismo cerebral global aumentado.

Fobia Social

As Fobias Sociais têm como característica um medo anormal de se expor a outras pessoas ou a situações específicas, que podem ser claras ou difusas, levando a resultados que incluem invariavelmente a evitação do objeto, atividade ou situação socialmente temidos, destacando-se o medo da humilhação e embaraço em lugares públicos, etc. (Ballone, 2000b). Nesse sentido, traz como consequência um prejuízo na atividade social, podendo levar ao extremo do isolamento pelos sentimentos experimentados, como preocupações acerca do embaraço e temor a que os demais os considerem ansiosos, “débeis, malucos ou estúpidos”.

No desenvolvimento dessas situações, os sintomas de ansiedade costumam ser: palpitações, tremores, sudorese, desconforto gastrintestinal, diarreia, tensão muscular, rubor facial, etc. (DDM-IV, 1995). Ao ocorrer na criança, a Fobia Social pode se manifestar sob forma de crises de choro, ataques de raiva, imobilidade, comportamento aderente ou permanência junto à mãe ou à uma pessoa familiar (Ballone, 2000b).

As diretrizes e critérios de diagnóstico do Transtorno Fóbico Social são:

- Os sintomas psicológicos, comportamentais e autossômicos devem provir da ansiedade e não de outros quadros mentais;
- A ansiedade deve ser restrita e/ou predominar a situações sociais;
- A evitação das situações fóbicas deve ser proeminente;
- O comportamento de evitação interfere nas atividades sociais ou no relacionamentos interpessoais;
- A pessoa reconhece que seu medo é irracional ou excessivo (Ballone, 2000b).

Ansiedade Generalizada

No transtorno de Ansiedade Generalizada, o *“indivíduo tem uma preocupação excessiva (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por um período de pelo menos seis meses, acerca de eventos ou atividades”* (DSM-IV, 1995, p. 412)

Outra característica se expressa na medida que o indivíduo acha difícil controlar a preocupação e enquanto esta é acompanhada pela a ansiedade e mais três sintomas adicionais, que incluem: fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, inquietação, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (DSM-IV, 1995) Embora muitas vezes os indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada nem sempre consigam identificar suas preocupações como excessivas, eles relatam sofrimento subjetivo devido à constante preocupação da dificuldade de controlar essa preocupação, ou experimentar prejuízo no funcionamento social ocupacional ou em outras áreas importantes (DSM-IV, 1995,).

“ Os adultos com Transtorno de Ansiedade Generalizada frequentemente se preocupam com circunstâncias cotidianas e rotineiras, tais como possíveis responsabilidades no emprego, finanças, saúde de membros da família, infortúnio acometendo os filhos ou aquelas questões menores (tais como tarefas domésticas, consertos no automóvel ou atraso ao compromisso)” (DSM – IV, 1995, p. 412).

Transtorno Somatoforme

Na caracterização do Transtorno Somatoforme, em geral o indivíduo apresenta-se poliqueixoso, com sintomas sugestivos de problemas funcionais de algum órgão ou sistema, ou de alterações nas sensações corpóreas sobre a funcionalidade do organismo como um todo, e que podem aparecer como quadros dolorosos característicos como transtornos cardio-circulatórios ou de qualquer outro órgão ou sistema, que não se confirmam por exames especializados (Ballone, 2000b).

Para o autor, o diagnóstico deve sempre levar em conta o nível de sofrimento causado pelos sintomas e qual o prejuízo em relação a esses, pois em caso positivo, sempre implica num prejuízo no funcionamento social e ocupacional, ou em outras áreas importantes. Os pacientes com queixas somáticas normalmente relatam uma “história” médica bastante extensa; têm facilidade para memorizar nomes de medicamentos e de doenças complicadas, conhecem quase tudo acerca de exames subsidiários e seus relatos costumam ser um tanto dramáticos (Bellone, 2000b). Lembra o autor que as pessoas com essas características,

“são quase que incapazes de referir uma dor simplesmente como, por exemplo, uma pontada. Normalmente elas dizem que dói como se um ferro em brasa estivesse entrando, como uma punhalada, como se arrancassem seus órgãos”, etc. (p. 12).

Ansiedade, Medo e Angústia

Medo

Os aspectos comentados até aqui, referem-se essencialmente a aspectos da ansiedade, envolvendo sentimentos profundos de mal-estar, provocados por medo e angústia, entre outros, diante de diferentes situações. A partir de agora esses aspectos passam a ser examinados um pouco mais a fundo mais a fundo.

As reações de um organismo em ocasiões de medo e de ansiedade podem ser radicalmente diferentes devido ao fato de que estas reações ocorrem em distintos níveis psicológicos da personalidade (Spielberger, 1981). Segundo o autor, a relação entre medo e ansiedade se estabelece atentando para a confusão entre os dois termos. Cita as referências de Darwin e a visão do medo como herança, tanto nos humanos quanto nos animais. Considera que o medo tem características de advertências de que algo precisa ser feito para evitar o perigo, e ressalta nesse sentido, a função adaptativa do medo

quando em certos limites bem restritos, “é visto como benéfico”, no entanto, chama a atenção para pouco medo ou medo em excesso que poderá precipitar um estado de imobilização.

De modo geral, na medida em que o medo adverte sobre o perigo faz isso através de informações recebidas dos cinco sentidos, e o que começa como um estado de medo por um objeto específico pode se generalizar, atingindo, assim, diferentes áreas (Mira-Y López, 1957).

Em termos de formas de manifestações, segundo esse autor, o medo é vivido intimamente como um estado de progressiva insegurança, angústia, impotência e invalidez crescente, entre a impressão eminente de que sucederá algo que se queria evitar. Já sob o ponto de vista subjetivo, à medida que o sujeito se assusta, sente-se cada vez mais impulsionado a desvencilhar-se da situação, fugindo dela ou ocultando-se da presença do objeto fobígeno (Mira Y López, 1957). Porém, a partir de um ponto de vista mais objetivo, conforme o autor, nas suas diversas fases e graus de invasão da emoção medrosa, vai se pronunciando cada vez mais as indagações dos movimentos e dos fenômenos de vaso constrição e de pressão, cujo resultado pode ser observado pelas manifestações corporais. Em segundo lugar, os mesmos efeitos nociceptivos exercem sua ação através do Sistema Nervoso Autônomo, provocando neste um “bloqueio”, uma inibição ou intercepção dos impulsos, que deixa sem seu habitual estímulo os centros nervosos superiores (corticais) e paralisa, assim, os arcos reflexos (sensitivos) e eferentes (motores), deixando o ser suspenso e angustiado, quer dizer, reduzindo o simples ponto psíquico, “sem volume” nem iniciativa pessoal (Mira Y Lopez, 1957). Num terceiro ponto, lembra o autor, aparece a primeira reação defensiva contra esse efeito, constituindo-se no esforço dos dispositivos propulsores da translação, para compreender a fuga ou apontamento, em sentido oposto ao da ação nociceptiva

(daninha). Este alívio é logo prejudicado, não só pela impossibilidade de realizar a fuga geográfica, coação moral no ambiente, falta de energia para vencer a inibição das vias motoras correspondentes, bem como, em virtude de um processo de condicionamento reflexo negativo, aumenta rapidamente os estímulos fóbigenos.

Por fim, a quarta modalidade que, segundo Mira Y López (1957), trata de um medo imaginário, ocasionado por uma crença analógica e fantástica que leva o homem ao temor do desconhecido e, simplesmente ao medo do desconhecido e do inesperado, culmina tudo isso no medo e na angústia.

No entanto, qualquer que seja a forma que adote a apresentação e a ação do medo pode alcançar diversos graus de intensidade, correspondendo cada um deles ao avanço na difusão e profundidade de seus efeitos inativantes sobre os centros propulsores da vida pessoal (Mira Y López, 1957). Neste aspecto, a medida que invade o recinto anímico, o medo provoca uma “dissolução das funções”, atacando, em primeiro lugar, as mais recentemente estabelecidas na linha evolutiva, passando o sujeito a sentir seus efeitos, que percorrem rapidamente a linha temporal, assinalando suas diferenciações no ser humano. O que identifica quase que uma regressão para o “nada pré-natal”, em cujo decurso pode-se distinguir perfeitamente seis principais níveis de intensidade fóbigena, tais como: concentração (desconfiada), alarme; angústia (ansiosa); pânico e terror.

Embora teoricamente esses níveis estejam seriados, de modo que a passagem de um para outro se faça seguindo uma mesma linha evolutiva, na prática pode-se verificar, simultaneamente, cada um deles; então, é claro, o perfil que se traça através de particularidades de constituição psicossomática, estado de maior ou menor esgotamento, situação anterior de ânimo que expliquem sua imbricação. Pode-se dizer que, de modo geral, nas três primeiras fases ou níveis de invasão do medo (prudência,

cautela, alarme) e praxia (conduta motora) a ansiedade é ainda satisfatoriamente controlada pela personalidade enquanto que nos três últimos se acelera e precipita sua total desorganização e abolição (Mira Y Lopez, 1957).

Assim, o medo aparece como um caso particular imensamente vasto, onde a situação ameaçadora está presente, definida, ou pelo menos, totalmente perceptível (LeGall, 1978), aguçando os sentidos, impõe uma condição catastrófica (May, 1977), que, a princípio, representa uma emoção extraordinariamente complexa, pois se acha integrada pela combinação de vários processos que foram surgindo ao longo da evolução biológica como tensão, tendência a irreversibilidade de certas reações produzidas por modificações especiais do estímulo celular originando no organismo uma invalidez parcial e temporária que se traduz por uma diminuição de atividades vitais (Mira Y Lopez, 1976).

Entre as várias “etapas” do desenvolvimento do medo, encontra-se, de antemão, o padrão de sobressalto, o qual é uma “resposta protetora”, precursora das emoções de medo e ansiedade, subentendida como uma resposta primária, inata, involuntária e pré-emocional (May, 1977). Como tal, segundo o autor, é imediata, súbita e intensa, exigindo, por parte do organismo, um tratamento incomum, compartilhando, assim, da natureza de uma reação de emergência, pois trata-se de uma resposta rápida e transitória, simples, na sua organização:

“ o padrão de sobressalto tem como característica mais destacada a flexão do indivíduo (...) é sempre marcada por um piscar de olhos e, no quadro normal, inclui movimentos da cabeça para frente, uma expressão facial característica, encolher os ombros, abdução por parte superior dos braços, dobrar os cotovelos, pronação dos antebraços, flexão dos dedos, é uma reação básica, não suscetível ao controle involuntário (...) neurologicamente envolve uma inibição dos centros nervosos superiores, uma vez que estes últimos, (...) são incapazes de integrar um estímulo súbito (...) sobressaltamo-nos antes de saber o que nos ameaça” (May, 1977, p.99).

Pesquisas mostram, segundo May (1977), o que os sujeitos adultos manifestaram em relação ao sobressalto, como comportamento secundário a emoção, a curiosidade, a irritação, o medo e a ansiedade. Portanto trata-se de uma resposta precursora de reações emocionais do organismo, e, conseqüentemente, muito pode ser deduzido dela, principalmente levando-se em conta que esta é a primeira indicação de que *“existe uma brecha entre o indivíduo e o seu mundo”*, que pode interferir na percepção, influenciando também na forma de avaliar os estímulos novos.

“...evidentemente cada ser humano tem seu limiar, além do qual o estresse adicional torne a situação catastrófica, (...) que surge quando o indivíduo não pode fazer face às exigências do seu meio” (May, 1977, p. 71).

Uma manifestação caracterizando uma situação catastrófica pode sobrevir, por exemplo, com apenas um pensamento, que atravessa rapidamente a mente, ou uma ameaça à perdas ou à existência de uma crise onde o indivíduo, que nem sempre pode ser considerada em referência a uma elevada intensidade emocional, onde o medo é a expressão da mesma capacidade em sua forma mais específica (May, 1977).

Trata-se, pois, de uma situação de qualidade e não de intensidade, onde o medo pode ser irracional, na medida em que se refere a um medo inteiramente desproporcional à situação da realidade, e se apresenta com uma “pesada carga ansiosa subjacente”, é pois, o que aparece já nos primeiros escritos de Freud, como “medos neuróticos” onde as fobias, são citadas como exemplo. Assim, o medo e a ansiedade aparecem como formas objetivadas da incapacidade do sujeito de lidar com seu meio, obedecendo a “incapacidade biológica” para essa expressão (May, 1977). Assim, como lembra o autor, os medos infantis, que surgem a partir das peculiaridades existentes nos estímulos; aponta, entre eles, o aparecimento súbito, abordagem rápida, intensidade do

estímulo, juntamente com a dificuldade, se não a impossibilidade, de uma adequada avaliação desse estímulo.

Desta forma, seja como for, medo e ansiedade traduzem uma deficiência por parte do sujeito para adequar-se ao ambiente, ou de tornar o ambiente adequado ao próprio indivíduo, e, por mais desconfortável que seja, um medo é experimentado como uma ameaça que pode ser localizada no espaço ao qual o sujeito pode se ajustar (May, 1977).

“ ...o medo é realmente uma apreensão em relação à possibilidade de ser lançado numa situação catastrófica, podendo reduzir-se a apreensão causada por experiências que poderiam gerar a mais devastadora condição a ansiedade (...) o medo pode converter-se em ansiedade quando o indivíduo descobrir que não pode enfrentá-lo de forma adequada” (May, 1977, p.76).

Assim, quase que entrelaçados, medo e ansiedade envolvem mesclas de estados afetivos que resultam mediante diferenciações progressivas das emoções primárias, que ora se dão como puros estados de consciência sem conteúdos intelectuais, ora se apresentam aderidos a objetos da realidade externa circunstante, imaginário, ou verdadeiro (May, 1977). Nesse processo medo apresenta sempre uma apreensão vaga e não específica.

No entanto, como lembra May (1977), na ansiedade existe freqüentemente a possibilidade da presença de um “pseudo objeto”, como por exemplo nas fobias, quando a ansiedade é freqüentemente deslocada para qualquer objeto aceitável, na busca do alívio da dor, que se apresenta como um estado muito incômodo, e leva por isso a tendência de racionalizar a ansiedade em forma de medo.

A discussão da diferença entre medo e ansiedade, em função da presença de um objeto no medo, e sua ausência na ansiedade, vem de longa data. Possibilidade esta, já cogitada tanto por Jaspers (1979), quanto por Freud (1936) Jaspers (1979) fez a

formulação clássica: “o medo é dirigido contra algo”, enquanto a ansiedade “é sem objeto definido” (p. 135). Freud (1936) definiu a “ansiedade como medo sem objeto”. Além disso, a considerou o fenômeno fundamental, o problema central da neurose. Porém, deve-se salientar, que a medida que se liga o medo a um objeto, automaticamente o ligamos a um determinado ponto no espaço, ao qual o organismo pode desenvolver uma adequada reação de defesa, a algo objetivo, e a partir do qual a tensão pode ser mobilizada para a fuga, enquanto aquilo que é temido é percebido e identificado (Peregrino, 1996).

No entanto, hoje, a distinção entre medo e ansiedade a partir de um objeto, é discutível. Figueiredo (1993) deixa isso claro, na medida em que considera que a diferenciação baseada num objeto pode “levar ao risco da perda de rigor, pois nem sempre uma ameaça real ou eminente provoca medo, podendo ao invés de medo, provocar euforia” (p. 35). Além disso, o que pode ser observado nas classificações mais recentes, é que essa distinção está longe de ser evidente, como pode parecer a primeira vista, pois, tomando como base as fobias que tem um objeto que provoca pavor, bem como as obsessões que têm pensamentos repetitivos que objetivamente motivam o desconforto, percebem-se distinções. Apesar de terem presentes esses objetos, encontra-se nos capítulos dedicados aos transtornos de ansiedade, em manuais como o DSM-IV e CID-X, o que, talvez, justifique a teoria de Goldstein de “pseudo-objeto”, como bem o cita May (1977).

Assim, a discussão sobre a diferenciação entre medo e ansiedade prossegue. Alguns tentando através da sua definição comparar as duas e esclarecer suas diferenças, como por Pichot citado por Peregrino (1996), o qual considera que a ansiedade se resume num estado emocional desagradável, que consiste, logicamente e em geral, de três condições especiais: “a) um sentimento ou sensações de perigo iminente; b) uma

atitude de expectativa em relação a esse perigo; c) um sentimento de desorganização com sensação total de desamparo diante do perigo” (p.140). Para Peregrino (1996) estas condições ocorrem também no medo, que é simplesmente um outro nome para uma inquietação diretamente fundado. No entanto, como considera o autor, quanto mais intenso o medo, mais este se aproxima do pavor, franqueando, assim, o caminho para os estados de angústia, o que leva a outra questão a ser vista: ansiedade ou angústia?

Angústia e Ansiedade

O surgimento da concepção de uma “clivagem radical, inscrita no cerne da subjetividade”, foi, sem dúvida, a condição essencial para que o pensamento ocidental um dia pudesse colocar-se frente ao problema da angústia, formando, assim, um conceito que até então não existia. Para ser plenamente situado, exigiria uma perspectiva histórica, ou mesmo arqueológica, na acepção de Michel Foucault, citado por Hetem & Graef, (1997), a qual ainda não está totalmente disponível, uma história suficientemente consolidada aos dados de algumas questões que são prementes para a psicopatologia.

Dessa forma, buscando aspectos históricos da angústia, procura-se apenas apontar algumas idéias, pontos básicos, que possam servir de referência para uma história de concepção sobre a mesma, auxiliando, assim, na conceituação preliminar, e na delimitação comparativa da ansiedade e da angústia.

Na evolução histórica do conceito de angústia observa-se que, depois da passagem pela filosofia, onde autores importantes como Kierkegaard e Heidegger estabeleceram uma descrição de angústia, acenando com a possibilidade da constituição de uma psicopatologia, enquanto disciplina fundada no estudo das formas individuais da existência e seus padecimentos. Frente a isso às estruturas fundamentais da condição

humana, surge então, um projeto, que evolui a partir do método fenomenológico, e recebe, com Binswanger, a pedra fundamental e a sua efetivação, em especial seu uso na psicopatologia, quando então se pode deslizar de uma problemática do vazio, enquanto tal, em direção a positivação deste, pela construção de uma teoria psicológica dos afetos (Pereira, 1997).

Assim, a angústia que a princípio aparece como uma concepção do nada e com a idéia de clivagem constitutiva do ser, cede radicalmente espaço a uma abordagem positiva, em busca da objetividade descritiva e explicativa, o quanto mais possível (Pereira, 1997). Nestas condições, o problema da angústia, a partir do seu lado visível, passa ao estatuto de sintoma, no sentido clínico do termo, aparecendo como fenômeno repleto de manifestações observáveis no corpo e objetiváveis nas suas lamentações.

Portanto, a abordagem da angústia, na óptica da psicologia enquanto disciplina psicopatológica, ocorre essencialmente através da dimensão do fenômeno afetivo positivo, descritível e até mensurável, o que eleva a necessidade de uma definição comparativa dos conceitos dos demais estados afetivos. Laplanche (1988) começa essa discussão apoiando-se na distinção freudiana de três afetos, especificamente: “*schreck, angst e furcht*”, ou seja, terror, angústia e medo. Considera que os distanciamentos e coincidências semânticas entre estes três termos, em diferentes idiomas, podem estimular a reflexão e ajudar-nos a alcançar a complexidade dos fenômenos.

Vê, assim, uma interessante possibilidade semântica do termo “angst” (alemão), ausente no português, cuja significado abrange tanto a angústia quanto o medo. Assim, inclui nessa discussão semântica, a questão da transitividade dos verbos dos quais os conceitos são derivados, onde a angústia não é originalmente transitiva, mas reflexiva “*eu me angustio*”. Contudo, quanto a percepção do objeto que mostra o perigo, nas situações fóbicas, que leva a transitividade da angústia a desempenhar um papel

secundário, indireto, por exemplo “tenho medo da morte”, o que segundo Laplanche (1988), por si só traduz a sutileza na distinção clássica entre o medo (afeto no qual o perigo é objetivado) e a angústia (onde não haveria objeto intencional deleitável que explicasse o afeto): “*um medo sem objeto ou situação na qual ou diante da qual o indivíduo enfrenta angústia*” (Laplanche, 1988, p. 40).

Nesta perspectiva, a angústia pode ser uma das formas particulares da vida “afetiva normal”, ou, ainda, em algumas situações, pode aparecer como sintoma de um processo patológico mental, ou orgânico sutil, ou ainda, pode constituir a própria doença como caso da “neurose de angústia” (Pereira, 1997). Diferença descrita por Henry Ey (1981), ao postular alguns aspectos fundamentais que diferenciam a angústia patológica da normal:

“a)... é anacrônica no sentido de que faz reviver situações passadas e ultrapassadas; b) é fantástica no sentido de que é engendrada não pela situação real do ego em seu mundo mas pela representação imaginária de um conflito inconsciente; c) é estereotipada ou repetitiva, isto é, está enraizada no próprio caráter do indivíduo” (Ey, 1981, p.620).

Assim, na patologia, a angústia vista como doença “psíquica e física” surge da sensação da iminência de um perigo, caracterizado por uma crença difusa que pode ir da inquietação ao pânico, e por sensações penosas de contração epigástrica ou laringe (Albert & Chneiweis, 1991).

Além disso, a angústia, na sua maioria, é associada a um fundo de ansiedade, e trás como característica geral não corresponder a nenhuma causa objetiva, manifestando-se num acesso espontâneo, e revelando-se sem relação com a qual lhe dificulta ou até impossibilita sua compreensão (LeGall, 1978). Ao buscar sua identificação, deve-se levar em conta suas manifestações, ou seja, o “conjunto

dramático” de impressões fisiológicas (o que serviria de critério somático), e psicológicos intimamente ligados e descritos como:

“...impressão de contração torácica, de torção epigástrico ou abdominal, de garganta apertada (faringe, impressão indefinível), que comprime os ombros e desce até às barrigas das pernas: não se pode andar, a fuga ou até o pensamento da fuga é impossível. Um véu negro diante os olhos, tudo se embaralha, os sons não se percebem bem deformados, sentem-se encharcado em suor; podendo acrescentar-se a tudo isso, em alguns casos, a impressão de descida quase em queda livre, e desordens fisiológicas menores em relação aos de uma grande crise cataclísmica, mas da mesma maneira” (LeGall, 1978, p.15).

Visto dessa forma, pode-se entender a angústia também como uma fonte de movimento e, ação em “busca, provavelmente de paz”. Através de um desvio que passa pela realidade e eventualmente, é, também o ponto de partida de um procedimento de ajuda, à um perigo generalizado (Dejours, 1988). Desta forma, a manifestação da angústia e da ansiedade seria uma reação a algo que vem de dentro, onde a angústia seria quase que “um medo sem objeto”, ou mesmo estando ligado a um perigo real, a angústia se manifestaria na perspectiva deste perigo, que é desconhecido e que não pode ser definido.

É exatamente este caráter de indefinição que torna a angústia mais temível e leva, muitas vezes a evocar condutas reativas, no curso das quais, como forma de fugir da angústia, o indivíduo se lança em condutas heróicas, se lançando num empreendimento no qual o perigo real é conhecido e enfrentado de forma consciente (Dejours, 1988). Esse aspecto da angústia, cujo objeto é impreciso e às vezes indeterminado, é visto dentro da angústia como o predomínio do imaginário, onde é evocado qualquer coisa, que faz medo, mesmo enfrentando perigos para evitar sentir angústia.

Laplanche (1988) associa medo e angústia às funções adaptativas do organismo, face aos perigos reais, ausentes nas crianças. Neste sentido busca fundamentação em Freud (1972), que escreve:

“...quanto à verdadeira angústia-real, a criança parece possuí-la num grau pouco pronunciado. Seria desejável que tivesse recebido de herança um maior número de instintos tendendo à preservação da vida; isto facilitaria grandemente a tarefa das pessoas que a vigiam e que estão encarregados de impedi-la, suas forças e se comporta sem experimentar angústia porque ignora o perigo. Corre na beira da água, sobe na soleira da janela, brinca com objetos cortantes e com fogo, (...) faz tudo que lhe pode ser nocivo e causar preocupação que se acaba fazendo nascer nela a angústia real, pois não se pode realmente permitir que aprenda por experiência pessoal” (Freud, 1972, p.385).

Esse fato evidência a influência do aprendizado nas emoções como medo ou angústia. Nas suas descrições, Laplanche (1988), considera que, num primeiro momento, a angústia não adaptada ao real pode contaminar todo o medo tido “normal”, levando-o então a se “*disfarçar em angústia real ou fobias*”, sentimentos que, na criança, vão se “*estruturando a medida que o sujeito aprende a lidar com seu ambiente, levando-o automaticamente a uma adaptação*” (p.44).

Assim, angústia e ansiedade não são sinônimos, são sentimentos muito próximos e pouco diferenciados, ambos ligados ao afeto, onde a angústia aparece como nota dominante, sempre com a sensação de opressão, que habitualmente se refere à região precordial, palavra que quer significar um estado emotivo parecido mas com ligeira diferença de matriz. (Dejours, 1988). Desta forma, na angústia predominariam as matrizes físicas da vivência e na ansiedade seria mais psíquico, o que, na realidade, não é tão claro assim, pois as dimensões físicas e psíquicas da ansiedade são, segundo Albert & Chneiweis (1991), indissociáveis.

Ansiedade Como Traço de Personalidade e Como Estado

O desenvolvimento da personalidade, segundo Anastasi & Urbina (2000), ocorre em geral em condições uniformes, num domínio da personalidade, onde a mesma resposta pode levar a conseqüências sociais que são positivamente reforçadoras em uma situação e negativamente reforçadoras em outra.

Assim, segundo esses mesmos autores, o indivíduo pode responder de maneiras diversas em diversos contextos, sempre de acordo com a especificidade situacional, identificando uma situação, que pode ter um significado diferente de uma pessoa para outra.

Conforme Anastasi & Urbina (2000), deve-se isso a associação hereditariedade e ambiente, onde

“ influência da hereditariedade se manifesta nas manifestações através de traços individuais relativamente duradouros, que podem contudo incluir traços de adaptabilidade às demandas situacionais ” (p.315).

As influências ambientais *“podem contribuir para a variância (ou especificidade) situacional e, também, para a estabilidade dos traços, porque o ambiente do indivíduo pode em si mesmo, apresentar maior consistência ao longo do tempo e das situações” (Anastasi & Urbino, 2000, p.315).*

Caracteriza-se, assim, por traços e situações, que são maneiras de categorizar o comportamento num contexto onde o traço é visto “em termos de uma classe especificada de situações”, que se ligam a ansiedade, e podem levar o indivíduo a perceber as situações avaliativas como ameaçadoras. Já o estado refere-se a uma condição emocional transitória caracterizada por momentos subjetivos de tensão e apreensão (Anastasi & Urbina, 2000) portanto, também ligados à ansiedade. Assim, enquanto a identificação do traço, é característica do modo de ser emocional e ansioso, caracterizando aquele indivíduo *“especialmente responsivo a situações interpessoais*

que trazem alguma ameaça a sua auto estima, tais como uma avaliação de desempenho ou uma experiência de fracasso (Anastasi & Urbino, 2000 p. 319).

Já a referência de estado é feita quando se apresenta um estado emocional, referente a uma situação específica enfrentada pelo indivíduo, que varia em sua intensidade, flutuando ao longo do tempo, e que é percebida como ameaçadora e perigosa com base em sua experiência passada .

Portanto, os conceitos de traço-estado têm sempre a ver com o modo de ser emocional do sujeito, numa personalidade estruturada ao longo do desenvolvimento, onde o traço refere-se a uma propensão à ansiedade e o estado indicaria a intensidade desse sentimento (ansiedade). (Anastasi & Urbino, 2000)

Nesse sentido, os comportamentos dos ansiosos podem variar, manifestando-se de forma episódica, fásica ou tônica, tendo, nestes casos, como exemplo de estados tônicos, a ansiedade generalizada e, como o exemplo mais típico dos fásicos, o transtorno de pânico (Gentil, 1999).

Além disso, a ansiedade pode estar associada a determinados eventos, situações ou objetos (a situação específica) ou pode ocorrer de forma aparentemente imotivada (chamada espontânea ou livre-flutuante). Ou ainda, quando sua manifestação é habitual em um indivíduo, pode-se considerá-la um traço de personalidade ou, na sua manifestação, como estado ansioso (Gentil, 1999).

O estado ansioso, como descrito por Ey (1981), caracteriza-se como um quadro de “*ansiedade crônica organizada, semelhante a caracterial, e constitui uma posição sistemática na existência, como uma constituição baseada na angústia*”. Dentro de um aspecto mais objetivo, segundo o autor, parece que o indivíduo, “dono” de uma constituição ansiosa, de fato, desde a infância manifestou uma tendência para a

inquietação, para as disposições de apelo e requerendo sempre suportes necessários para sua segurança e proteção (p.145).

Nesta situação, o ansioso tem sua vida instalada na ansiedade. *“Suas relações, seu casamento, amizades, profissão, estão dominados pela necessidade de eterno apoio e de amor. Em função de um ego dependente, o ansioso tem dificuldade de se deslocar no seu processo de desenvolvimento existencial, ambiental e social, espera”*, isso não apenas como experiências temíveis, mas como provas suplementares de sua angústia” (Ey, 1981, p. 452).

A idéia sobre as características da personalidade identificadas a partir da “ansiedade traço”, se diferenciada da ansiedade como estado, surge à medida que se passa a considerar as possibilidades internas do indivíduo para o desenvolvimento da ansiedade (Spielberger (1979).

“As observações de mudanças em eventos vitais e ansiedade na saúde mental demonstram que qualquer modificação no padrão de vida familiar de uma pessoa, para melhor ou pior, requer adaptação, mobilizando frequentemente ansiedade” (May, 1977, p. 123)

Situação, a qual, poderia ser explicada através das características da personalidade, levando-se em conta a questão da ansiedade traço-estado (Spielberger, 1981).

Nesse aspecto, o “estado de ansiedade” se manifestaria como uma condição emocional transitória, associada à atividade do Sistema Nervoso Autônomo, enquanto que a ansiedade traço seria uma propensão para desenvolver a ansiedade estado, ou a frequência da manifestação de ansiedade num extenso período de tempo. Mesmo antes de Spielberger, Cattell, considerou a distinção entre “ansiedade como estado ou humor” e “ansiedade como traço de personalidade”. Porém, a teoria da ansiedade traço e ansiedade estado como visto hoje, foi conceptualizada por Spielberger, (1979), onde a

ansiedade estado é vista como um estado emocional, que além de transitória, pode variar de intensidade e flutua de um momento para outro. Condição que é caracterizada por sentimentos subjetivos, conscientemente percebidos como tensão e apreensão, por ativação do Sistema Nervoso Autônomo, que eleva o nível de ansiedade estado em função de circunstâncias percebidas como ameaçadoras independente do perigo objetivo (Biaggio, 1984).

“Qualquer estímulo interno ou externo, cognitivamente avaliado como ameaçador, evocará uma ansiedade como estado. A intensidade e duração dessa reação emocional será sempre proporcional ao grau de ameaça que a situação opõe ao indivíduo, bem como a persistência dos estímulos que o evocam” (Spielberger, 1981, p. 65).

Em contrapartida, a ansiedade-traço, refere-se a “diferenças individuais relativamente estáveis em predisposição à ansiedade” isto é, as “diferenças na disposição de perceber uma larga gama de situações estimuladoras como perigosas ou ameaçadoras”, e na tendência a responder a essas ameaças com reações de ansiedade estado. Além disso, a ansiedade traço reflete também as diferenças entre os indivíduos quanto à frequência e intensidade da manifestação dos estados de ansiedade no passado e a probabilidade de sua ocorrência no futuro (Biaggio, 1984 p.39).

Assim, pessoas com elevado traço de ansiedade, tendem a perceber maior número de situações como perigosas ou ameaçadoras, aumentando também as propensões significativas para a elevação da ansiedade, o que contribui na “avaliação pessoal”, onde conta também experiências anteriores ligadas à aptidão e habilidades, bem como, o perigo real inerente a situação, tendo conta na percepção da situação como perigosa ou ameaçadora, contribuindo assim para a elevação da ansiedade com estado (Spielberger, 1981).

“Uma vez que a situação é considerada como ameaçadora, supõe-se que: a) uma reação de ansiedade-estado se produzirá; b) a intensidade dessa reação será proporcional

à quantidade de ameaças que a situação representa para o indivíduo. Supõe-se também que a duração da reação de ansiedade estado dependerá de persistência do estímulo eliciador e da experiência prévia do indivíduo em lidar com circunstâncias semelhantes" (Biaggio, 1984, p. 120).

Conforme Biaggio (1984), a origem das diferenças individuais supõe que as experiências passadas predis põem as pessoas com alto grau de ansiedade-traço que levam a avaliar as situações como ameaçadoras, mais do que os indivíduos que tem ansiedade traço baixo. No entanto, segundo Spielberger (1981), pode-se especular, nestes casos, que as relações estabelecidas entre pais e filhos foram centralizados na punição, fato que traz consigo atitudes auto depreciativas, o que seria característico na pessoa com ansiedade traço elevada, e que contribuiria no desenvolvimento de circunstâncias caracterizadas pelo fracasso.

No geral, segundo Biaggio (1984) seria esperado, que aquele que apresenta alto nível de ansiedade-traço, demonstre também elevações na ansiedade estado mais freqüentemente do que indivíduos de baixa ansiedade traço, pois tendem a reagir a uma larga faixa de situações vistas como ameaçadoras e, portanto, desagradáveis gerando uma tensão específica ansiedade. Assim sendo, as pessoas de alto grau de ansiedade traço são mais vulneráveis às tensões e apresentam maior ansiedade neurótica pelos pensamentos ou lembranças reprimidas, os quais geram reações de ansiedade como estado, mais freqüentemente e em maior intensidade (Spielberger, 1979, 1981).

O alto grau de ansiedade traço determina a tendência ao alto grau de ansiedade estado, já que a avaliação da ameaça, segundo o autor acima citado, se relaciona à ansiedade traço, e parte da importância central da avaliação cognitiva na indução do estado de ansiedade.

Assim, ao descrever a ansiedade traço, Spielberger (1979) a vê como um elemento de equilíbrio da personalidade, já que ela faz parte da maneira de reagir do

indivíduo diante dos acontecimentos, integra os diversos temperamentos, alguns mais inquietos diante do futuro, enquanto outros mais ou menos preocupados com as pessoas que lhe são próximas ou, ainda, tão impulsivos que a menor “fagulha o faz explodir”. Tudo isso caracteriza o traço ansioso, mesmo com algumas modificações ao longo do tempo; mantém-se uma característica geral, que identifica a “espinha dorsal”, que é estável e crônico no funcionamento da personalidade, diferenciando-se da ansiedade estado a medida que este é sujeito a flutuações diante de situações mobilizadoras, e ao romper modifica esse equilíbrio proposto pela ansiedade traço, introduzindo uma ruptura e colocando o indivíduo diante de manifestações que caracterizam um estado de ansiedade (Spielberger, 1981).

Ansiedade nas Instituições

A ansiedade é uma síndrome emocional complexa caracterizada por sintomas físicos e psíquicos, que se manifestam concomitantemente. Na sua presença “*as vivências de expectativa ou pressão associam-se à inquietação motora, tensão muscular e alterações neurovegetativas*” (Battarello, 1998, p.272).

A instituição, conforme o autor, é caracterizada por um conjunto de normas, tácitas ou explícitas, que definem e regulamentam suas atividades, bem como também de um grupo social. Desta forma, as instituições são legitimadas e se realizam concretamente nas organizações, como hospitais, escolas, etc.

Neste sentido, o termo instituição é utilizado como sinônimo de organização ou de estrutura social, como aparece neste trabalho.

Portanto, como visto, a ansiedade manifesta-se a nível individual, ou seja, ocorre no indivíduo, enquanto que o termo instituição nos remete ao coletivo social. No entanto, a instituição não existe por si só, o que aparece, é sim, uma interdependência

recíproca de fatores individuais psicossomáticos que se associam aos sócio ambientais, formando uma vinculação muitas vezes complicada (Battarello, 1998).

Desta forma, ao mesmo tempo em que tenta-se reduzir o que é do indivíduo, e o que se caracteriza da instituição, tem-se que admitir que a vinculação que une os dois é constituída de tal ordem que são inseparáveis um do outro.

Sendo assim, pode-se pensar em ansiedade nas instituições de várias maneiras, buscando no contexto institucional fatores que reproduzem essa ansiedade, ou nas pessoas que fazem parte dela (Battarello, 1998).

No entanto, segundo o autor, tais questões colocam-se numa posição bastante reativas diante da instituição, uma vez que, dessa forma, seria perdido aquilo que os antropólogos nos ensinam: “o homem é um ser social por natureza”. Portanto, pode-se pensar que “a partir do esclarecimento desses novos paradigmas” o indivíduo constitui as instituições e vice-versa (Battarello, 1998, p.273).

Baseado nestas afirmações, Battarello (1998), busca nos saberes sobre o indivíduo e sociedade as possibilidades da mesma máxima que vale para o indivíduo e também para as instituições. “Nenhuma delas está acima das grandezas e misérias da ansiedade” (Battarello, 1998, p. 273).

Desta forma, aponta para o conceito de ansiedade considerando a opção mais adequada, que seria o de ansiedade como sinal de alerta.

Na verdade, o autor propõe a compreensão da ansiedade nas instituições, a partir daquilo que se conhece no indivíduo e da intimidade de outros sistemas hipercomplexos. Considera que:

“a vida passa a ser um caso particular de um princípio mais geral de organização” (Battarello, 1998, p.274).

Assim, a partir do paradigma de sistema auto-organizador, o autor discute duas características dos sistemas auto-organizados. O sistema aberto, que se desenvolve a

partir da exposição a estímulos, para os quais não tem padrões automáticos de resposta, aumentando dessa forma o nível de complexidade. (Battarello, 1998). Além disso, aponta a *“tolerância do sistema às perturbações aleatórias, que tem um limite a partir do qual ele se desestabiliza de modo irreversível (p.275)”*.

Sendo assim, o autor busca nas situações habituais, o entendimento do ser humano, relacionando-os com um sistema hipercomplexo, e buscando dessa forma a sua compreensão. Nesse sentido, vê a importância de se conviver com situações não previsíveis, para a reformulação consciente ou inconsciente, do modo como se pensa, se sente e percebe o mundo. Vê nisso, um enriquecimento, um aumento da complexidade.

Considera que:

“sem esses estímulos perderíamos muito da nossa vitalidade, sem os mesmo morreríamos. No entanto, alguns eventos podem nos perturbar a tal ponto que perdemos transitória ou definitivamente nossa capacidade de organização” (Battarello, 1998, p.274).

Assim, o autor citado apresenta a vida como sistema hipercomplexo, que não transcorre de modo mecânico e invariável, mas, pelo contrário, considera a organização, quando vista ao longo do tempo, como um resgate de sucessivas desorganizações.

Além disso, refere-se à questão de que a *“organização viva transcorre em uma faixa intermediária entre o estático e o inconsciente” (p.275)*. Desta forma vê os sistemas hipercomplexos ameaçados por dois tipos de morte, a estagnação e a decomposição.

Battarello (1998) reporta esses aspectos às instituições, considerando seus aspectos dinâmicos, nos quais, aponta dois conceitos fundamentais, o de *“instituinte e instituído”*. Considera o instituinte, aqueles *“movimentos criativos que geram*

transformações”, onde o indivíduo é visto como o “*resultado desses movimentos e cumpre a importante função de ordenação e preservação da estabilidade da vida institucional*” (p.275).

Desta forma, no processo dinâmico da instituição, segundo o autor, para permanecer eficiente, a instituição precisa estar aberta às transformações com o instituinte acompanhando o devir social. Quando isso não ocorre, “*o instituído assume desmesurada importância, interrompendo o devir do processo institucional*” (Battarello, 1998, p. 275).

Partindo dessas reflexões, o autor conclui que “*os fatores que ameaçam as instituições são em grande parte as mesmas que nos fazem ficar ansiosos*” (p.275).

Bleger, citado por Guirado (1987), aborda a questão da instituição partir da Intensidade da clivagem; da maior ou menor flexibilidade dos grupos que a compõe, para ir e vir do nível sincrético ao organizado, bem como do grau de ansiedade que desperta.

“Partindo do conceito da personalidade estruturada pela dinâmica do ego sincrético e um ego organizado, Bleger vai postular a coexistência da comunicação grupal como derivada desta estruturação para, enfim, supor uma intrincável indissociabilidade entre o sujeito, a organização grupal e institucional” (Guirado, 1987, p.8).

Desta forma, vê o sincretismo e a identidade do sujeito, tendo que primeiro deles refere-se a sociabilidade do sujeito, onde considera que a princípio o que existe como ponto de partida para o desenvolvimento é a indiferenciação entre o eu e o outro. Neste aspecto considera que:

“Teoricamente formula a existência de uma ‘posição gliscrocária’, anterior às posições esquizo-paranóide e depressiva, configuradas por Melanie Klein. A posição gliscrocária se define pela vivência da ansiedade catastrófica, pelas defesas de cisão e projeção maciça e pela

relação com um objeto aglutinado, viscoso” (Guirado, 1987, p.16).

Assim, segundo o autor, nascemos vinculados a esta indiferenciação, e o desenvolvimento será o processo de transformação desse tipo de vínculo, o que é chamado por Bleger (1984) como simbiótico ou sincrética, numa relação cada vez mais diferenciada, ou seja, numa relação que permita a construção da identidade e do sentido de realidade enquanto sujeitos, distinguindo o sujeito em certa medida, do mundo dos demais.

Seguindo neste sentido, Bleger (1984) complementa essa idéia com uma segunda hipótese, a de que *“esse vínculo se dá por vias corporais pré-verbais”*. Acredita que, mesmo mais tarde, quando a palavra for à fonte de comunicação, *“a permanência desta indiferenciação e indiscriminação se verificará pelo uso da linguagem, não no seu valor simbólico, mas com um valor factual, onde o que aparece, no interlocutor”*, não é a mobilização de símbolos, mas sim comportamento e ações (Guirado, 1987, p. 16).

Neste contexto, conforme a autora, a relação diferenciada, que permite a diferenciação, uma vez estabelecida, não elimina os aspectos diferenciados que lhe deram origem. Estes, portanto, permanecem remanescentes dos núcleos da indiscriminação primitiva numa personalidade madura.

Segundo Bleger, citado por Guirado (1987), trata-se de Núcleos Aglutinados que têm sua permanência determinada num *“sincretismo e simbiose, dos quais resultam em relações grupais e/ou sociais, extremamente ambíguas”*.

“... o vínculo sincrético simbiótico, ambíguo é aquele em que não há diferenciação entre o eu e o outro, em que os conteúdos internos são maciçamente projetados num outro-depositário” (Guirado, 1987, p.16).

Desta forma segundo a autora, a sobrevivência psicológica se dá na mais completa confusão entre o que são fantasias do sujeito e o que é realidade desse outro.

Portanto, a manifestação desse núcleo faz parte da estruturação dinâmica da personalidade, podendo ser mais ou menos intensa, dependendo do desenvolvimento normal, bem como pode constituir-se no centro da personalidade em quadros patológico, como por exemplo, a melancolia, entre outros.

É assim, nesse interjogo do ego sincrético e do ego organizado que se estrutura a personalidade, ou a identidade do sujeito (Guirado, 1987).

“O ego sincrético inclui os aspectos simbióticos, ambíguos; é o ego enquanto ponta de lança dos impulsos agressivos e libidinosos completamente fundidos. No ego organizado estão os aspectos discriminados que permitem uma relação normatizada e regulada como o meio; é o ego enquanto ponta de lanças dos controles superegóicos” (Guirado, 1987, p. 17).

É pelo ego sincrético, segundo a autora, que se formam os vínculos que não permitem a distinção entre o sujeito e o objeto da libido. Já o ego organizado é identificado pelas relações interpessoais.

Nesta dinâmica, a simbiose é um vínculo extremamente forte, mas, conforme a autora, não é uma relação. Para ela, é só na relação que se estabelece uma realidade, que supõe dois indivíduos interagindo. Ao contrário, no vínculo simbiótico, ocorre a projeção maciça de conteúdos internos de um.

“A distinção entre o ego sincrético e o ego organizado, e com isso o surgimento da relação, será sempre possível através da clivagem dos processos primitivos” (Guirado, 1987, p. 17).

É, portanto, nesse processo que a clivagem aparece como mecanismo de cisão do ego que permite a coexistência de atitudes psíquicas diferenciadas em relação à realidade, levando em conta uma e negando a outra, sem eliminar os processos primitivos da sociabilidade. Muito pelo contrário, propiciando que ambas convivam juntas, lado a lado com os processos do ego organizado, sem influenciá-lo reciprocamente.

“... o sincretismo permanece como forma de comunicação na expressão pré-verbal, ou como uma maneira não integrada, cindida, paralela à comunicação por interação” (Guirado, 1987, p. 17).

É, portanto, neste contexto que Bleger (1984) situa a identidade, jamais como um corte absoluto da individuação, mas sempre como *“uma diferenciação possível sobre um fundo de diferença (Guirado, 1987, p. 17)”*.

Tal como formulado por Bleger (1984), a identidade do indivíduo implica, via de regra, em dois níveis: *“o sincretismo, que é o ‘pano de fundo’, o código primeiro, onde se delineiam os contornos da personalidade, nos limites mesmo em que isto é possível e, perpetuando em certo grau, a discriminação e a ambigüidade” (Guirado, 1987, p. 19).*

Bleger, citado por Guirado (1987), teoriza sobre a Instituição em relação com a estruturação da personalidade do sujeito. Neste aspecto vê a Instituição como um conjunto de grupos distribuídos num organograma e que interagem num determinado espaço, pautado pelos aspectos organizados, e normatizados da personalidade dos seus componentes, que se traduzem nas normas e pautas de conduta da Instituição, o seu controle e a garantia da clivagem dos aspectos sincréticos e indiferenciados.

Dessa forma, vê a Instituição como parte da personalidade, pois considera a personalidade, como um todo organizado. Neste aspecto, considera que a mínima mudança na Instituição, enquanto conjunto de grupos, tarefas e objetos comuns no espaço e no tempo, implicam em mudança da própria personalidade, pois o indivíduo e a organização existem apenas na mais completa articulação destas duas instâncias, a sincrética e a organizada da comunicação e da sociabilidade.

“Para Bleger, as Instituições são depositárias da sociabilidade sincrética, ou da parte psicótica do indivíduo, o que para ele implica em burocracia” (Guirado, 1987, p. 18).

É, portanto, a partir do movimento da dinâmica intersubjetiva que Bleger citado por Guirado (1989) teoriza os processos institucionais. Neste contexto denuncia “os níveis sincréticos da comunicação e sua relação com os níveis organizados”, onde o sincretismo aparece na transitividade e semelhança de todos diante das suas semelhança e das normas que os mantém vinculados (Guirado, 1989, p. 19).

Esclarece essa vinculação, considerando que esta se caracteriza por uma comunicação aparente, na qual cada indivíduo executa uma ação independente do outro. Nestes termos, o que existe, segundo Bleger, é uma comunicação pré-verbal, que nem sequer necessita de palavras, formando uma ligação que seria inclusive perturbada pela palavra. Seria essa, pois, a sociabilidade sincrética.

É nesse sincretismo que Bleger (1984) situa a ansiedade que um determinado indivíduo apresenta diante do novo. Para ele, o temido não é o desconhecido de fora, mas sim o que existe dentro do conhecido.

“... o que se teme é tomar contato com esta forma particular da organização sincrética que dilui os limites do pessoal, a identidade, e que significa a não utilização dos modelos estereotipados e seguros de relação. Teme-se que a ‘figura’ submirja no ‘fundo homogêneo’ não permitindo o destaque, a distância ou a distinção da “identidade” (Guirado, 1987, p. 20)”.

Na realidade, para Guirado (1987), o que é temido é uma regressão a níveis de sociabilidade sincrética, presentes em cada indivíduo, mesmo antes de vir a pertencer à determinada Instituição, e desde os primeiros momentos de seu encontro com os outros nesse contexto.

“Só pela clivagem e imobilização desses aspectos é possível acontecer uma comunicação por interação e uma produção organizada do grupo” (Guirado, 1987. P.20).

Para a autora, fica suposta aí uma identidade grupal, onde pode-se perceber “dois níveis da dinâmica com que se compreende a identidade do sujeito: de um lado, a

relação é a condição para um trabalho em comum, pautado por normas e regras; de outro, o vínculo expresso na tendência à anulação de limites e diferenças entre os participantes e as tarefas (identidade grupal sintética)” (p.20).

Nesse sentido, entende a instituição como o nível interativo, correspondente ao ego organizado, que, na medida em que o funcionamento se estabiliza, criando estereotipais muito rígidas, ocorre a burocratização e toma formas de instituição. Quando isso ocorre “*a sociabilidade sincrética fica mobilizada por uma ação intensa de clivagem entre este nível e os da interação*”, resguardando de forma fixa e estável os aspectos organizados do grupo, a própria clivagem, e esse passa à imobilização e depósito maciço dos aspectos simbióticos (Guirado, 1987) p.20).

É assim, que Bleger lembra “*que as instituições padecem do mesmo mal que querem erradicar*”. Cita como exemplo “*o isolamento, a privação sensorial e o déficit de comunicação dos hospitais psiquiátricos*” (Guirado, 1987 p.21).

Pesquisas sobre Ansiedade

O “stress” e os transtornos de ansiedade são extraordinariamente frequentes, estimando-se que 25% de toda população irá experimentar seus sintomas pelo menos uma vez na vida (Masci, 1997). De acordo com o autor, estima-se que os transtornos de ansiedade afetam algo em torno de 18% da população.

Em 1992, a Organização Mundial da Saúde descreveu o “stress” como a “doença do século XX”, passando mais recentemente a compará-la quase como a epidemia mundial deste século (Masci, 1997).

Segundo o autor, pesquisas realizadas nos Estados Unidos indicam que aproximadamente 90% das pessoas adultas já experimentaram altos níveis de “stress” e

quase metade dessas pessoas dizem que enfrentam esses altos níveis de “stress”, pelo menos uma a duas vezes por semana.

Estima-se, também, que 60 a 80% dos acidentes de trabalho nos Estados Unidos estão relacionados com “stress”. No Reino Unido, o órgão equivalente ao nosso Ministério da Saúde, num estudo de 1994 estimou que algo em torno de 30 milhões de dias de trabalho são perdidos por conta do “stress”, o equivalente a 17% de todas as faltas no trabalho. (Masci, 1997). No Japão, segundo o autor, foi inventado um termo novo, o “karoshi”, para as mortes que acontecem por excesso de trabalho, que são em torno de 10 mil por ano.

Mais recentemente, uma série de trabalhos médicos confirmam a importância do “stress” nas doenças do coração, da pele, gastrintestinais, neurológicas e de desordem emocional, e também está relacionado a uma série de desordens ligadas ao sistema imunológico, de defesa do organismo, que vão desde o resfriado comum, passando pelo herpes, a artrite, o câncer e a própria AIDS (Masci, 1997).

A especificidade situacional, em particular, é característica de traços de personalidade, e de particular interesse, tanto que levou a planejamentos experimentais apropriados, com mensurações repetidas, obtidas longitudinalmente em várias situações, buscando o entendimento das questões de hereditariedade ambiente e traço-situação (Anastasi & Urbina, 2000).

Neste contexto, também ocupa lugar a preocupação com componentes importantes como preocupações “*cognitivas em relação às conseqüências do fracasso, e a emocionalidade como reações do Sistema Nervoso Autônomo evocadas pelo “stress” avaliativo*” (p. 317)““.

Outros autores preocupam-se com as relações entre medo e ansiedade, principalmente os teóricos do condicionamento, que equiparando medo e ansiedade,

desenvolveram pesquisas e vários sistemas psicoterápicos a partir do comportamento e baseado na teoria da aprendizagem, cujo maior êxito ocorre com pacientes fóbicos (May, 1977).

A “curiosidade” levou Spielberger (1979) a questionar a influência da personalidade no desenvolvimento da personalidade, fala em “ansiedade-estado e ansiedade-traço”, onde se refere a uma situação emocional transitória, associada à atividade do Sistema Nervoso Autônomo. (May, 1977).

Neste aspecto, pessoas com elevado traço de ansiedade, tendem a perceber maior número de situações como perigosas ou ameaçadoras aumentando significamente as propensões significativas para a elevação da ansiedade estado.

Esse trabalho tem como resultado um “Inventário”, que propõe avaliar a ansiedade- traço e estado, muito utilizado para pesquisas, assim na clínica em geral. O que segundo Spielberger (1981), contribuiu na avaliação pessoal, onde contam também experiências anteriores ligadas a aptidão e habilidades, bem como o perigo real inerente a situação, tendo conta na percepção da situação como perigosa ou ameaçadora, contribuindo assim para a elevação da ansiedade como estado (Biaggio, 1982).

Portanto, em geral, seria esperado que aquele que apresenta alto nível de ansiedade traço, demonstre, também, elevações na ansiedade-estado mais freqüentemente do que indivíduos de baixa ansiedade-traço, pois tende a reagir a uma larga faixa de situações vistas como ameaçadoras.

Desta forma, Spielberger (1979) acena com a teoria da ansiedade traço-estado, distinguindo a ansiedade estável, crônica, da personalidade, de um estado transitório, sujeito a flutuações diante de situações mobilizadoras, partindo da importância central de uma avaliação cognitiva na indução do estado de ansiedade, numa seqüência temporal.

Outros aspectos diversos impulsionaram as pesquisas em relação ao conhecimento popular, que os estados psíquicos adversos, como “stress”, depressão e ansiedade e raiva entre outros, favorecem o desenvolvimento de doenças orgânicas e desenvolveram-se, principalmente, a partir da década de 30, quando surgiram pesquisas voltadas a esclarecer cada vez mais sobre os órgãos internos e diversas funções involuntárias, o Sistema Nervoso Autônomo que influenciaram no processo de ansiedade (Sabbatini, 2000).

Walter Cannon estudou os fenômenos fisiológicos que acompanham as emoções, e observou que, ao enfrentar uma situação de perigo, o organismo passa por uma profunda alteração interna. Observou que nessa situação uma parte do Sistema Nervoso Autônomo, o Sistema Simpático, é acionado e dilata as pupilas, diminui o fluxo sanguíneo para a pele e aumenta para os músculos, cérebro e coração; dilata as artérias coronárias, aumentando o metabolismo pela descarga da adrenalina, a frequência cardíaca e respiratória (Sabbatini, 2000). Sendo esse aspecto, o resultado de uma função biológica, a qual tem como propósito de preparar o organismo para a luta, a defesa ou a fuga com duração de alguns minutos, como em situação de emergência que se persistir pode causar disfunções e danos orgânicos permanentes.

Em 1950, Hans Selye descreveu essa situação de forma detalhada, denominando-a de “ reação de stress”, considerando que esta surge em função da ativação do eixo hipófise-adrenol”, quando a partir dessas glândulas são secretados os hormônios que controlam muitas funções metabólicas e fisiológicas internas, que vão influenciar o organismo nos mais variados aspectos (Ionescu, 1997).

A partir disso, na Neuroimunologia, tem-se estudado a relação entre o sistema imunológico, que nos protege contra diversos desvios da estabilidade interna, e os distúrbios psíquicos. Como por exemplo, a relação de “stress” e a ansiedade crônica

além da depressão, que trazem alterações em nosso sistema imunológico (Sabbatini, 2000).

Desta forma, deu-se o pontapé inicial para o aprofundamento do estudo e do conhecimento da ansiedade e, assim, seguem-se os estudos buscando “clarear os conceitos”, fazer estudos comparativos em situações e transtornos específicos, enfim, busca-se o conhecimento mais específico sobre o assunto, esclarecendo-se suas comorbidades.

Os transtornos psiquiátricos, presentes na clínica geral, eram objeto de estudo numa pesquisa realizada na população brasileira e apontou para uma prevalência de transtornos mentais de aproximadamente 30% da população adulta, no período de um ano (Mari & Jorge, 1998). Isso mostra que 1,5 % da população adulta demanda algum tipo de atenção na área de saúde mental num período de 12 meses, e, entre esses, os transtornos mais comuns entre as mulheres são os Transtornos de Ansiedade (em torno de 9%), os Transtornos Somatoformes 3% e os Transtornos Depressivos 2,6%. Já na população masculina, o que apareceu em primeiro lugar foi a Dependência ao Alcool, com uma prevalência de 8%, seguindo-se os Transtornos de Ansiedade com 4,3% (Mari & Jorge, 1998).

A ansiedade é também relacionada com outros transtornos mentais, como por exemplo, a Esquizofrenia. Dr. Wulf Hermann Dittmar (1996) estruturou isso a partir de um estudo com 40 paciente esquizofrênicos, em acompanhamento clínico em Hospital Dia, fora do surto agudo. Essa discussão dos resultados foi apoiada na validade do diagnóstico de comorbidade entre os problemas decorrentes da ansiedade, e a esquizofrenia. Na maioria dos casos, segundo o autor, percebem-se os transtornos de

tese questiona a autonomia dos transtornos de ansiedade nos pacientes em estudo, pois a ansiedade nesses casos, conforme o autor, deve ser compreendida como, manifestação emocional de um indivíduo, que tem sua percepção da realidade distorcida e que acredita ter sua integridade posta em risco a partir de ameaças delirantes.

Atualmente, o interesse das pesquisas voltam-se sobre o “stress” ocupacional, já que este implica numa elevada incidência sobre questões como problemas físicos e psicológicos que podem levar a diminuição da produtividade. Elevadas taxas de absentismo, acidentes de trabalho, falhas no desempenho e problemas familiares (Silvério, McIntyre & McIntyre, 1999).

Nesta área, foram desenvolvida pelos autores interessantes pesquisas intituladas *“Resposta de stress” e recursos de “coping” nos enfermeiros, um estudo realizado a partir de uma “amostra de 62 enfermeiros no Norte de Portugal, e que mostra que as principais fontes de stress são sobrecarga de trabalho; más condições físicas, técnicas e humanas; excessivo número de doentes por enfermeiro; incapacidade de responder às exigências emocionais do doente”* (Mcintyre; Ribeiro & Leal, 1999, p. 518).

As situações manifestadas pelos enfermeiros em resposta ao “stress” foram, predominantemente; ideação suicida; negação; mal estar físico; emocionalidade disfórico (depressão, tristeza) e culpa, constituindo-se estas, em reações indiretas e potencialmente disfuncionais ao “stress” que podem afetar negativamente profissionais de saúde e os cuidados por eles prestados (. McIntyre, Silvério. & Leal, 1999).

Dentro disso, as estratégias cognitivas (*coping*) mais utilizadas para enfrentar o stress são o suporte social, a capacidade para gerir recursos e a liberdade financeira.

Estes são apenas alguns dos inúmeros estudos e pesquisas realizados sobre o conteúdo da ansiedade, já que esta acompanha o indivíduo pela vida, dentro dos parâmetros de “normalidade, impulsionando para a vida, ou de “intensidade

aumentada” caracterizando-a como transtorno ou estado transitório”, evocado pelas mais variadas situações, como no caso do presente trabalho, que em síntese busca responder uma pergunta simples, que ansiedade é essa que incomoda e faz a população em estudo, buscar ajuda?

A PESQUISA

Dessa forma, como se pode observar num contexto formalmente contextualizado, tendo em conta a existência real de diferenças de personalidade frente à ansiedade, e que, diante de situações estressantes modulam o caráter adaptativo ou desadaptativo no ser humano, potencializando as emergências de estratégias funcionais nem sempre egosintônicas, motivadoras de estudos e pesquisas que propõe esclarecer situações que podem estar envolvidas, dificultando o gerenciamento das dificuldades.

Histórico do Local da Pesquisa

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Psiquiátrico São Pedro, que é remanescente do século passado, quando foi fundado no sentido de suprir deficiências da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no atendimento a doenças mentais.

Nesta época, segundo consta em “Memórias de um Velho Hospício”, a Santa Casa, junto a Cadeia Civil, acolhia os doentes mentais. Ambas não podiam dispensar-lhes os cuidados que na época podiam ser oferecidos para a sua recuperação e nem mesmo abrigá-los enquanto doentes. Foi nesse sentido que se autorizou, em 13 de maio de 1874 a partir da lei provincial n.º 994, a fundação do “hospício”. Sua inauguração

Assim, sua construção sólida de beleza arquitetônica, por bons anos fez dele “o cartão de visitas” de Porto Alegre, tendo mais tarde, sua área estendida, para facilitar o acesso pela Companhia de Ferro Carril, chegando assim à linha do Bairro Partenon, hoje nem tão distante do centro da cidade de Porto Alegre.

Os conhecimentos da época, em relação à doença mental, visavam apenas a repressão da doença através do encerramento e isolamento dos pacientes.

No entanto, o primeiro diretor do Hospício, a partir de dados estatísticos da população internada, buscou novas formas de atendimento, procurando envolver os pacientes em tarefas caseiras e de campo. Assim, os temas utilizados na elaboração do regulamento do Hospício São Pedro, quando da sua inauguração, foram aos poucos sendo modificados e substituídos, na medida que, segundo Dr. Carlos Lisboa, o trabalho atuava sobre as desordens psíquicas, distraíndo o enfermo das imagens criadas em seu delírio e psiquicamente esbatendo a sua excitabilidade nervosa, quando exagerada, estabelecendo um equilíbrio salutar entre as funções psicológicas e predispondo-o ao repouso tantas vezes quanto necessário.

Desta forma, o hoje denominado Hospital Psiquiátrico São Pedro é o que sobrou do “Hospício São Pedro” que passou por significativas mudanças, influenciadas por situações como a II guerra Mundial, que mais uma vez acarretou reformas capazes de atender o problema da superlotação.

Além disso, os avanços científicos que se seguiram no atendimento aos doentes mentais foram introduzidos no Hospital Psiquiátrico São Pedro, pelo Dr. Jacinto Godoy e seus colegas que trabalhavam no Hospital. Entre as novas técnicas, a insulino-terapia de Sakel e a Eletroconvulso-terapia de Carletti. Foi marcante, ainda, o combate à paralisia geral progressiva, de origem sífilítica, tratada pela aplicação de Arsênio e Bismuto. Com resultados pouco satisfatórios. A descoberta de Van Jaureg, a

Malarioterapia, foi introduzida pela primeira vez no Brasil, nos pacientes do Hospital Psiquiátrico São Pedro, sob a coordenação do Dr Godoy, obtendo sucesso.

As décadas de 40 a 50 e de 50 a 60 foram marcadas pela superlotação, quando o Hospital chegou a abrigar 5.000 pacientes, exercendo, então, funções de tratamento de casos agudos e de asilo para os pacientes crônicos. A descoberta das drogas psicoterápicas, na década de 50, e a introdução de técnicas socioterápicas e psicoterápicas veio mudar o destino dos paciente. Investiu-se, então, na localização do familiar, na devolução do paciente a esse familiar, e o acompanhamento ao mesmo através do envio da medicação pelo convênio com a Secretaria de Saúde do Estado e Prefeitura Municipal, que o distribuía ao paciente através dos postos de saúde, criados também para este fim (Relatos da Secretária da Saúde e do Meio Ambiente do RS, 1984).

Neste processo, o Hospital se modernizou, à medida que acompanhou a evolução científica, e surgiu como Hospital Psiquiátrico voltado ao tratamento do doente mental. Como tal, hoje é composto por duas áreas, denominadas de área "Hospitalar", que conta com 120 leitos para tratamento de pacientes agudos, (tratamento e retorno para a família), pacientes com síndromes psiquiátricas graves, bem como atendimento, desintoxicação e tratamento de pacientes com dependência química, e crianças. Conta, ainda, com uma área de moradia que tem mais ou menos 640 pacientes moradores, como deficientes mentais, idosos, vítimas do abandono social, na sua maioria remanescentes da época em que o Hospital mantinha cinco mil pacientes.

Além disso, presta um serviço ambulatorial de atendimento a pessoas moradoras da comunidade em geral, para o qual mantém uma equipe de técnicos e auxiliares no

com uma equipe de técnicos, psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, bem como um grande número de auxiliares e serventes em geral. Além do atendimento à população, mantém ainda, um curso de Residência Médica em Psiquiatria, oferecido a médicos, e um curso de Especialização em Saúde mental, para profissionais psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e professores de educação física, ambos reconhecidos pelo MEC.

Justificativa

A ansiedade não é um fenômeno exclusivo do homem contemporâneo visto que foi experimentada em todas as épocas, No entanto, neste século, a ansiedade foi colocada em evidência, adquirindo um valor e um sentido próprio, quando, em sua maioria, suas questões aparecem transpostos do domínio filosófico (ontológico-ético) predominante em séculos passados, para o domínio da psicologia, psicopatologia, da fisiologia e da neuroquímica. Mudanças de perspectivas que se refletem nas definições contemporâneas da ansiedade adotadas pelas diferentes linhas teóricas, que apesar de suas diversidades, trazem consigo em comum, uma nova concepção de homem e também novos instrumentos e métodos para investigá-la (Nardi; Mendlowiz; Figueira, 1996). Na realidade, a ansiedade é apontada como sendo o problema principal com que se defrontam os serviços médicos em geral e de saúde mental (Brown & Barlow, 1992).

Contudo, como salienta Stall (1993), a ansiedade e, particularmente, o transtorno de ansiedade generalizada, muitas vezes se confundem com o estilo de vida, com problemas normais da vida cotidiana e com questões de auto-realização, que aparentemente podem não justificar tratamento medicamentoso e, assim, uma série de

fatores, entre os quais não se deve excluir o preconceito, que leva o sujeito *“a buscar uma entrada de ordem somática no serviço médico, onde poderá ser tratado em razão de uma doença verdadeira”* (Brown & Barlow, 1992, p.37).

É bem verdade que, em casos onde se delineia um quadro de co-morbidade, condição onde coexistem dois ou mais transtornos, as coisas se complicam pela mistura de sinais e sintomas, de maneira que passa a ser imperativo a determinação do nível patológico, no que se refere à presença de sintomas diferenciados, para definir ou não a presença de co-morbidade. Essa preocupação com as questões diagnósticas tem, sem dúvida, importantes reflexos para as estratégias de avaliação, considerando que há muitos problemas, tanto em relação à intensidade da sintomatologia que pode ser clinicamente importante, quanto na caracterização do transtorno e na formulação de um diagnóstico.

Trata-se de algo “difícil” de diagnosticar, e talvez por isso tenha despertado tanto interesse na psicologia e psicopatologia, principalmente a partir de modificações nos critérios diagnósticos clínicos e avanços em outras áreas dos transtornos ansiosos que tem possibilitado o estudo do “quanto”, em Psicologia, “o que”, no contexto da dimensão humana, é sentida nos relacionamentos pessoais que são únicos e intransferíveis (Peregrino, 1996).

Portanto, o presente trabalho se faz pertinente uma vez que se volta a busca do conhecimento de questões ligadas à ansiedade, já que esta pode-se apresentar em

... de personalidade e patológica

sujeitos, a partir de diferentes sinais. Nesse sentido, o presente trabalho justifica-se por vir somar-se aos trabalhos já existentes, objetivando, a partir de dados levantados num ambiente de trabalho (Hospital Psiquiátrico), comparar as características de ansiedade-traço e ansiedade-estado, numa população de funcionários que exercem a função de atendente e auxiliar de enfermagem.

Atividades dos Auxiliares de Enfermagem no Hospital Psiquiátrico São Pedro

O Hospital Psiquiátrico São Pedro tem seu perfil de funcionamento apoiado num modelo terapêutico considerado “Comunidade Terapêutica”, onde suas práticas se definem relacionadas a posicionamentos como a noção de sujeito, conceito de saúde-doença, como vistos em psiquiatria. Assim, os objetivos terapêuticos, as questões éticas e filosóficas, aparecem junto com certa flexibilidade, buscando, como ponto fundamental, adotar práticas, que se desenvolvem buscando configurar um todo coerente.

Esse modelo, como esclarece Botega & Dalgalarro (1997), propõe a inclusão do paciente no processo terapêutico, além de voltar atenção também ao estado emocional da equipe e a tentativa de possíveis significados pessoais nos sintomas clínicos.

Nesse processo de funcionamento da Instituição, os funcionários da enfermagem, como integrantes da equipe, desenvolvem as atividades tradicionais da enfermagem, incluindo aqueles aspectos “técnicos” envolvidos na distribuição e administração dos medicamentos, monitorização dos sinais vitais, observação e registro de comportamento do cliente, além de auxiliá-lo quando necessário, na realização de “atividades básicas” de alimentação e higiene.

Objetivos

Estudar através do Inventário de Ansiedade Traço–Estado (IDATE), de Charles D. Spielberg, as características da personalidade ansiosa, expressas como ansiedade traço–estado, em indivíduos que exercem as funções de auxiliar e atendente de enfermagem num Hospital Psiquiátrico.

A Problemática: A Questão da Pesquisa

É através do remanejo de funcionários que muitas instituições preenchem suas vagas, recrutando dentro da própria empresa os funcionários qualificados para as vagas existentes. Isto ocorre nas mais variadas instituições, porém na instituição pública, que não tem “autonomia” de contratar e demitir seu funcionário, o remanejo se torna uma constante.

No sentido de melhor aproveitar seu potencial humano, a instituição pública, através de remanejo, coordena e assegura o desempenho dos funcionários em diferentes papéis.

O Hospital Psiquiátrico São Pedro, como instituição pública, diante das dificuldades que enfrenta em relação aos seus recursos humanos, lança mão do remanejo, para melhor suprir suas deficiências na área de enfermagem, como também no sentido de beneficiar o funcionário, através da “oportunidade de crescimento profissional” ou do exercício de um cargo de interesse.

Dessa forma, profissionais que foram admitidos para exercer diferentes funções (auxiliar administrativo e outras), a partir de um treinamento oferecido pelo próprio

Hospital, passam a exercer a função de atendente de enfermagem, executando tarefas, que seriam do auxiliar de enfermagem, que tem sua formação acadêmica para isso.

Verifica-se, no entanto, que os treinamentos oferecidos envolvem quase que exclusivamente conhecimentos práticos. Escassos são os trabalhos que prendem sua preocupação com o próprio funcionário em questão. O atendente de enfermagem, através do treinamento, deve aprender a assistir a clientela e seus familiares, quando também vivem situações de ansiedade, determinados pela própria situação que acarreta experiências novas e desconhecidas, aquisição de conduta e postura profissional.

Estudos mostram (Sadala, 1994) que o estresse e a ansiedade têm sido reconhecidos como um problema fundamental para a enfermagem. O profissional de enfermagem, segundo Hofling (1985), ao perceber a ansiedade dos pacientes, experimenta o aumento no nível de sua própria ansiedade.

É nesse mundo, nessa dimensão que se encontra uma carga de incertezas, medos, e, sobretudo, de algo “que se sente” carregado de desprazer, assim como a dor, a tensão e o luto, difícil de provar, é acompanhada de sensações físicas mais ou menos definidas (Freud, 1976). Junta-se, ainda, a ansiedade, que permeia o processo saúde-doença de diferentes formas e nas diferentes situações.

Além disso, segundo Dejours (1983), a situação funcional, que por si só trata de uma situação ansiogênica, portanto, comum entre os trabalhadores, fica mais evidente naqueles que assumem um novo posto, principalmente quando há pouca ou nenhuma formação para as tarefas. No entanto, segundo o autor, isso não quer dizer que, mesmo quando um jeito e uma habilidade já foram adquiridos, quando certo hábito foi incorporado, a ansiedade não possa continuar, pois considera que esta permeia também

a situação, a medida que o resultado obtido é sempre colocado em xeque pelo aumento da cadência imposta que surgirá no dia-a-dia.

No que se refere à formação do profissional de enfermagem, Schmarczek (1988) considera alguns fatores, que incidem sobre a própria formação profissional da enfermagem, e que podem ser considerados como determinantes na profissão, de um maior grau de ansiedade. Aponta como tais aqueles fatores ligados à própria expansão do papel profissional, determinados pelos planos nacionais e políticos de saúde, a dependência da profissão a estes planos e, acrescido a isso, no caso em questão, mais o fato da formação, que não é uma formação acadêmica oficialmente reconhecida e, portanto passível de questionamento. Além disso, soma-se o permanente contato dos profissionais de enfermagem com situações de alterações das mais diversas.

Portanto, em que pese à síntese das situações acima indicadas, o atendente de enfermagem acumula à sua escassa experiência, o enfrentamento real com todos esses fatores acrescido dos encargos próprios da vida. Assim sendo, parece que o profissional de enfermagem enfrenta nas suas rotinas diárias uma forte influência que possivelmente contribui para desenvolver ansiedade, aumentando, assim, a predisposição para viver essa ansiedade, dadas às características das situações vividas.

Considerado tal contexto, julga-se relevante investigar situações que determinam uma maior ansiedade, nos profissionais da área de enfermagem, já que, a ansiedade é inerente a vida, é a reação básica do ser humano a um perigo que ameaça a existência, e está presente em todas as situações tendo como variável a gênese e a intensidade.

Desta forma, baseado na literatura e em observações, a problemática da pesquisa emerge da prática clínica, onde constantes indagações sobre o que ocorre no exercício

da enfermagem e o que leva a população em estudo a busca de ajuda terapêutica, origina a questão da pesquisa na qual encontra-se implícita a pergunta:

Como se caracteriza a ansiedade dos profissionais que exercem a função de atendente e auxiliar de enfermagem?

As Hipóteses

As hipóteses levantadas são:

H0: A ansiedade-traço e a ansiedade-estado variam, concomitantemente, em profissionais que exercem a função de atendente e auxiliar de enfermagem;

H1: A ansiedade-estado tende a aumentar em relação à ansiedade-traço em funcionários que não têm formação acadêmica específica na área de enfermagem e, que foram contratados para exercer diversos cargos na instituição, no entanto exercem a função de auxiliar de enfermagem, a partir de treinamento prático.

H2: As médias dos escores de ansiedade-estado, tendem a diminuir em relação à ansiedade traço, em funcionários que têm formação de enfermagem que acadêmica específica na área de enfermagem, e que foram contratados para o cargo de auxiliar de enfermagem, exercendo essa função na instituição, apresentam-se significativamente abaixo da média.

Variáveis em Estudo

As variáveis em estudo são as características de ansiedade traço-estado, avaliadas pela Escala de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger; Gosuh & Lushene (1979).

As variáveis dependentes, que serviram de controle para o emparelhamento dos grupos, é o contrato funcional do indivíduo com a instituição e a formação acadêmica específica, (formação acadêmica em técnico de enfermagem), bem como o exercício da profissão através de treinamentos extra oficiais, o qual teve como instrumento de avaliação a ficha funcional do funcionário e a ficha para levantamento de dados demográficos, elaborada pela pesquisadora para esse fim (Anexo III).

Definições Operacionais

Remanejamento Interno

Considera-se como remanejamento interno a transferência de funcionários de um setor para outro, dentro da própria instituição, quando esta necessitar suprir suas carências de funcionários e houver interesse por parte dos mesmos, podendo esse inclusive serem beneficiados da situação, passando a um cargo melhor reconhecido ou de maior interesse para o funcionário.

Auxiliar de Enfermagem

Considera-se como Auxiliar de Enfermagem, aquele funcionário que tem formação acadêmica ao nível de segundo grau (curso técnico), que abrange a formação de auxiliar na área de enfermagem onde recebe além de treinamento técnico, um suporte teórico que fundamenta suas atividades, e portanto são contratados pela Instituição para exercer o referido cargo.

Atendente de Enfermagem

Denomina-se Atendente de Enfermagem aquele funcionário que tem em sua formação acadêmica qualquer outro curso não relacionado à enfermagem e, em função disso, é contratado pela Instituição para exercer outros cargos, passando para a atividade na área de enfermagem, num momento em que a instituição se vê carente de funcionários nesta área. Estes, então, são treinados e remanejados, no sentido de desempenhar tarefas junto aos pacientes como atendentes de enfermagem.

Metodologia

Universo

Fazem parte do universo desta pesquisa funcionários de ambos os sexos e de diferentes faixas etárias que exercem atividades de auxiliar e atendente de enfermagem no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP).

População

A população desta pesquisa é composta por um grupo de funcionários, num total de noventa e seis, de ambos os sexos e diferentes faixas etárias, que exercem funções de auxiliar e atendente de enfermagem no HPSP.

Amostragem

Não foi feito trabalho amostral, pois a amostra abrangeu todo grupo de funcionários, cuja característica de contrato funcional se enquadrou dentro das exigências para o referido trabalho.

Descrição da Amostra

Partiu-se originalmente de um grupo de 96 sujeitos. Destes, posteriormente quinze foram descartados, tendo em vista que suas respostas à entrevista se mostraram com pouca potabilidade ou mesmo com pouca consistência, constado pela baixa motivação e disponibilidade para responder o instrumento.

Grupo Gc/f: funcionários contratados para o cargo de auxiliar de enfermagem, com formação específica para esse fim, e que exercem a referida função, perfazendo ao todo 46 auxiliares de enfermagem.

Grupo Gs/f: funcionários contratados para diferentes cargos, sem formação específica, e que exercem, a partir de treinamento, a função de atendente de enfermagem, perfazendo um total de 35 atendentes de enfermagem.

Instrumento

Para a realização do presente estudo serviu de base o conceito de ansiedade traço-estado, utilizando-se como instrumento para sua avaliação o Inventário de ansiedade traço-estado de Spielberger (IDATE), pois, apesar dos limites e, da relatividade dos conceitos, apresentam entre si uma permanente consistência e em face de situação laborativa, uma correlação já comprovada.

O IDATE ou Inventário de ansiedade traço-estado, de autoria de Spielberger, Gorsuch e Lushene, começou a ser construído em 1964, com objetivo de criar um instrumento de pesquisa que pudesse ser utilizado com adultos normais, como medida objetiva de estado (A-estado) e traço de ansiedade (A-traço).

Na sua construção foram inicialmente selecionados itens que apresentassem correlação com escalas de ansiedade, como as de Cattell e Scheir, de Taylor e de Welch. No entanto, a maioria das escalas mediam traço e isso fez com que muitos itens fossem reformulados, para se chegar a um instrumento que, com diferentes instruções, pudesse avaliar tanto o estado como o traço de ansiedade (Spielberger, 1972).

Com o desenvolvimento das pesquisas o objetivo inicial foi modificado e, hoje, o instrumento é constituído por dois conjuntos de itens para avaliar duas dimensões de

ansiedade, como estado transitório e como traço relativamente estável de personalidade (Biaggio, 1984, Spielberger, 1972).

Surge, assim, o IDATE, constituído de duas escalas que visam a medida de duas dimensões específicas de ansiedade traço-estado e, segundo os autores, considerado em pouco tempo como o instrumento mais cuidadosamente desenvolvido, tanto do ponto de vista teórico como metodológico, transformando-o, assim, num instrumento amplamente utilizado para pesquisa, no sentido de determinar situações específicas, provocadoras de ansiedade, além de manifestações cognitivas importantes numa avaliação condutiva.

O inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) é composto de duas escalas distintas de auto-relatório para medir dois conceitos distintos de ansiedade: estado de ansiedade (A-estado) e traço de ansiedade (A-traço).

Portanto, a escala de traço de ansiedade do IDATE consiste de vinte (20) afirmações que requerem que os sujeitos descrevam como geralmente se sentem. A escala do estado de ansiedade consiste, também, de vinte (20) afirmações, mas as instruções requerem dos indivíduos a indicação de como se sentem num determinado momento. Para cada afirmação, o sujeito deve assinalar uma das quatro alternativas indicando como se sente; absolutamente não, um pouco, bastante, e muitíssimo (na escala A-estado); quase nunca, às vezes, freqüentemente, quase sempre (na escala A-traço). Por exemplo, "sinto-me fastigiado": 1. Quase nunca ; 2. Às vezes; 3. Freqüentemente; e 4. Quase sempre. (Spielberger, 1979).

O inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) é composto de duas escalas distintas de auto-relato, elaboradas para medir dois conceitos distintos de ansiedade:

estado de ansiedade (A-estado) e traço de ansiedade (A-traço).

Assim, a escala de A-traço aparece como instrumento útil na pesquisa, onde se pretende selecionar indivíduos que variam quanto à tendência para reagir à pressão psicológica, com diferentes graus de intensidade de A-estado (Spielberger, 1979).

O instrumento das demais variáveis, nível sócio demográfico e as características do contrato funcional, ou seja, função para a qual foi contratado e que exerce hoje, foi elaborado pela pesquisadora especialmente para este fim (anexo V).

Plano de Coleta de Dados

No desenvolvimento do presente projeto, relativo à ansiedade traço-estado em funcionários que exercem a função de auxiliar e atendente de enfermagem, foram coletadas informações entre funcionários da área de enfermagem num Hospital Psiquiátrico da rede pública, utilizando-se de um instrumento de pesquisa, o Inventário de ansiedade traço-estado de Spielberger (1972).

A aplicação do instrumento se deu, logo após a aprovação do projeto pela Direção de Ensino e Pesquisa do HPSP e, Direção Geral do Hospital, que assinou um termo de consentimento, conforme consta na Resolução que regulariza os fundamentos e diretrizes que fundamentam a prática da pesquisa. (Anexo III)

O contato com os funcionários que viriam participar da pesquisa foi feito pela pesquisadora, após um levantamento através da ficha funcional onde se identificou os funcionários que compõem essa população, de acordo com as exigências do projeto, levando-se em conta principalmente, o contrato funcional. Em seguida, foi feito um

contato individualizado com os funcionários identificados pela pesquisadora, através de carta (Anexo I) de esclarecimento, assinada pelo Diretor de ensino e Diretor Geral do Hospital em questão, esclarecendo e informando sobre a pesquisa, identificando a pesquisadora responsável pelo projeto, informou sobre a pesquisa e pedindo-lhes sua colaboração. Foi lhes esclarecido nesta carta, a questão do sigilo dos dados levantados e da utilização dos mesmos apenas para pesquisa científica, bem como da sua participação ou não na pesquisa, ou seja, que a opção por não participar não interferiria no seu vínculo funcional com a instituição, através da assinatura do termo de consentimento esclarecido.

Um total de cento e vinte e um funcionários foram contados, dos quais noventa e seis responderam aos questionários do IDATE, (ANEXO IV), numa encontro individual pesquisador e funcionário, anteriormente agendado para este fim, quando também se preencheu a ficha de levantamento dos dados demográficos, elaborada pela pesquisadora para este fim, bem como solicitou-se preenchimento do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Um primeiro momento, foi entregue a cada funcionário individualmente, num primeiro momento o termo de consentimento esclarecido, com informações sobre sua participação, bem como dos objetivos do documento (anexo II). No segundo momento desse encontro, foram entregues os demais questionários de ansiedade-traço e ansiedade estado (IDATE), mais a ficha de dados demográficos, com a seguinte orientação:

O presente instrumento de pesquisa tem como objetivo estudar o grau de ansiedade que permeia a função de auxiliar e atendente de enfermagem.

Para tanto, salienta-se a relevância da colaboração, bem como a importância da reflexão e clareza das respostas. achamos de maior relevância a sua colaboração, dessa forma, é importante que sua resposta seja bem refletida, e clara.

Salienta-se, ainda, que a utilização desses dados é sigiloso e para fins de pesquisa científica, objetivando o melhor conhecimento do assunto tratado.

Procede-se a entrega do questionário, cujas orientações são lidas em conjunto, dando início à elaboração das respostas. No final é preenchida a ficha de dados demográficos, com participação direta da pesquisa.

Procedimento Estatístico

A busca de entendimento, explicação e compreensão do problema em estudo, a característica da ansiedade, direcionou a pesquisa a dois grupos de indivíduos que exercem, respectivamente, a função de auxiliar e atendente de enfermagem, e que se diferenciam a partir de sua formação, em nível de escolaridade, isto é, o primeiro grupo (Gs/f) obteve seus conhecimentos na área de enfermagem através de treinamento oferecido pela própria Instituição, ou seja, apenas treinamento prático. Já o segundo grupo (Gg/f), possui diploma do curso de auxiliar de enfermagem, ou seja, obteve sua formação em uma instituição de ensino oficial e dessa forma dispõe de conhecimentos teóricos e práticos na área de enfermagem. No entanto, ambos vivem sua experiência profissional num mesmo ambiente hospitalar, um Hospital Psiquiátrico.

A origem da preocupação com o problema em estudo provém da prática clínica da pesquisadora, que trabalha como psicoterapeuta no ambulatório do referido Hospital, onde mantém contato com profissionais da enfermagem, sendo solicitada a prestar

atendimento em psicoterapia, ocasião em que, muitas vezes, são reveladas situações de ansiedade vividas.

A situação mais específica em termos de “stress” e ansiedade, vem sendo relatada na literatura especializada e fundamentada por diversos teóricos, que estudam esses aspectos quanto às origens características, de onde provém a ansiedade.

Assim, a pesquisa estruturou-se centrada em dois grupos de funcionários da área de enfermagem, na tentativa de abranger um estudo transversal da ansiedade no universo dos referido sujeitos, aplicando-se, para isso, o IDATE.

Os resultados desse instrumento padronizado possibilitaram a seleção da amostra, pois o referido instrumento propõe avaliar a ansiedade como característica da personalidade, bem como a presença da ansiedade como estado.

As informações sobre situações específicas, que dizem respeito à vida pessoal do participante, foram obtidas através das respostas dadas pelo sujeito a um questionário sócio-demográfico elaborado para esse fim.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Análise dos Dados Levantados Através do IDATE nas Diferentes Amostras

A análise estatística dos resultados levantados através do Inventário foi realizada com o pacote estatístico SPSS versão 10.1. Os itens que compõem as escalas do Inventário foram submetidos a um tratamento estatístico, onde buscou-se o valor da sua

consistência interna, mediante cálculo visando a obter o índice de fidedignidade do teste. Além disso, objetivando conhecer a interferência das dimensões do fenômeno simbólico, através do estudo da homogeneidade, usou-se para isso, o Teste de Levene's. Em seguida, partiu-se para o estudo das distribuições amostrais da estatística com a utilização do Teste "t" de Student

Alfa de Cronbach (α)

Para tal, utilizou-se o coeficiente alfa (α) de Cronbach, uma generalização da fórmula KR 20 de Kuder–Richardson, aplicável aos testes que podem ter itens com escores múltiplos semelhante a escalas Liket ou como inventários de personalidade, onde o respondente pode receber um escore numérico diferente em um item, dependendo dele marcar “Habitualmente”, “às vezes”, “raramente” ou “nunca”:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k \sigma^2 y_i}{\sigma^2 x} \right]$$

Onde K é o número de itens ou subtestes e y_i é o escore observado no item i ou subteste i.

Desta forma, aplicado para a obtenção do índice de fidedignidade de um teste, o coeficiente α de Cronbach representa o limite inferior para a fidedignidade, cujo valor identificado é igual ao valor identificado quando todas as medidas que compõem o teste são τ - equivalentes (Furtado, 1992).

A fidedignidade de um teste, segundo Bayer (1997) “*é uma medida do grau de variação do escore observado*”. Assim sendo, segundo o autor, “*para estimar a fidedignidade envolvemos as variâncias dos escores observados entre os itens*” (p. 171), tendo por base um coeficiente de fidedignidade maior ou igual a 0,7 considerado como satisfatório.

$$\alpha \geq 0,7$$

Assim, tabulados os dados colhidos no Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE), e submetidos ao tratamento estatístico, a partir do que foram obtidos índices de fidedignidade interna (α de Cronbach) para cada teste do instrumento e para cada grupo à parte.

Neste processo obteve-se para o Gc/f (grupo com formação), composto por quarenta e seis indivíduos, na primeira parte do instrumento, relacionado com a investigação da ansiedade-estado, um α de Cronbach correspondente a 0,9471, resultado esse muito significativo, pois trata-se de valor muito bem do esperado de 0,7.

Seguindo o mesmo processo para a segunda parte do instrumento, relativo à investigação da ansiedade-traço, obteve-se para o mesmo grupo (Gc/f) um α de Cronbach igual a 0,8077, também superior ao esperado.

Para o Gs/f (grupo sem formação) composto por trinta e cinco indivíduos, os cálculos do α de Cronbach, na primeira parte do instrumento (ansiedade-estado), mostraram um valor igual a 0,9361, caracterizando, assim, um índice de fidedignidade acima do esperado.

Igualmente, para a segunda parte do instrumento, na avaliação ansiedade-traço, o mesmo grupo (Gs/f) obteve um α de Cronbach de 0,9238, o que depõe a favor de uma substancial consistência interna e, portanto, seus resultados interpretáveis.

Instrumento	Grupo sem formação	Grupo com formação
<u>Primeira parte</u>		
(Ansiedade-estado)	0,9361	0,9473
<u>Segunda parte</u>		
(Ansiedade-traço)	0,9471	0,8077

Alfa de Cronbach Fonte: Pesquisa

Distribuição dos Dados Referentes ao Perfil Sócio-Demográfico dos Participantes do Grupo sem Formação (Gs/f)

Num segundo momento, buscou-se descrever a amostra a partir dos dados levantados com o questionário demográfico, onde podem ser observados as seguintes características socio-demográficas dos sujeitos que compõem os grupos.

Tem-se, assim, os dados levantados a partir das respostas dos indivíduos, que formam o grupo denominado Grupo sem formação, composto por trinta e cinco sujeitos, os quais exercem a função de auxiliar e atendente de enfermagem, no referido Hospital, ao questionário sócio demográfico.

Distribuição de Acordo com os Dados Obtidos pelas Variáveis

Local de Origem (Procedência)

Portanto, o grupo identificado como Gs/f (grupo sem formação) é composto de trinta e cinco indivíduos dos quais treze são naturais de Porto Alegre, o que corresponde a 37,1%, vinte e um (60%), são oriundos do interior do estado, enquanto que dois deles não identificou seu local de origem.

Local de origem	Frequência	Percentil	Validade
Porto Alegre	13	37,1	37,1
Interior do estado	21	60,0	60,0
Não Identificaram	2	2,9	2,9
Total	35	100,0	100,0

Local de procedência Gs/f Fonte: Pesquisa

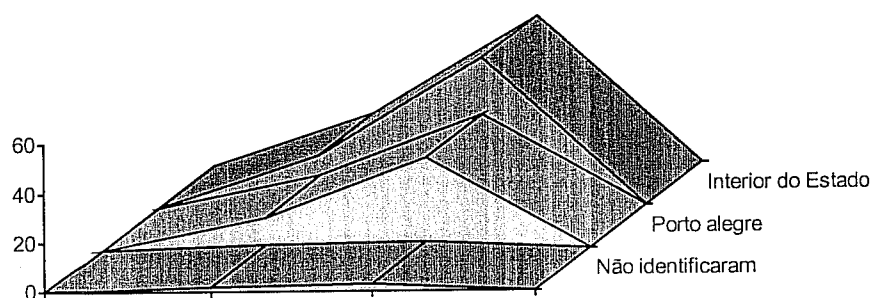


Gráfico 1: referente à tabela local de procedência Gs/f

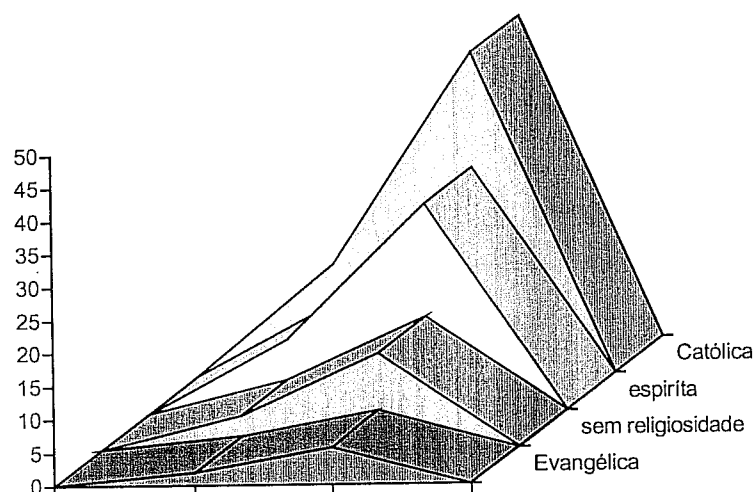
Religiosidade

Quanto ao aspecto religiosidade, foi constatado que neste grupo, há várias concepções religiosa. Entre elas encontramos dezessete indivíduos católicos (48,6%), onze Espíritas (31,2%), dois Evangélicos (5,5%) e cinco deles se declararam não praticantes de nenhuma religião.

Credo religioso	Frequência	Percentil	Validade
Católico	17	48,6	48,6
Espírita	11	31,4	31,4
Evangélica	2	5,7	5,7
Sem religiosidade	5	14,3	14,3
Total	35	100,0	100,0

Religiosidade Gs/f Fonte: Pesquisa

Gráfico 2: referente à tabela religiosidade Gs/f



Estado Civil

Em relação ao estado civil, foi constatado que dois são solteiros (5,7%), doze são casados (34,3 %), um é divorciado 2,9 % e sete são separados.

Estado Civil	Frequência	Percentil	Validade
Solteiro (a)	2	5,7	5,7
Casado (a)	12	34,3	34,3
Divorciado (a)	1	2,9	2,9
Separado (a)	7	20,0	20,0
Total	35	100,0	100,0

Estado Civil Gs/f Fonte: pesquisa

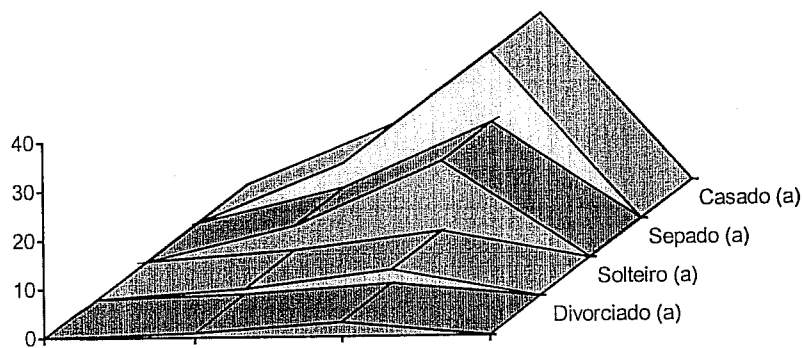


Gráfico 3: referente à tabela estado civil Gs/f

Nível de Escolaridade

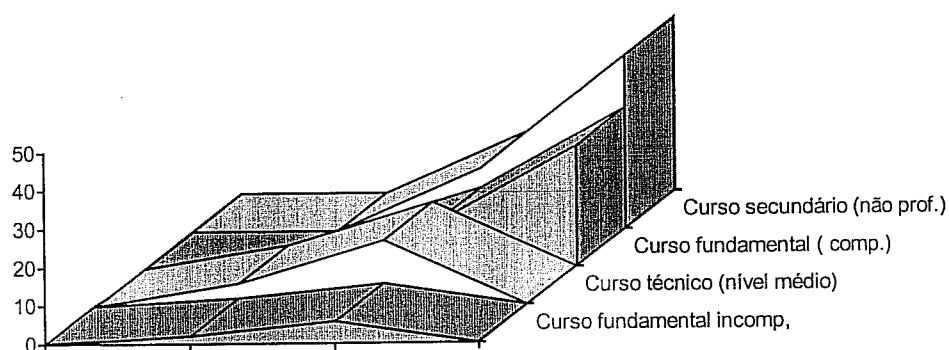
O nível de escolaridade, neste grupo, é consideravelmente heterogêneo. Verifica-se que seis indivíduos (17,1 %) possuem diploma de curso técnico profissionalizante em diversas áreas, correspondente ao ensino médio, porém não relacionado com a função que desempenham (enfermagem). Dezesseis, (45,7%) possuem diploma

secundário, hoje ensino médio, não profissionalizante, onze (31,4%) concluíram o ensino fundamental e dois (5,7 %) não completaram o ensino fundamental.

Nível de escolaridade	Frequência	Percentil	Validade
Diploma de curso			
Técnico (curso médio)	6	17,1	17,1
Diploma de ensino			
Secundário (não Prof.)	16	45,1	45,1
Ensino Fundamental compl.	11	31,4	31,4
Ensino fundamental incop.	2	5,7	5,7
Total	35	100,0	100,0

Nível de escolaridade Gs/f Fonte: pesquisa

Gráfico 4: referente à tabela nível de escolaridade Gs/f



Tempo de Lazer – Férias

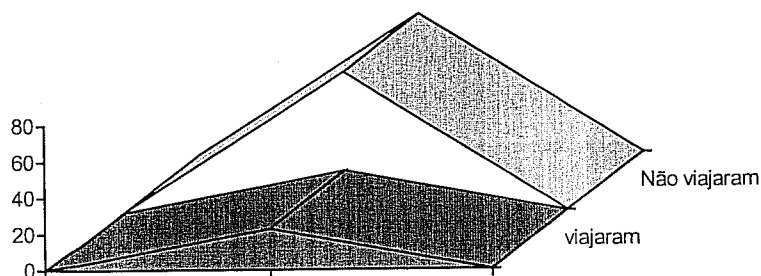
Viagem para Outro País.

Em relação ao uso do tempo de lazer (férias), constata-se que, dos trinta e cinco indivíduos do grupo sem formação, oito usaram esse tempo para viagens ao exterior, o que equivale a 22,9%. Os restantes vinte e sete indivíduos (77,1%), não viajaram.

Viajou/outro país	Frequência	Percentil	Validade
Sim	8	22,9	22,9
Não	27	77,1	77,1
Total	35	100,0	100,0

Féria: viajaram outro país Gs/f Fonte:pesquisa

Gráfico 5: referente à tabela viajaram/outro país Gs/f



Viagem para Outra Cidade ou Estado do Brasil.

Constata-se, ainda, em relação ao uso do tempo de férias, que as possibilidades de viagem parecem poucas, pois apenas nove indivíduos viajaram para o interior do Estado ou para outro Estado Brasil (25,7%), os demais, vinte e seis, não viajaram (74,3%).

Viagem p/ outra cid/est.	Frequência	Percentil	Validade
Sim	9	25,7	25,7
Não	26	74,3	74,3
Total	35	100	100

Viagem /outra cidade ou estado do Brasil Gs/f Fonte: pesquisa

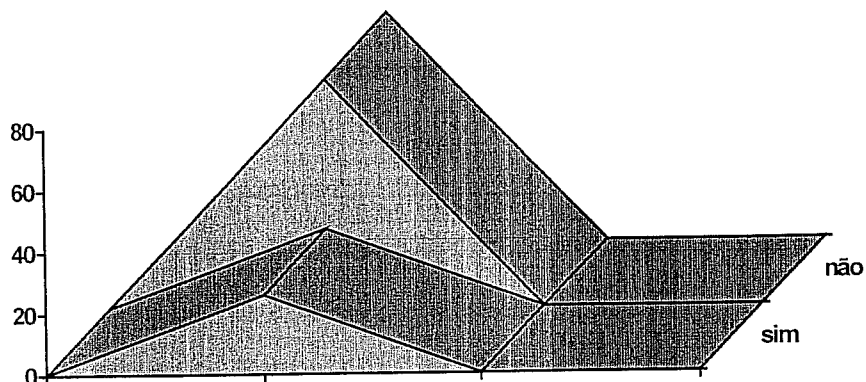


Gráfico 6: referente à tabela viajaram para outra cidade ou estado do Brasil

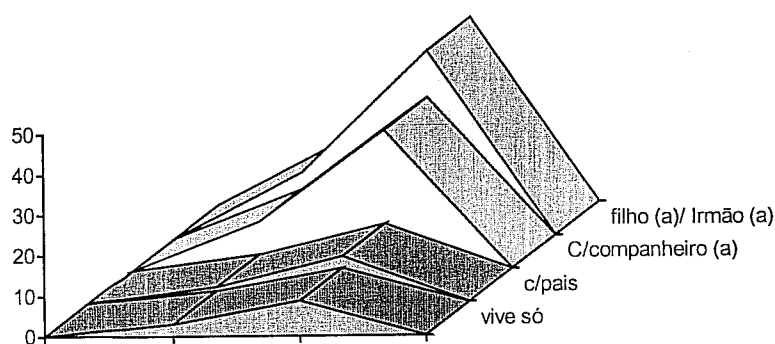
Situação Familiar

Quanto a situação familiar do grupo, percebe-se que uma grande maioria, isto é, dezesseis indivíduos (45,7%), vivem com outros familiares (filhos, irmãos). Quatro vivem com os pais (11,4%), três vivem sozinho (8,6%) e doze vivem com o companheiro (34,3%).

Vive/com	Frequência	Percentil	Validade
Vive só	3	8,6	8,6
C/os pais	4	11,4	11,4
Companheiro (a)	12	34,3	34,3
Filho (a) /irmão (a)	16	45,7	45,7
Total	35	100,00	100,00

Com quem vive ... Gs/f Fonte: pesquisa

Gráfico 7: referente à tabela Com quem vive Gs/f



Situação Financeira

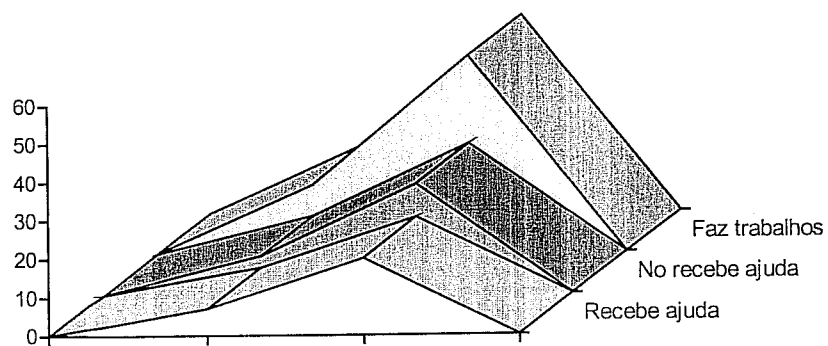
Quanto à situação financeira, constatou-se que a maioria recebe complementação no seu salário, através de outra atividade ou ajuda de alguém. Verificou-se, ainda, que dezoito indivíduos (51,4%), além do salário fixo, fazem outros trabalhos que lhe dão

retorno financeiro. Sete (20,0%) recebem ajuda de alguma outra forma, dos irmãos ou algum parente. Somente dez (28,6%), não recebem complementação alguma para fazer frente às suas despesas.

Situação financeira	Frequência	Percentil	Validade
Faz trabalhos que			
Lhe rendem dinheiro	18	51,4	51,4
Recebe ajuda de			
Alguém	7	20,	57,1
Não recebe ajuda	10	28,6	28,6
Total	35	100,0	100,0

Situação financeira Fonte: Pesquisa

Gráfico 8: referente à tabela situação financeira Gs/F



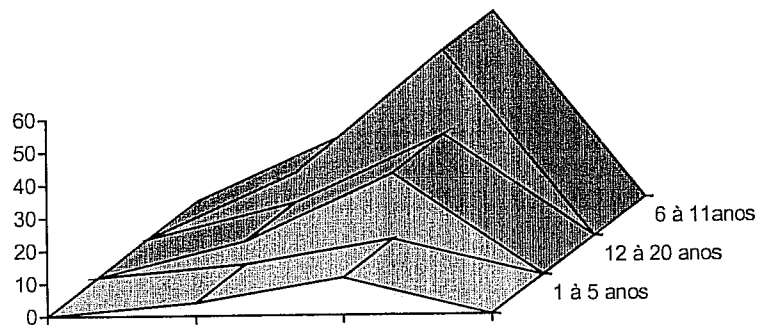
Tempo de Serviço na Função

Em relação ao item tempo de serviço, percebeu-se que vinte indivíduos trabalham na função entre seis e onze anos, isto é, 57,1%. Onze tem um tempo de serviço entre doze e vinte anos. Quatro (11,4 %) apresentam tempo de serviço mais reduzido, entre um e cinco anos.

Tempo/serviço	Frequência	Percentil	Validade
1 a 5 anos	4	11,4	11,4
6 a 11 anos	20	57,1	57,1
12 a 20 anos	11	31,4	31,4
Total	35	100,0	100,0

Tempo de serviço na função Gs/f Fonte: pesquisa

Gráfico 9: referente à tabela tempo de serviço na função Gs/f



Idade

No tocante à idade, constatou-se que a maioria se concentra na faixa de trinta e oito à quarenta e oito anos, sendo em número de dezoito, e correspondendo a 51,4 %. Já entre vinte e oito e trinta e oito anos aparecem oito indivíduos (22,9%), e na faixa dos quarenta e oito aos cinquenta e oito anos encontram-se nove (25,7%).

Idade	Frequência	Percentil	Validade
28- 38 anos	8	22,9	22,9
38 – 48 anos	18	51,4	51,4
48 –58 anos	9	25,7	25,7
Total	35	100,0	100,0

Idade Gs/f Fonte: pesquisa

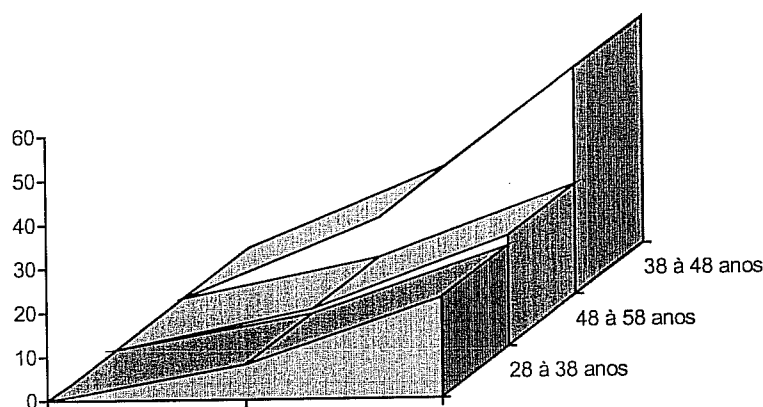


Gráfico 10: referente à tabela idadeGs/f

Sexo

Nota-se na composição do grupo, uma predominância do sexo feminino na proporção vinte e dois indivíduos e correspondendo a 62,9 %. O sexo masculino comparece com treze componentes, correspondendo a 37,1 %.

Sexo	Frequência	Percentil	Validade
Masculino	13	37,1	37,1
Feminino	22	62,9	62,9
Total	35	100,0	100,0

Sexo Gs/f Fonte: Pesquisa

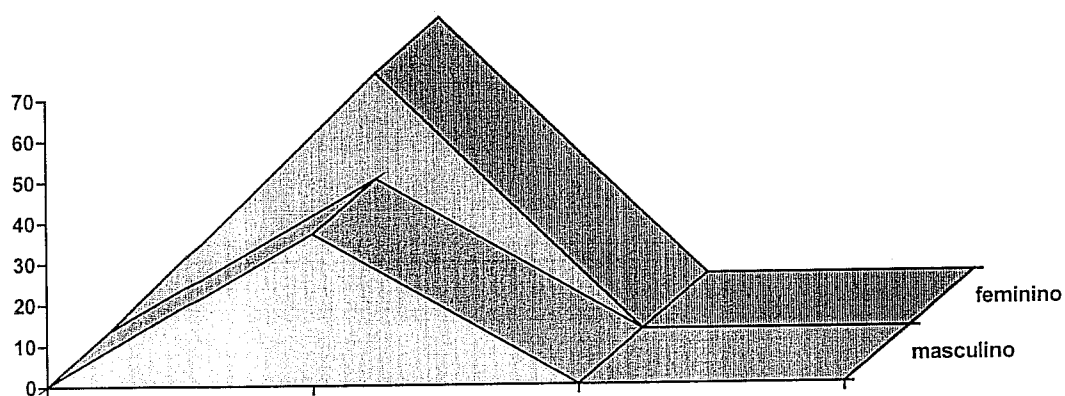


Gráfico 11: referente à tabela sexo Gs/f

Distribuição dos Dados Obtidos a Partir do Cruzamento
das Variáveis Referentes ao Grupo Sem Formação (Gs/f)

No sentido de entender melhor alguns aspectos sócio-demográfico do perfil dos componentes do grupo sem formação (Gsf), foram cruzadas algumas variáveis como:

Estado Civil e Sexo

Estado Civil	Masculino	Feminino	Total
Solteiro (a)	1	1	6
Casado (a)	3	9	12
Vivendo c/			
Companheiro (a)	6	7	13
Divorciado (a)	1	1	2
Separado (a)	3	4	7
Total	13	22	35

Sexo X estado civil Gs/f Fonte: pesquisa

Como pode ser observado nesta tabela, tem-se um solteiro do sexo masculino e um do feminino. Três indivíduos do sexo masculino são casados para nove do sexo feminino. Aparecem seis homens vivendo com companheiras, para sete mulheres na mesma situação. Além disso, aparecem, ainda, três homens e quatro mulheres separadas, sendo uma mulher e um homem divorciados.

O cruzamento entre nível de escolaridade e sexo mostrou os seguintes dados:

Nível de Escolaridade X Sexo

Nível / escolaridade	Masculino	Feminino	Total
Diploma de curso Técnico/profissional	5	1	6
Diploma secundário (não profissional)	4	12	16
Curso fundamental Completo	3	8	11
Curso fundamental Incompleto	1	1	2
Total Incompleto	13	22	35

Nível de escolaridade X sexo Gs/f Fonte: pesquisa

Assim, observa-se nesta tabela cinco indivíduos do sexo masculino, e um do sexo feminino como sendo possuidores de diploma de curso técnico profissionalizante, mas não em sua área de atuação (enfermagem). Dos que possuem diploma do nível secundário (ensino médio), não profissionalizante quatro são homens e doze são mulheres.

Dos que apenas possuem o ensino fundamental completo três são homens e oito são mulheres. Além disso, temos um homem e uma mulher que não completaram o ensino fundamental.

Viagem para Outro País X Sexo

Confrontando-se com a alternativa relacionada ao uso do tempo de lazer (férias), o fator viagem ao exterior, ou viagem para o interior do estado ou do Brasil com o fator sexo, foram obtidos os seguintes resultados:

Viagem p/outro país	Masculino	Feminino	Total
Sim	2	6	8
Não	11	16	27
Total	13	22	35

Viagem para outro país X sexo Gs/f fonte: pesquisa

Viagem para Outra Cidade ou Estado do Brasil X Sexo

Pode-se observar nas tabelas que a predominância ficou com o sexo feminino. Dos oito que viajaram, seis foram mulheres. Da mesma forma dos que viajaram para outro estado ou cidade, foram as mulheres, na ordem de sete ao todo.

Viajou/ outra cidade/estado / Brasil	Masculino	Feminino	Total
Sim	2	7	8
Não	11	16	27
Total	13	22	35

Viajou/outra cidade ou estado do Brasil X sexo Gs/f Fonte: pesquisa

Distribuição dos Dados referentes ao Perfil Sócio-demográfico
dos Participantes do Grupo com Formação (Gc/f)

O Grupo com formação é composto por quarenta e seis indivíduos, com diploma do curso de técnico em enfermagem, cuja função é exercida no mesmo hospital.

Analisando as respostas dos indivíduos desse grupo, obtém-se os seguintes dados:

Distribuição dos Dados Referentes a Variável

Idade

Observa-se, neste grupo, que a maioria (65,2%), correspondendo a trinta indivíduos estão na faixa de trinta e oito a quarenta e oito anos. Dez indivíduos encontram-se na faixa dos vinte e oito e trinta e oito anos e os seis restantes entre quarenta e oito e cinquenta e oito anos.

Idade	Frequência	Percentil	Validade
28 – 38 anos	10	21,7	21,7
38 – 48 anos	30	65,2	65,2
48 – 58 anos	6	13,0	13,0
Total	46	100,0	100,0

Idade Gc/f Fonte: pesquisa

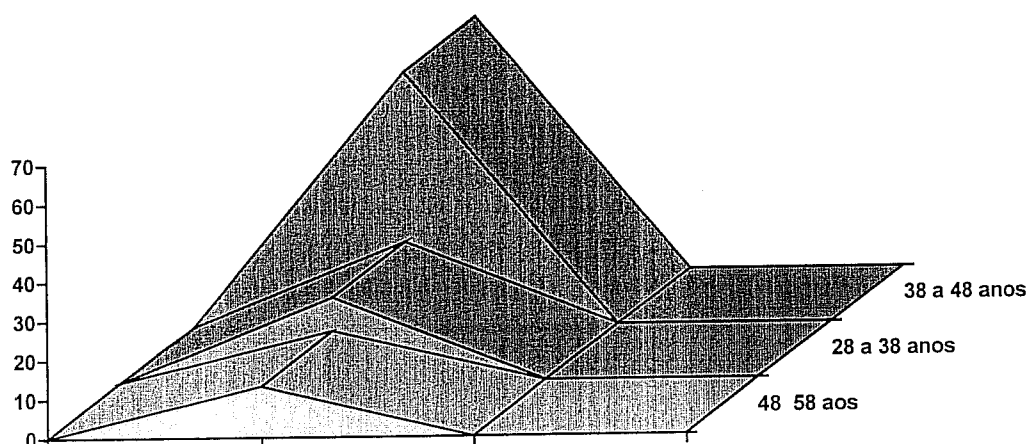


Gráfico 12: referente à tabela idadeGc/f

Sexo

Pode-se observar, em relação ao sexo, que neste grupo há uma predominância clara do sexo feminino. Trinta e quatro são mulheres, isto é, 73,9% e apenas 12 (26,1%) são do sexo masculino.

Sexo	Frequência	Percentil	Validade
Masculino	12	26,1	26,1
Feminino	34	73,9	73,9
Total	46	100,0	100,0

Sexo Gc/f Fonte: pesquisa

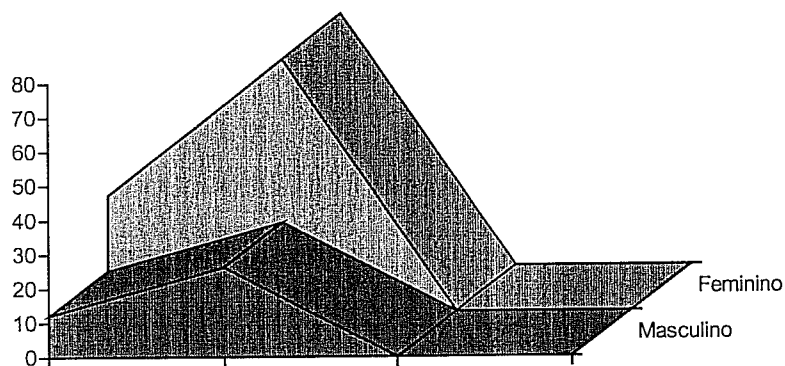


Gráfico 13: referente à tabela sexo Gc/f

Concepções Religiosas

Quanto às concepções religiosas este grupo, pode-se observar a predominância da religião Católica. Vinte e sete indivíduos, isto é, 58,7% professam esse credo. Da religião Luterana encontramos dois indivíduos (4,3%) . Doze são vinculados ao Espiritismo (26,1%), quatro são Evangélicos (8,7%) e um (2,2%) se diz sem religião.

Religião	Frequência	Percentil	Validade
Sem religiosidade	1	2,2	2,2
Luterana	2	4,3	4,3
Evangélica	4	8,7	8,7
Espírita	12	26,1	26,1
Católica	27	58,7	58,7
Total	46	100,0	100,0

Concepções religiosas Gc/f Fonte: pesquisa

Gráfico - 14: referente à tabela concepções religiosas Gc/f

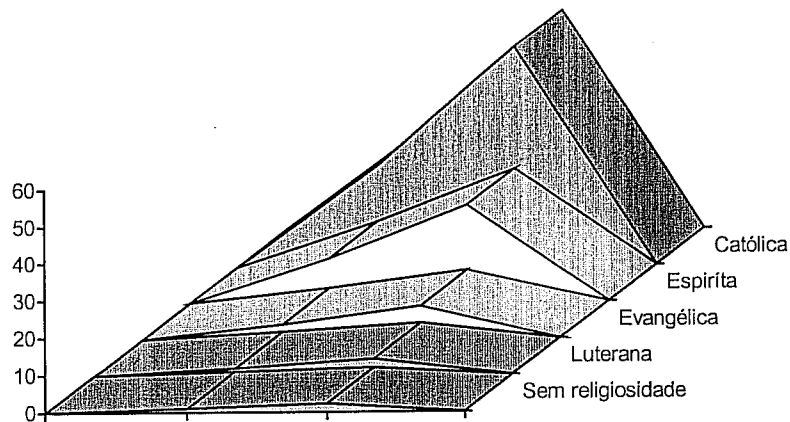


Gráfico - 12: referente à tabela idadeGc/f

Local de Origem

Percebe-se, que este é um grupo composto basicamente por indivíduos providos do interior do Estado 65,2%, ou seja, trinta enfermeiros, enquanto apenas 16 (34,8%) provém da capital.

Procedência	Frequência	Percentil	Validade
Porto Alegre	16	34,8	34,8
Interior do Estado	30	62,2	62,2
Total	46	100,0	100,0

Local de origem -Gc/f Fonte: pesquisa

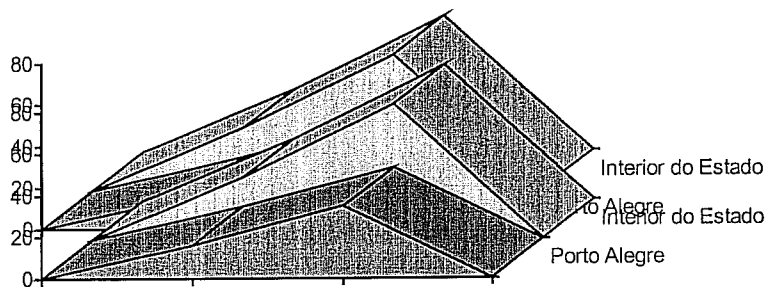


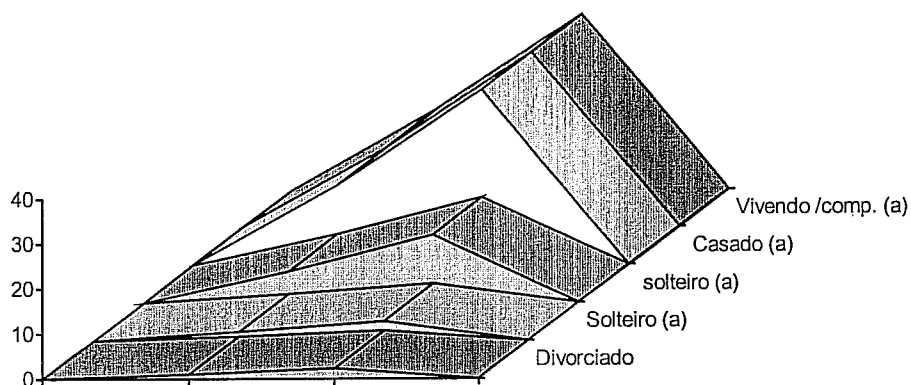
Gráfico – 15: referente à tabela Local de origem Gc/f

Estado Civil

No que se refere ao estado civil, o que se pode observar é que os indivíduos casados dividem o percentual com aqueles que vivem com companheiros. Ambos aparecem num percentual de 39,1% ou seja, 18 indivíduos em cada categoria. Quanto aos solteiros, tem-se dois no grupo, ou seja, 4,3% e sete (15,2%) indivíduos são separados.

estado civil	Frequência	Percentil	validade
Solteiro	2	4,3	4,3
Casado (a)	18	39,1	39,1
Vivendo comp.(a)	18	39,1	39,1
Divorciado (a)	1	2,2	2,2
Separado (a)	7	15,2	15,2
Total	46	100,0	100,0

Gráfico – 16: referente à tabela estado civil Gc/f



Nível de Escolaridade

Quanto ao nível de escolaridade, constata-se que a grande maioria tem o diploma de técnico de enfermagem ao nível de segundo grau, ou seja, são quarenta e dois indivíduos equivalentes a 91,3%. Os demais também têm diploma em nível de ensino secundário e fizeram o técnico em enfermagem à parte, num total de quatro indivíduos correspondendo a 8,7%.

Escolaridade	Frequência	Percentil	Validade
Diploma técnico enf.	42	91,3	93,1
Diploma curso sec.	4	8,7	8,7
Total	46	100,0	100,0

Escolaridade Gc/f Fonte: pesquisa

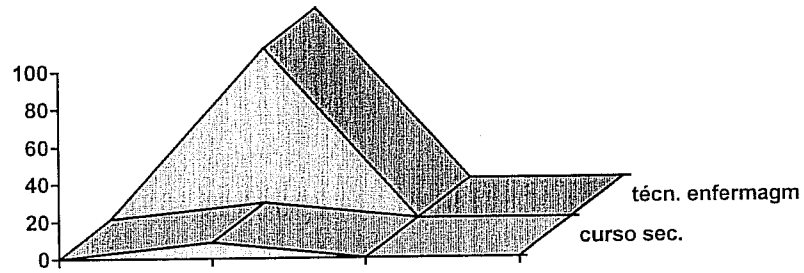


Gráfico – 17: referente à tabela nível de escolaridade

Aproveitamento do Tempo de Lazer

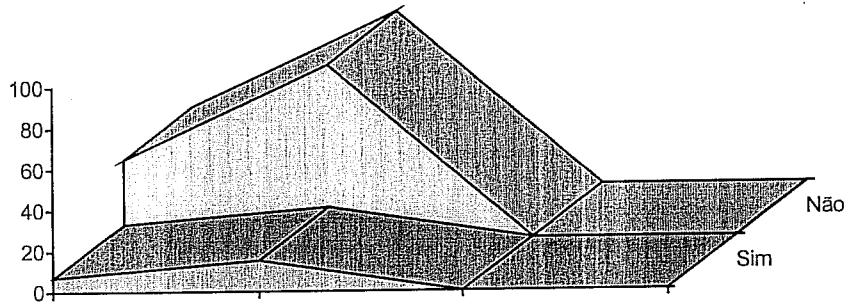
Viagens à Outro País

No que se refere ao lazer, ou seja viagens em períodos de férias para outro país, sete indivíduos (15,2 %) desse grupo responderam que sim. Os outros trinta e nove não viajaram.

Viagem a outro país	Frequência	Percentil	Validade
Sim	7	15,2	15,2
Não	39	84,8	84,8
Total	46	100,0	100,0

Viajou p/outro país Gc/f Fonte: pesquisa

Gráfico – 18: referente à tabela viagens p/ outro país Gc/f



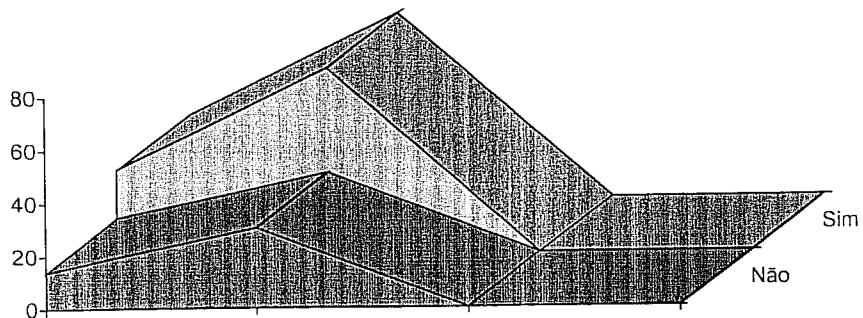
Viagem a Alguma Cidade ou Estado do Brasil

Investigou-se ainda sobre viagens mais próxima, como a alguma outra cidade ou outro Estado do Brasil, obtendo-se resposta afirmativa por parte de trinta e dois indivíduos (69,6%). As demais respostas foram negativas, ou seja, quatorze pessoas (30,4 %) não viajaram nestas últimas férias.

Viagou p/ outra cidade/ Estado do Brasil	Frequência	Percentil	Validade
Sim	32	69,6	69,6
Não	14	30,4	30,4
Total	46	100,0	100,0

Viagou p/ outra cidade ou Estado do Brasil Gc/f Fonte: pesquisa

Gráfico – 19: referente a viagens p/ outra cidade ou estado do Brasil



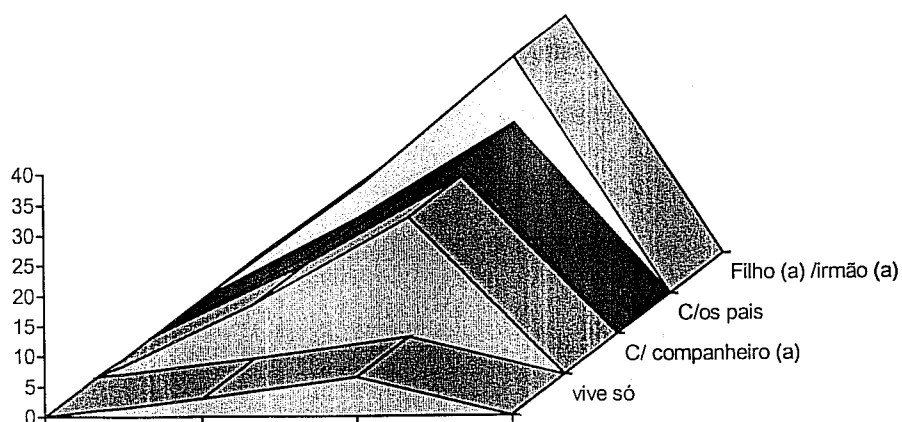
Com Quem Reside

A questão da moradia foi levantada questionando-se com quem o indivíduo mora . A partir disso, constatou-se que três indivíduos moram só (6,5%), outros 13 moram com os pais (28,3%). Dezoito vivem com outros familiares, tais como irmãos ou filhos e, ainda, doze vivem com companheiro, (26, 1%).

C/ reside	Frequência	Percentil	Validade
Só	3	6,5	6,5
C/ os pais	13	28,3	28,3
C/ filho (a) /irmão (a)	18	39, 1	39,1
C/ companheiro (a)	12	26,1	26,1
Total	46	100,0	100,0

C/ quem reside Gc/f Fonte: pesquisa

Gráfico - 20: referente à tabela c/quem reside



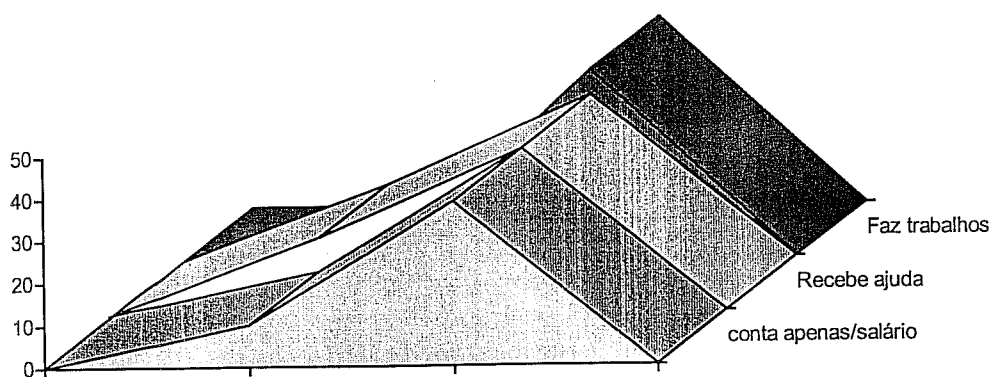
Situação Financeira

Em relação à situação financeira, percebe-se que os indivíduos ou fazem trabalhos lhez rende dinheiro e complementa o seu salário, ou recebem ajuda de outrem para lhes completar a renda. Dezoito indivíduos responderam que trabalham em outros locais para implementar a renda, (39,1 %), percentual de respostas equivalente também para o fator “recebe ajuda de alguém”, com igualmente dezoito pessoas respondendo de forma afirmativa esta questão. Apenas dez indivíduos (21,7 %) contam apenas com o salário que recebem na função.

Fonte/renda	Frequência	Percentil	Validade
Conta apenas c/			
Salário	10	21,7	21,7
Recebe	18	39,1	39,1
Faz trabalho	18	39,1	39,1
Total	46	100,0	100,0

Situação financeira Gc/f Fonte: pesquisa

Gráfico – 21: referente à tabela situação financeira



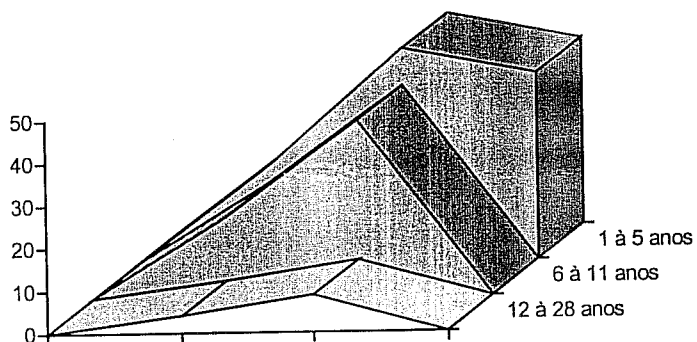
Tempo de Serviço na Função de Auxiliar e Atendente de Enfermagem

Sobre o tempo de serviço constatou-se que dezenove (41,3%) indivíduos trabalham na função entre seis e onze anos. Porém, vinte e três (50,0%), têm um tempo de serviço entre um e cinco anos. Os quatro restantes 4, 8,7% trabalham no hospital num período de doze a vinte anos.

Tempo de serviço	Frequência	Percentil	Validade
12 a 20 anos	4	8,7	8,7
6 a 11 anos	19	41,3	41,3
1 a 5 anos	23	50,0	50,0
Total	46	100,0	100,0

Tempo de serviço na função Gc/f Fonte: pesquisa

Gráfico - 22: referente à tabela idade



Distribuição dos Dados Obtidos a partir do Cruzamento das Variáveis referentes
ao Grupo com Formação

A partir do cruzamento dos dados do referido grupo foram constados os seguintes resultados:

Distribuição dos Dados Obtidos Referentes ao Cruzamentos das Variáveis

Estado Civil X Sexo

Neste item, constata-se que dois indivíduos são solteiros e do sexo masculino, enquanto que, casados, tem-se quatorze do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Vivendo com companheiro tem se cinco homens e treze mulheres, sendo que há uma mulher divorciada e seis separadas.

Estado Civil	Masculino	Feminino	Total
Solteiro (a)	2	2	4
Casado (a)	4	14	18
Vivendo /comp. (a)	5	13	18
Divorciado (a)	1	1	2
Separado (a)	1	6	7
Total	12	34	46

Estado civil X sexo Gc/f fonte: pesquisa

Nível de Escolaridade X Sexo

Aqui pode-se observar que o nível de escolaridade está intimamente ligado à profissão do indivíduo, pois têm-se onze sujeitos do sexo masculino com curso secundário em nível Técnico em Enfermagem, exatamente a função que exercem, o que ocorre também com as mulheres, que aparecem em número de trinta e um, enquanto que os demais, um homem e três mulheres, têm o diploma secundário do ensino fundamental e fizeram o técnico como complementar. solteiras, um homem divorciado.

Grau de instrução	masculino	feminino	total
Diploma de técnico			
Em enfermagem	11	31	42
Diploma de curso			
(Secundário técnico)	1	3	4
Total	12	34	46

Nível de escolaridade X sexo Gc/f Fonte: pesquisa

Viagem Para Outro País X Sexo

A questão que relaciona viagens ao exterior com sexo mostra que os indivíduos viajaram pouco. Onze homens e vinte oito mulheres responderam esta questão de forma negativa, enquanto que somente seis mulheres e um homem responderam afirmativamente.

Viajou p/outro país	Masculino	Feminino	Total
Sim	1	6	7
Não	11	28	39
Total	12	34	46

Viajou p/outro país X sexo Gc/f Fonte: pesquisa

Viajou Para Outra Cidade ou Estado do Brasil X Sexo

Pode-se observar ainda relacionando às questões de viagem à outra cidade ou estado do Brasil, que novamente as mulheres se sobressaem, pois vinte e quatro delas responderam as questão afirmativamente, contra oito homens. A resposta negativa foi dada por quatro indivíduos do sexo masculino e dez do sexo feminino.

Viajou p/outra cidade/estado /Brasil	Masculino	Feminino	Total
Sim	8	24	32
Não	4	10	14
Total	12	34	46

Viajou p/outra cidade ou estado do Brasil X sexo Gc/f Fonte: pesquisa

Situação Financeira X Idade

Considerando-se a questão situação financeira em relação a idade, constata-se que são aqueles indivíduos entre trinta e oito e quarenta e oito anos que, ou fazem trabalhos que lhe rendem algum dinheiro extra (quatro homens e treze mulheres) ou recebem

ajuda de alguém para completar sua renda (quatro homens e dez mulheres). Os demais, dois homens e sete mulheres, contam apenas com o salário que recebem na instituição.

Renda / idade	28-38	38-48	48-58	Total
Faz trabalhos p/				
Completar a renda	4	13	1	18
Recebe ajuda	4	10	4	18
Conta só c/salário	2	7	1	10
Total	10	30	6	46

Situação financeira X idade Gc/f Fonte: pesquisa

Descrição do Tratamento Estatístico Relacionado ao Instrumento em Si

O levantamento dos dados do instrumento das variáveis em estudo, o IDATE, foi feito item por item, utilizando-se uma escala de quatros pontos e obedecendo as seguintes categorias: (1) Absolutamente não; (2) Um pouco; (3) Bastante; (4) muitíssimo; cujos resultados foram submetidos ao tratamento estatístico, utilizando-se, para isso, o programa SPSS, versão 10.0.

São apresentados a seguir os gráficos que ilustram, de maneira objetiva, os dados obtidos no trabalho estatístico, expressando-os em termos de médias e desvio padrão, seguindo-se os comentários sobre os mesmos.

Descrição Estatística dos Dados Levantados no Instrumento - IDATE - Ansiedade

Estado – Grupo Sem Formação (Gs/f)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Estou arrependido	35	1	2	1,17	0,38
Sinto-me superexcitado e confuso	35	1	2	1,31	0,68
Estou agitado	35	1	2	1,43	0,61
Sinto-me perturbado	35	1	2	1,49	0,7
Estou preocupado	35	1	2	1,54	0,61
Estou tenso	35	1	2	1,57	0,61
Sinto-me uma pilha de nervos	35	1	2	1,66	0,87
Estou preocupado com possíveis infortúnios	35	1	2	1,69	0,8
Sinto-me ansioso	35	1	2	1,83	0,79
Sinto-me nervoso	35	1	2	2,31	0,75
Sinto-me calmo	35	1	2	2,34	0,83
Sinto-me descansado	35	1	2	2,43	0,84
Sinto-me confiante	35	1	2	2,49	0,95
Sinto-me à vontade	35	1	2	2,51	1,01
Sinto-me seguro	35	1	2	2,51	0,74
Estou descontraída	35	1	2	2,51	0,91
Sinto-me satisfeito	35	1	2	2,51	0,89
Sinto-me alegre	35	1	2	2,63	0,94
Sinto-me em casa	35	1	2	2,66	1
Sinto-me bem	35	1	2	2,71	0,93

Tabela 01 - Médias referentes aos dados do IDATR- parte I –Ansiedade –Estado Gs/f Fonte: pesquisa

Comentários Sobre a Tabela Ansiedade Estado-Gs/f

Conforme aparece na tabela número um, pode-se observar que a média mais baixa apresentada pelo grupo, 1,17 com desvio padrão de 0,38, refere-se a questão quatro do inventário, “estou arrependido” Trata-se de uma média muito próxima da pontuação correspondente a alternativa “absolutamente não”.

Da mesma forma, a segunda média mais baixa do grupo, 1,31 com desvio padrão de 0,68, dirige-se a questão “sinto-me superexcitado e confuso”, e, como a anterior, está muito próxima ao escore 01 (um) que se refere à “absolutamente não”.

A questão relacionada à agitação, ou seja, “estou agitado”, obteve média 1,43 e desvio padrão igual a 0,61, colocando-a assim, como a terceira média mais baixa, numa ordem seqüencial.

A quarta questão nesta ordem foi “sinto-me perturbado” que, comparece com uma média de 1,49 e desvio padrão de 0,70, o que mostra mais uma vez pouca preocupação neste sentido, já que a média se encontra próxima do escore recebido pela questão “absolutamente não”.

A média colocada em quinto lugar pelo grupo refere-se ao item “estou preocupado”, do inventário, num valor de 1,54 e desvio padrão de 0,61.

O item “estou tenso” obteve média 1,57 e desvio padrão de 0,61, colocando-se desta forma, em sexto lugar na ordem seqüencial.

Em sétimo lugar coloca-se a questão “sinto-me uma pilha de nervos”, correspondendo a uma média de 1,66 e desvio padrão de 0,87.

Referindo-se à ansiedade, o item “sinto-me ansioso”, aparece em oitavo lugar da ordem seqüencial, com uma média de 1,69 e desvio padrão de 0,80. Da mesma forma

que as anteriores, encontra-se muito próximo do escore 1,0, o que, traduzido, seria “absolutamente não”.

Como pode-se observar na tabela, é a partir do item “sinto-me calmo” que as médias ultrapassam o escore 2,0, traduzido como “às vezes”. A média obtida na referida questão é de 2,34 com desvio padrão de 0,83.

Assim, aparece em décimo segundo lugar, com média igual a 2,43 e desvio padrão de 0,84, a questão “sinto-me descansado”, um pouco acima do esperado para a interpretação “às vezes”.

Nesta seqüência, percebe-se o item “sinto-me confiante” apresentando uma média de 2,49 e desvio padrão de 0,95.

A questão “sinto-me segura”, fica em décimo quarto lugar, comparecendo com uma média de 2,51 e desvio padrão de 0,74. O que ocorre igualmente com a questão “estou descontraído”, que recebeu média 2,51 e desvio padrão de 0,9.

Com relação à satisfação, o item “sinto-me satisfeito” obteve média igual a 2,51 e desvio padrão de 0,89.

Apresentando uma média de 2,63 e desvio padrão de 0,94, a questão “sinto-me alegre” é colocada em décimo oitavo lugar, na ordem seqüencial de classificação das médias.

Como os dois últimos colocados nesta seqüência aparecem os itens “sinto-me em casa”, com média 2,66 e desvio padrão igual a 1,00, seguindo-se o item “sinto-me bem”, com média de 2,71 e desvio padrão de 0,93.

Descrição Estatística dos Resultados Levantados no Instrumento – IDATE –

Ansiedade Traço – Grupo Sem Formação (Gs/f)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tenho vontade de chorar	35	1	3	1,20	0,47
Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	35	1	4	1,46	0,78
Canso-me facilmente	35	1	3	1,46	0,61
Sinto-me deprimido	35	1	3	1,54	0,7
Não tenho confiança em mim mesmo	35	1	3	1,66	0,68
Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	35	1	4	1,69	0,96
As vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	35	1	4	1,77	0,81
Perco oportunidade porque não consigo tomar decisões rapidamente	35	1	4	1,8	0,72
Preocupo-me demais com coisa sem importância	35	1	4	1,8	0,8
Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser	35	1	4	1,89	0,83
Deixo-me afetar muito pelas coisas	35	1	4	1,89	0,63
Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	35	1	4	1,91	0,82
Sinto-me seguro	35	1	4	2,86	1,00
Sou feliz	35	1	4	3,11	1,05
Estou satisfeito	35	1	4	3,11	1,08
Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	35	1	4	3,14	1,03
Sinto-me bem	35	1	4	3,26	0,86
Sinto-me descansado	35	1	4	3,26	0,98
Sou uma pessoa estável	35	1	4	3,31	0,96

Tabela 02 - Médias referente aos dados –IDATE – parte II – Ansiedade –Traço Gs/f Fonte: pesquisa

Comentários Sobre a Tabela – Ansiedade Traço Gs/f

A partir dos dados levantados com o IDATE II, referentes a ansiedade traço, pode-se observar nesse grupo (Gs/f), seguindo uma ordem seqüencial, onde as médias aparecem colocadas na tabela número dois, da maior para a menor, que o item “tenho vontade de chorar” com a menor média, ou seja, 1,20 e desvio padrão 0,47.

Como segunda colocada aparece a questão “sinto que as dificuldades estão acumulando de tal forma que não consigo resolver”, com média de 1,46 e desvio padrão de 0,78, colocando-a muito próxima do escore 1,0, que se refere à “absolutamente não”.

O item “canso-me facilmente” recebeu igualmente, uma média nesta faixa, 1,46, diferindo apenas no desvio padrão, 0,61.

“Sinto-me deprimido” aparece em quarto lugar, com média igual a 1,54 e desvio padrão 0,70.

A questão “não tenho muita confiança em mim mesmo”, é colocada em quinto lugar, com média de 1,66 e desvio padrão de 0,68.

Como pode-se observar na tabela, o item “fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento” recebeu uma média igual a 1,69 e desvio padrão de 0,96.

Colocada em sétimo lugar na ordem seqüencial, encontramos a questão “às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando”, com média 1,77 e desvio padrão de 0,81.

A questão “perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente” obteve média igual a 1,80 e desvio padrão de 0,72.

A média recebida pela questão “gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser” está colocada em décimo lugar, correspondendo a 1,89 e desvio padrão de 0,83.

A questão sobre como lidar com problemas foi respondida no item “evito ter que enfrentar crises ou problemas”, que obteve média 1,91 e desvio padrão de 0,89.

Em décimo terceiro lugar, aparece o item “levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça” que, igualmente como o anterior, obteve a média 1,91, diferenciando-se apenas o desvio padrão 0,82.

Com relação a como se sente, a questão “sinto-me seguro ” aparece com média 2,86 e desvio padrão igual a 1,0, colocando-se acima do escore 2,0 quando referindo-se “às vezes”.

O item “sou feliz” aparece com média relativamente elevada em relação as anteriores qual seja, 3,11 e desvio padrão de 1,05, referindo-se ao escore 3,0 “freqüentemente”.

Em décimo sétimo lugar aparece a questão “sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo”, com média 3,14 e desvio padrão 1,03.

Segue-se, nesta forma seqüencial, a questão “sinto-me bem”, que obteve média igual a 3,26 e desvio padrão de 0,86.

Têm-se como os dois últimos colocados os itens, “sinto-me descansado”, com média 3,26 e desvio padrão 0,98, e “sou uma pessoa estável,” com média 3,31 e desvio padrão igual a 0,96.

Descrição Estatística dos Dados Levantados no Instrumento - IDATE –

Ansiedade Estado – Grupo com formação (Gc/f)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Estou arrependido	35	1	4	1,59	0,86
Sinto-me superexcitado e confuso	35	1	4	1,74	1,04
Sinto-me uma pilha de nervos	35	1	4	1,78	0,89
Estou agitado	35	1	4	1,8	1,02
Estou tenso	35	1	4	1,89	0,74
Sinto-me nervoso	35	1	4	1,98	0,93
Estou preocupado com possíveis infortúnios	35	1	4	1,98	1,02
Sinto-me preocupado	35	1	4	2	0,74
Estou preocupado	35	1	4	2,07	0,93
Sinto-me à vontade	35	1	4	2,22	0,86
Sinto-me ansioso	35	1	4	2,26	0,87
Sinto-me seguro	35	1	4	2,28	0,95
Sinto-me confiante	35	1	4	2,3	0,81
Sinto-me descansado	35	1	4	2,33	0,85
Sinto-me em casa	35	1	4	2,33	0,69
Estou descontraindo	35	1	4	2,37	0,89
Sinto-me bem	35	1	4	2,41	0,9
Sinto-me calmo	35	1	4	2,41	0,99
Sinto-me alegre	35	1	4	2,57	0,83

Tabela 03 - Médias referentes aos dados IDATE – parte I – Ansiedade – Estado Gc/f Fonte: pesquisa

Comentários Sobre a Tabela Ansiedade-Estado Gc/f

No grupo com formação, como pode-se observar na tabela número três, a média mais baixa de 1,59 foi obtida pelo questão “estou arrependido”, com um desvio padrão de 0,86.

Em segundo lugar observa-se o item “sinto-me superexcitado e confuso”, com média 1,74 e desvio padrão de 1,04, ambas as questões colocadas próximas ao escore 1,0, que se refere “absolutamente não”.

A questão “sinto-me uma pilha de nervos” recebeu uma média igual a 1,78 e desvio padrão de 0,89.

Em quarto lugar aparece “estou agitado”, com média 1,80 e desvio padrão 1,02.

Segue-se o item “estou tenso”, com média 1,89 e desvio padrão de 0,74.

Colocado em sexto lugar aparecem as questões, “sinto-me nervoso”, com média 1,98 e desvio padrão de 0,93, e a questão, “estou preocupado (a) com possíveis infortúnios”, que obteve, igualmente, média 1,98 com desvio padrão igual a 1,02.

Segue, nesta seqüência, o item “sinto-me perturbado”, com média 2,00 e desvio padrão 0,74.

O item “sinto-me à vontade” comparece com média 2,22 e desvio padrão de 0,86.

Em seguida tem-se “sinto-me ansioso”, com média 2,26 e desvio padrão de 0,87.

Colocada em décimo segundo lugar a questão “sinto-me seguro” obteve média 2,28 e desvio padrão de 0,87.

A questão “sinto-me confiante” recebeu média igual a 2,30 e desvio padrão de 0,81.

Seguindo nesta forma seqüencial, têm-se os itens “sinto-me descansado”, com média 2,33 e desvio padrão de 0,85, e a questão “sinto-me em casa”, igualmente com média 2,33 e desvio padrão 0,69.

Em décimo sexto lugar, o item “estou descontraído”, aparece com média 2,37 e desvio padrão de 0,89.

Desta forma, as quatro questões que se seguem são, respectivamente: “sinto-me bem”, com média 2,41 e desvio padrão 0,90. “Sinto-me calmo”, igualmente com média 2,41, variando o desvio padrão 0,99. “Sinto-me alegre”, cuja média é 2,57 e desvio padrão de 0,83 e, em último lugar, aparece “sinto-me satisfeito”, com um desvio padrão de 0,86.

Descrição Estatística dos Dados Levantados no Instrumento - IDATE – Ansiedade

Traço – Grupo com Formação (Gc/f)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tenho vontade de chorar	35	1	3	1,20	0,47
Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	46	1	4	1,46	0,78
Canso-me facilmente	46	1	3	1,46	0,69
Não tenho confiança em mim mesmo	46	1	3	1,66	0,68
Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	46	1	4	1,69	0,96
Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	46	1	4	1,77	0,81
Perco oportunidade porque não consigo tomar decisões rapidamente	46	1	4	1,8	0,72
Preocupo-me demais com coisa sem importância	46	1	4	1,8	0,8
Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser	46	1	4	1,89	0,83
Deixo-me afetar muito pelas coisas	46	1	4	1,89	0,63
Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	46	1	4	1,91	0,82
Sinto-me seguro	46	1	4	2,86	1
Sou feliz	46	1	4	3,11	1,05
Estou satisfeito	46	1	4	3,11	1,08
Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	46	1	4	3,14	1,03
Sinto-me bem	46	1	4	3,26	0,86
Sinto-me descansado	46	1	4	3,26	0,98
Sou uma pessoa estável	46	1	4	3,31	0,96

Tabela 04 - Médias referentes aos dados –IDATE – parte II – Ansiedade Traço – Gc/f Fonte: pesquisa

Comentários Sobre a Tabela Ansiedade-Traço Gc/f

No que se refere aos dados obtidos através das respostas do IDATE – Parte II – ansiedade-traço, pelo grupo com formação (Gc/f), em função do peso que tomam os referidos fatores, verifica-se que, no geral, as diferenças entre as médias são pouco significativas entre os diversos itens .

De acordo com a tabela número quatro, pode-se observar que a média mais baixa recebida pelo grupo nesta parte do instrumento, refere-se a questão “tenho vontade de chorar”, que é 1,20 e desvio padrão de 0,47 portanto muito próxima ao escore 1,0, que se caracteriza por “absolutamente não”.

Com relação ao item “canso-me facilmente”, encontra-se uma média igual a 1,46 e desvio padrão de 0,69.

Na questão “sinto que as dificuldades vão se acumulando de tal forma que não consigo resolver”, a média identificada é de 1,46 e o desvio padrão igual a 0,78.

Percebe-se na questão “sinto-me deprimida” aparece uma média correspondente a 1,80 e desvio padrão 0,75.

No item “perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente” a média é 1,80 e desvio padrão 0,72 bem próximos do escore 2,00 referente a “às vezes”.

Em sexto lugar aparece a questão “deixo-me afetar muito pelas coisas”, onde percebe-se uma média igualmente a anterior, de 1,89, diferindo somente o apenas no desvio padrão, que é 0,63.

Segue-se, nestes termos, a questão “às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando” com média 1,77 e desvio padrão 0,81.

Referindo-se ao enfrentamento de problemas, o item “evito ter que enfrentar crises ou problemas” obteve média 2,07 com desvio padrão de 0,88.

Em nono lugar têm-se “não tenho confiança em mim mesmo”, revelando uma média igual a 1,66 e desvio padrão de 0,68.

O item “fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento” aparece com uma média de 1,69 e desvio padrão 0,96.

Apresentando uma média igual à 1,80 e desvio padrão de 0,80, a questão “preocupo-me demais com coisas sem importância” aparece em décimo primeiro lugar.

A questão, “levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça” obteve média 1,91 e desvio padrão 0,82.

O item “gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser” comparece em décimo terceiro lugar, com média 1,89 e desvio padrão 0,83.

Em seguida aparecem os itens “estou satisfeito, com média 3,11 e desvio padrão 1,08 e, “sou calmo ponderado e senhor (a) de mim mesmo (a)”, com média de 3,14 diferindo o desvio padrão, que é de 1,03.

As cinco questões restantes têm suas médias colocadas entre 2,76 a mais baixa, e 2,93 a mais alta, onde a questão “sinto-me seguro, aparece com média 2,76 e, desvio padrão de 0,99; a questão “sou uma pessoa estável” apresenta média 3,31 e desvio padrão de 0,96; o item “sou feliz” revela uma média 2,91 e desvio padrão 0,91. Têm-se, ainda, os itens “sinto-me bem”, com média igual a 3,26 e desvio padrão 0,86, e como última colocada aparece a questão “sinto-me descansado apresentando média 3,26 e desvio padrão igual a 0,98.

Dados Obtidos a Partir dos testes “t” Student e de Levene’s

Dando prosseguimento aos procedimentos estatísticos os dados levantados pelo instrumento (IDATE) foram submetidos ao Teste de Levene’s, objetivando conhecer a interferência das dimensões do fenômeno simbólico, através do estudo da homogeneidade.

A homogeneidade, segundo Souza Filho (1996) refere-se à expectativa de que a caracterização parte de um sistema único de definição da realidade que deve recobrir a totalidade de casos particulares existentes no conjunto do material a ser observado, eliminando o máximo possível os dados considerados impertinentes ou classificáveis, comumente designados pelo “outro” (p.33). Considerando, assim, que um sistema homogêneo corresponde globalmente, incluindo todas as particularidades possíveis num conjunto de dados, reunidos em função de uma dimensão real.

Assim, obtidos os índices de homogeneidade de variância, através do teste de Levene’s, partiu-se para o estudo das distribuições amostrais de estatística, utilizando-se para isso o teste de Student, onde foram caracterizados os valores referentes às diferenças entre às médias.

As tabelas I e II, a seguir, mostram os resultados obtidos do estudo da homogeneidade (Teste de Levene’s) e os dados obtidos através do Teste “t” – Student, correspondentes às diferenças entre as medias.

Dados Estatísticos Referentes ao Teste de Levene's e, Teste "t" Student -
IDATE – Ansiedade Traço - de Ambos os Grupos.

	N	Média		Teste Levene's		Teste "t" Student		
				F	Sig	"t"	Sig	Fd
Sinto-me bem	35	3,26	Iguald. Variância	2,456	0,121	1,49	0,14	79
	46	2,93	Iguald. Variância			1,531	0,13	78,545
Canso-me facilmente	35	1,46	Iguald. Variância	1,06	0,306	-0,884	0,379	79
	46	1,59	Iguald. Variância			-0,898	0,72	76,98
Tenho vontade de chorar	35	1,29	Iguald. Variância	2,829	0,3097	-0,856	0,395	79
	46	1,3	Iguald. Variância			-0,882	0,38	78,781
Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	35	1,89	Iguald. Variância	0,3	0,585	-2,826	0,006	79
	46	2,35	Iguald. Variância			-2,728	0,008	62,006
Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	35	1,8	Iguald. Variância	1,364	2,64	-1,212	0,229	79
	46	2,02	Iguald. Variância			-1,246	0,006	78,576
Sinto-me descansado	35	3,26	Iguald. Variância	0,514	0,47	1,47	0,145	79
	46	2,93	Iguald. Variância			1,496	0,146	73,142
Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	35	3,26	Iguald. Variância	0,239	0,627	2,154	0,034	79
	46	2,67	Iguald. Variância			2,121	0,38	68,565
Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo desenvolver	35	1,46	Iguald. Variância	1,716	0,246	-1,716	0,9	79
	46	1,78	Iguald. Variância			-1,747	0,85	77,421
Preocupo-me demais com as coisas sem importância	35	1,8	Iguald. Variância	2,095	0,152	-2,08	0,041	79
	46	2,2	Iguald. Variância			-2,121	0,038	76,705
Sou feliz	35	3,11	Iguald. Variância	1,134	0,29	-0,92	0,361	79
	46	2,91	Iguald. Variância			-0,902	0,37	67,544
Deixo-me afetar muito pelas coisas	35	1,89	Iguald. Variância	4,857	0,03	-744	0,459	79
	46	2,02	Iguald. Variância			-783	436	67,544
Não tenho confiança em mim mesmo	35	1,66	Iguald. Variância	3,004	0,087	-2,248	0,015	79
	46	2,13	Iguald. Variância			-2,595	0,011	78,729
Sinto-me seguro	35	2,86	Iguald. Variância	0,315	0,576	0,43	0,668	79
	46	2,76	Iguald. Variância			0,429	0,669	78,729
Evito ter que enfrentar crises ou problemas	35	1,91	Iguald. Variância	0,021	0,886	-0,726	0,448	79
	46	2,07	Iguald. Variância			0,429	0,669	73,024
Sinto-me deprimida	35	1,54	Iguald. Variância	0,013	0,911	-1,6	0,114	79
	46	1,8	Iguald. Variância			-1,615	0,11	75,631
Estou satisfeito	35	3,11	Iguald. Variância	0	0,996	1,886	0,063	79
	46	2,67	Iguald. Variância			-1,615	0,066	70,817
Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	35	1,77	Iguald. Variância	0,002	0,967	-1,494	0,139	79
	46	2,04	Iguald. Variância			-1,496	0,139	73,698
Levo meus desapontamentos tão a sério que não consigo tira-los da cabeça	35	1,91	Iguald. Variância	5,924	0,017	-1,41	0,139	79
	46	2,22	Iguald. Variância			-1,459	0,149	78,952
Sou uma pessoa estável	35	3,31	Iguald. Variância	0,119	0,731	2,095	0,039	79
	46	2,87	Iguald. Variância			2,086	0,41	72,131
Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas	35	1,69	Iguald. Variância	0,51	0,477	-2,161	0,034	79
	46	2,17	Iguald. Variância			-2,184	0,032	75,912

Tabela I - referente aos resultados dos testes de Levene e "t" Student -parte -I Fonte pesquisa

Comentários sobre a Tabela Resultante dos Testes Levene's e Student – Parte I do
Instrumento – Ansiedade-Traço

A utilização da confrontação dos resultados obtidos pelos dois grupos, mediante o Teste de "t" Student, possibilitou alguns dados consideráveis.

Como pode-se observar na tabela, a primeira questão do instrumento de pesquisa, que se refere a "Sinto-me bem", e que tem seus escores brutos entre um e quatro,

tem suas médias correspondentes no grupo sem formação de 3,26, enquanto o grupo com formação obteve média 2,93, apresentando, pois, um nível de significância igual a 0,140, portanto superior ao colocado pelo teste “t”- Student de 0,05.

Neste item aparece uma igualdade de variância, oferecido pelo teste de Levene’s, no valor de F igual a 2,456, com nível de significância igual a 0,121.

Da mesma forma, outras questões do instrumento não apresentaram diferenças significativas, enquanto, algumas merecem destaque, em função de suas diferenças que aparecem de forma significativa e, portanto, devem ser consideradas.

Esta segunda característica pode ser observada na questão três, “gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser”, onde observa-se o grupo sem formação com média de 1,89 e o grupo com formação recebendo 2,53 tendo assim um nível de significância de 0,006, colocando-se num valor menor que o esperado de 0,05. Aqui pode-se observar um igual a 0,300, com um nível de significância de 0,585, o que faz pensar que existe um fator além da simples diferença aleatória o qual deve ser considerado, devido sua interferência nos resultados.

Outra questão que chama atenção neste sentido é a décima segunda questão, ou seja, “não tenho muita confiança em mim mesmo”, onde tem-se uma média igual a 1,66 e o grupo com formação 2,13, obtendo um nível de significância de 0,015 para o grupo sem formação e 0,015 para o grupo com formação.

O teste de Levene’s, nesta questão mostra uma igualdade de variância $F=3,004$ com um nível de significância igual a 0,87.

As duas últimas questões do instrumento de pesquisa, respectivamente “sou uma pessoa estável” e “fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento”, encontram-se colocadas entre as questões que considera-se importante fazer referência.

A média obtida pelo grupo com formação, na primeira questão, foi de 3,31 enquanto que o grupo com formação obteve 2,87, implicando num nível de significância 0,39 com igualdade de variância (F) 0,119 e nível de significância de 0,032.

Na última questão a média obtida pelo grupo com formação foi de 1,69 com nível de significância correspondendo a 0,34 e uma igualdade de variância de 0,32.

Neste último item o F obtido pelo grupo sem formação foi de 0,51, aparecendo um nível de significância igual a 0,477.

Dados Estatísticos Referentes ao Teste de Levene's e, Teste "t" Student -

IDATE – Ansiedade Estado - de Ambos os Grupos.

	N	Média	Iguald. Variância	Teste Levene's		Teste "t" Student		
				F	Sig	"t"	Sig	Fd
Sinto-me calmo	35	2,31	Iguald. Variância	0	0,998	-529	0,598	79
	46	2,93	Iguald. Variância			-529	0,598	73,338
Sinto-me seguro	35	2,41	Iguald. Variância	0,688	0,409	1,45	0,151	79
	46	2,51	Iguald. Variância			1,435	0,156	70,301
Estou tenso	35	1,57	Iguald. Variância	0,02	0,889	-2,083	0,04	79
	46	1,89	Iguald. Variância			-2,138	0,036	78,444
Estou arrependido	35	1,17	Iguald. Variância	32,313	0	-2,667	0,19	79
	46	1,59	Iguald. Variância			-2,924	0,05	65,628
Sinto-me à vontade	35	2,49	Iguald. Variância	1,323	0,41	1,285	0,19	79
	46	2,22	Iguald. Variância			1,285	0,203	64,553
Sinto-me perturbado	35	1,49	Iguald. Variância	0,15	0,7	-2,861	0,005	79
	46	2	Iguald. Variância			-2,945	0,00	78,692
Estou preocupado com possíveis infortúnios	35	1,69	Iguald. Variância	0,387	0,536	-1,570	0,12	79
	46	1,98	Iguald. Variância			-1,586	0,117	65,813
Sinto-me descansado	35	2,34	Iguald. Variância	0,204	0,253	0,086	0,932	79
	46	2,33	Iguald. Variância			-0,087	0,9312	75,622
Sinto-me ansioso	35	1,83	Iguald. Variância	0,784	0,379	-2,335	0,22	79
	46	2,26	Iguald. Variância			-2,362	0,021	76,158
Sinto-me em casa	35	2,66	Iguald. Variância	0,72	0,79	1,485	0,141	79
	46	2,33	Iguald. Variância			1,484	0,142	73,027
Sinto-me confiante	35	2,43	Iguald. Variância	0,11	0,079	0,605	0,547	79
	46	2,3	Iguald. Variância			0,605	0,551	70,871
Sinto-me nervoso	35	1,83	Iguald. Variância	1,995	0,162	-0,779	0,438	79
	46	1,98	Iguald. Variância			0,803	0,425	78,746
Estou agitado	35	1,43	Iguald. Variância	8,2245	0,005	-1,925	0,043	79
	46	1,8	Iguald. Variância			-2,057	0,043	75,027
Sinto-me uma pilha de nervos	35	1,66	Iguald. Variância	0,477	0,492	-0,633	0,058	79
	46	1,78	Iguald. Variância			-0,635	0,529	74,157
Estou descontraída	35	2,51	Iguald. Variância	0,95	0,759	0,669	0,505	79
	46	2,37	Iguald. Variância			0,666	0,507	72,135
Sinto-me satisfeita	35	2,51	Iguald. Variância	0,06	0,023	-2,6	0,507	79
	46	2,57	Iguald. Variância			-0,259	0,796	72,164
Estou preocupado	35	1,5	Iguald. Variância	5,339	0,023	-2,83	0,006	79
	46	2,07	Iguald. Variância			-2,997	0,004	77,02
Sinto-me superexcitado e confuso	35	1,31	Iguald. Variância	9,985	0,002	-2,098	0,039	79
	46	1,74	Iguald. Variância			-2,219	0,029	77,265
Sinto-me alegre	35	2,63	Iguald. Variância	0,001	0,98	0,817	0,417	79
	46	2,46	Iguald. Variância			0,817	0,416	73,095
	35	2,71	Iguald. Variância	1,36	0,254	1,32	0,181	79
Sinto-me bem	46	2,41	Iguald. Variância			1,372	0,174	77,118

Tabela II - referente aos resultados dos testes de Levene e "t" Student -parte -II Fonte pesquisa

Comentários Sobre Tabela Apresentada

Os dados levantados pela parte II do instrumento, ou seja, ansiedade estado, foram igualmente submetidos à confrontação mediante o Teste "t" Student e a avaliação da variância da homogeneidade à partir do Teste de Levene's, onde foram observados dados, apresentados na tabela acima.

Dessa forma, observam-se pelos dados alguns aspectos que valem comentar, em função das médias apresentadas.

Portanto, observando-se a tabela podemos identificar as questões dezessete e dezoito, que aparecem com média igual a 1,54 e 1,31, respectivamente, isso no grupo de formação, equivalendo assim a um nível de significância de 0,23 e 0,002. Já as questões 3,4,5, aparecem com média de 1,57, 1,17 e 1,49 com um nível de significância correspondente a 0,040, 0,004 e 0,029 para o grupo com formação.

Além disso, podemos observar os itens nove e treze, onde temos uma média igual a 0,22 para a questão no nove no grupo com formação e para a questão treze, uma média de 0,43 com um significado de variância de 0,22 para a questão nove, correspondente ao grupo sem formação e, na treze uma média de 1,80 com nível de significância igual a 0,043.

Mais uma vez podemos concluir a favor da interferência de outros fatores nas resposta que levam além da simples diferença aleatória previstas nos testes estatísticos.

Análise das Média Obtidas Pelos Grupos nos Itens Referentes as Questões Sinto-me Calmo e Sinto-me Bem

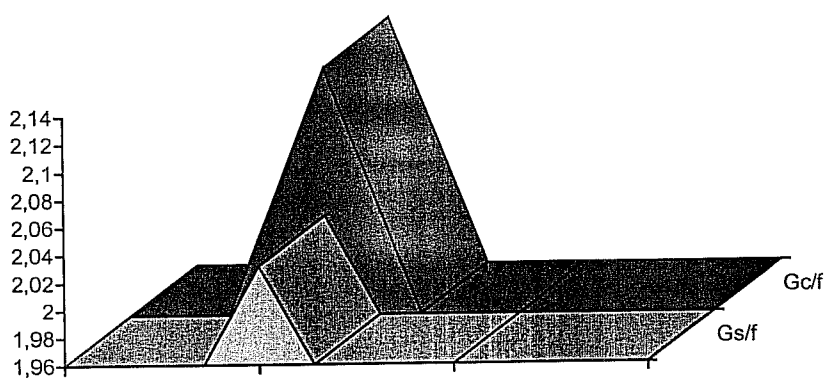
Sinto-me Calmo

Avaliando separadamente as questões propostas pelo IDATE observamos aspectos interessantes como por exemplo a referência sinto-me calmo, apresenta uma diferença significativa entre as médias obtidos pelos dois grupos. Assim podemos ver Gs/f. que obteve média 2,0314 e, o Gc/f, 2,1380.

Grupos	Média
Grupo sem formação	2,0314
Grupo com formação	2,1380

Médias obtidos pelos Gs/f X Gc/f no item sinto-me calmo Fonte: pesou

Gráfico 23, referente à comparação das médias dos grupos relativas à questão sinto-me calmo.



Sinto-me Bem

A mesma situação se repete com a questão do IDATE, sinto-me bem, onde a média do Gs/f difere do Gc/f. O primeiro apresenta média igual à 2,2014, enquanto o segundo obteve 2,2728.

Ansiedade traço	Média
Gs/f	2,2014
Gc/f	2,2728

Médias obtidas pelo Gs/f X Gc/f no item sinto-me bem Fonte: pesquisa

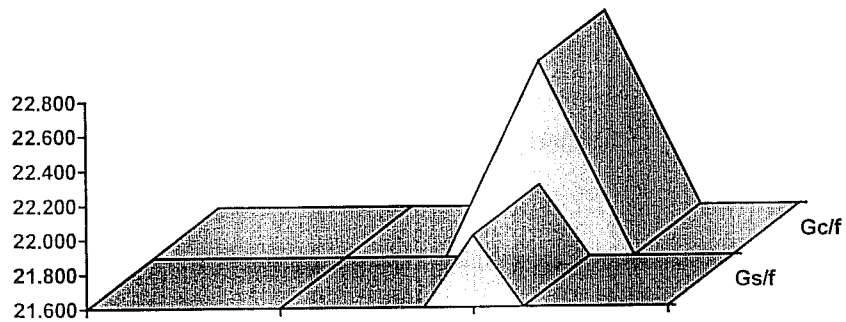


Gráfico 24- referente à comparação das média obtidas pelos grupos em relação ao item, sinto-me bem

Descrição das Médias Obtidos Pelos Grupos no Somatório Geral dos Dados

O que pode ser observado a partir do cálculo das média do somatório total dos dados levantados através do IDATE, é que se sobressai é a ansiedade-estado se sobressai, sendo esta um pouco mais elevada no grupo com formação (Gc/f), onde esta se sobressai, elevando provavelmente a ansiedade traço, que também é superior no Gc/f, visto.

		Ansiedade-estado	Ansiedade - traço
	N	X1	X2
Grupo s/formação	35	40,03	42,63
Grupo c/formação	46	42,76	45,46

Médias de ansiedade traço-estado Fonte Pesquisa

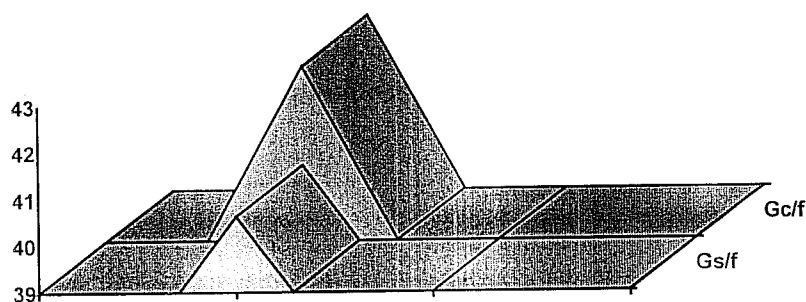


Gráfico referente a ansiedade estado nos dois grupos

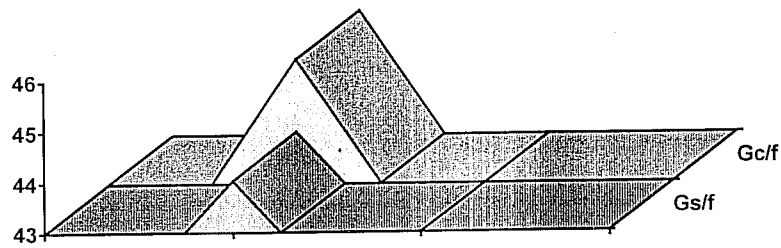


Gráfico referente a ansiedade traço, em ambos os grupos

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados para as confirmações das hipóteses, foram fornecidos pelo Inventário de ansiedade traço (IDATE) de Spielberger e avaliados estatisticamente, a partir do que foi constatado o seguinte:

As hipóteses aceitas foram

H0: Ansiedade-traço e ansiedade estado variam, concomitantemente, em profissionais que exercem a função de auxiliar e atendente de enfermagem.

H2: As médias dos escores de ansiedade estado, tendem a diminuir em relação à ansiedade traço em funcionários que têm formação acadêmica específica na área de enfermagem e, portanto, contratados para este fim, exercendo efetivamente a função na instituição.

Hipótese rejeitada:

As médias dos escores de ansiedade estado tendem a diminuir em relação à ansiedade traço nos funcionários que não tem formação acadêmica específica na área de enfermagem, e que foram contratados para diversas funções e atualmente exercem a função de auxiliar e atendente de enfermagem na instituição.

Desta forma, pode-se pensar no sentido de que formação acadêmica e ansiedade estejam ligados, como afirma Scharmarczek (1988) num estudo relacionado a questão da ansiedade, relacionando-a com o desempenho acadêmico de alunos da área de enfermagem. Para a autora, a ansiedade permeia todo o processo de construção da aprendizagem, que se refere à prática do trabalhador em enfermagem, uma vez que este se defronta, a certa altura de sua formação, com situações muito peculiares, à medida que começa a participar da dinâmica das instituições através de estágios e num momento em que também começa a relacionar sua teoria com a prática.

Para a autora, alguns fatores parecem incidir de forma peculiar sobre a formação profissional na área de enfermagem, e provavelmente também, continuarão influenciando na vida profissional, determinando um maior ou menor grau de ansiedade. Tais fatores estão diretamente ligados à própria expansão do papel profissional determinado pelos planos de saúde e a dependência da profissão a estes planos, o contato permanente dos profissionais de enfermagem com situações irreversíveis, como a morte, entre outros que lhe impõe limites a sua atuação, enfermidades que levam a alterações diversas, tanto de origem biológica como sócio-político-cultural e espiritual.

O que se observa nos dados levantados através da pesquisa é que o nível de ansiedade, tanto como traço quanto como estado, aumentam naqueles profissionais que têm formação acadêmica voltada para a área de enfermagem, (45,3 para ansiedade traço e 42,76 para ansiedade estado), enquanto que aqueles que apenas receberam treinamento prático, obtiveram médias para ansiedade traço, 44,3 para ansiedade traço) e, (42,76 para ansiedade estado).

Portanto, acredita-se que realmente a formação contribua de alguma forma para o aumento da ansiedade, já que a partir daí cria-se toda uma expectativa em relação ao

desenvolvimento do trabalho, que nem sempre é passível de ser satisfeita, pois entra em jogo não só o desempenho do profissional, mas outras variáveis externas, que lhe fogem do controle pessoal do profissional.

Nota-se isso à medida que avalia-se item por item do instrumento utilizado, onde percebe-se algumas questões bastante significativas. Uma, que chama atenção, refere-se ao item “sinto-me calmo”, da escala de ansiedade estado. Nesse item as médias obtidas pelo dois grupos diferem consideravelmente. O que se esperava nesse item, é que a média obtida pelo grupo com formação (Gc/f) deveria ser mais baixa, uma vez que seus componentes possuem toda uma formação específica para esta área de trabalho, ou seja, formação técnica na área de enfermagem. São, portanto, mais preparados para exercer seu trabalho que os componentes do grupo sem formação.

No entanto, não é isso que acontece. O que aparece é justamente o inverso. A média obtida pelo grupo sem formação (Gs/f), onde seus participantes possuem apenas treinamento técnico (tem apenas a prática), sem grande suporte teórico, pois, em seu curso acadêmico têm apenas o curso fundamental, a média apresentada é de 2,1950, enquanto que, no grupo com formação é de 2,1350.

Fato esse que se repete na questão “sinto-me bem”, da escala de ansiedade traço, onde se observa o mesmo quadro. A média obtida pelo grupo com formação (Gc/f) se eleva em relação a média obtida pelo grupo sem formação (Gs/f). Portanto o suporte teórico, ao contrário do que se pode pensar, pensávamos, não influencia na questão do bem estar.

A partir disso, pode-se pensar que nem sempre o trabalho ocorre de forma tranqüila e criativa. É influenciado, ora por conteúdos pessoais, ora por aspectos da instituição, ou por ambos, que se juntam elevando a ansiedade.

Dessa forma, buscando entender os resultados, faz-se referência a Battarello (1998), que alerta sobre a ansiedade nas instituições. Nesse sentido, considera que “*a partir dos saberes sobre o indivíduo e sobre a sociedade, poderemos afirmar que a máxima que vale para o indivíduo, vale também para as instituições*”. Afirma que “*nenhuma delas está acima das grandeza e misérias da sociedade*” (p.278).

Seguindo nessa linha, Guirado (1987) cita Bleger, que aponta uma forma singular de entendimento das instituições. Para isso, parte do conceito da “*personalidade estruturada pela dinâmica entre o ego sincrético e outro organizado*”. Vê, a “*existência de uma comunicação grupal, derivada desta estruturação para, então supor uma intrincável indissociabilidade entre o sujeito e a instituição*” (p.15)

Estes termos remetem às características da Instituição em estudo (HPSP), um Hospital Psiquiátrico, construído no século passado, onde se percebe resquícios do funcionamento arcaico do passado. Por mais que se busque inovar, os resíduos de como se lidava com a loucura, ainda permanecem.

Bleger, citado por Guirado (1989), traz em seu entendimento sobre as instituições, a existência de uma posição anterior a posição esquizo-paranóide, citado por Melanie Klein. Chama essa posição de “*glicrocártica*”, a qual se define segundo o autor, “*pela vivência da ansiedade catastrófica, pelas suas defesas de cisão e projeção maciça e pela relação com um objeto aglutinado, viscoso*” (p.16)

Parte, assim, da idéia da formação de um vínculo indiferenciado que se estabelece no nascimento, ao qual chama de simbiótico ou sincrético, e cuja transformação fica ao encargo do desenvolvimento, transformando-o numa relação cada vez mais indiferenciada, que permita a construção de uma identidade, possibilitando, assim, em certa medida, a distinção do sujeito dos demais.

Essa transformação vincula, segundo Bleger (1984), deixa resíduos, os quais chama de “Núcleo Aglutinado”, e cuja permanência vai determinar, em algum nível ou graus de sincretismo, determinando ambigüidade nas relações.

Considera, portanto, a formação do vínculo sincrético, simbiótico, no qual não há diferenciação entre o eu e o outro.

Dessa forma, Bleger (1984) apresenta uma maneira particular de “organização sincrética”, que dilui os limites do pessoal, a identidade, e que significa a utilização de modelos estereotipados e rígidos de relação, que interfere na comunicação por interação e uma produção organizada do grupo.

Está-se, assim, diante de uma dinâmica grupal que nos permite compreender a identidade do sujeito em relação à instituição. Esta, segundo Bleger, pode ser entendida em dois níveis: *“de um lado, a relação é a condição para um trabalho em comum pautado em normas e regras; do outro, o vínculo é expresso em direção à busca da anulação dos limites e diferenças entre os participantes e as tarefas”* (Guirado, 1987, p. 20).

Reportando-nos à instituição em estudo (HPSP), identificada por características que lhe são peculiares, cristalizadas ao longo de sua história, que interferem no modo de interação e na formação do vínculo das pessoas que fazem parte dela.

Diante disso, pode-se pensar numa sociabilidade sincrética (Bleger), onde a clivagem se intensifica no resguardo dos aspectos organizados e passa a imobilização e ao depósito maciço dos aspectos simbióticos ou psicóticos do grupo. Vê-se assim, no sincretismo a semelhança de todos diante da norma. Não há, portanto, uma indistinção entre os componentes na relação com a norma que os vincula. Na instituição em questão, a experiência de trabalho mostrou esse aspecto claramente. Muitas vezes,

paciente e funcionário podem ser confundido, tanto pela linguagem, como também em outros trejeitos observados.

Bleger, citado por Guirado (1987) vê aqui uma ligação profunda pré-verbal, onde nem sequer é necessária a palavra, muito pelo contrário, considera que a palavra aí perturba, e é a essa vinculação que atribui a ansiedade de um dos seus participantes.

Dessa forma, pensando mais uma vez na instituição (HPSP), pode-se identificar nela vinculações sincréticas, como citado por Bleger, funcionando a partir de aspectos extremamente estereotipados, rígidos e burocratizados, sem espaço para a criatividade, mas sim com o máximo de exigência de fidelidade e compromisso por parte dos seus componentes, buscando dessa maneira, sua perpetuação como instituição.

Assim, nesses aspectos vê-se uma instituição extremamente empobrecida, tanto em termos financeiros, como também em termos de relações interpessoais. O espaço para a inovação e a criatividade se perde. O que se espera de sua produção “a saúde”, se esvai num emaranhado de conflitos pessoais e institucionais sem solução.

Parece exagero afirmar, mas pela própria característica dos pacientes que atende (pacientes psiquiátricos), pela sua dificuldade na conservação do espaço físico, devido sua condição de ser gerida pelo que lhe impõe uma condição financeira precária e falta de autonomia, pode-se pensar que o que resta para seus funcionários é o “trabalho para a morte”, já que a maioria dos pacientes são pessoas idosas que perderam seus familiares, portanto moradores da instituição com sérias seqüelas. No meio disso, a área hospitalar que recebe os pacientes moradores na comunidade para tratamento, quando os devolve ao seu local de origem, o faz apenas na condição alta melhorada, pela própria condição da doença.

Há, assim, um constante ir e vir desses pacientes, devido a reagudização dos quadros apresentados, o que também corrobora para o sentimento de impotência dos funcionários.

Neste emaranhado de situações, a função do auxiliar e o atendente de enfermagem se perde. Talvez, aqui podemos entender um pouco a questão da ansiedade pouco mais elevada e, o reduzido sentimento de bem estar, no grupo com formação. Com toda a formação acadêmica, para executar um trabalho mais elaborado, se vê envolvido, por uma séria de situações que lhe limitam a execução de um trabalho com qualidade. O sentido de ajuda, que está implícita na formação do enfermeiro não se confirma. Desta forma, conforme Bleger, *“a instituição sofre do mesmo mal que procura erradicar, atingindo inclusive seus funcionários”* (Guirado, 1987, p. 19).

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

De forma geral, os resultados apurados a partir de uma população de auxiliares e atendente de enfermagem, num Hospital Psiquiátrico, permitem concluir que o nível de escolaridade não está diretamente relacionado com o aumento da ansiedade, como previa a hipótese.

O que se pode observar, na realidade, é que o fator ansiedade aumenta naqueles funcionários que têm formação acadêmica específica, voltada para a área da enfermagem. No entanto, o que se esperava era o contrário.

Na análise em separado de cada item, pode-se observar que os funcionários sem formação específica parecem levar o trabalho de forma mais “leve”, talvez sem tanta expectativa nos resultados.

As características da política institucional contribuí de forma significativa no desenvolvimento da ansiedade.

Esta afirmação encontra subsídios nos trabalhos de alguns autores estudados, em especial Schamarcek (1988) e Guirado (1987), possibilitando concluir que :

- existe um fator que predispõe à ansiedade que caracteriza as diferenças na capacidade de lidar com situações ameaçadoras e responder a elas com ansiedade;
- a ansiedade está bem mais presente nos auxiliares de enfermagem com formação específica nesta área;
- as questões da ansiedade permeiam as funções da enfermagem desde o processo ensino aprendizagem;

- o processo de ansiedade na população estudada está muito ligada a características da população que atendem, bem como às políticas da instituição onde trabalham.

Contribui ainda nesse processo gerador de ansiedade, as limitações que os profissionais encontram para a realização da tarefa, ou seja, o atendimento ao paciente, que se resume no atendimento e na busca de soluções para clientela, tarefa implícita na bagagem do conhecimento do enfermeiro e cujas limitações impostas pela característica dos pacientes (pacientes crônicos) e problemas da instituição, nem sempre é possível de colocar na prática.

Colaboram também para a presença da ansiedade, as alterações que o próprio profissional vive, seu corpo, em seu ser e no que essas alterações determinam.

Outro fator que incide sobre a profissão do enfermeiro, que atua como determinante do grau de ansiedade, são as políticas da instituição, que imprimem características peculiares na dinâmica do relacionamento.

Assim, a partir dos dados levantados, reconhece-se a limitação deste estudo e salienta-se a necessidade de se efetuar novos estudos, buscando a compreensão, mais a fundo, da psicodinâmica do indivíduo em si, identificando aquelas que se chocam com as características da instituição, mobilizando ansiedade.

O dado, ligado ao desgaste emocional, a que as pessoas são submetidas nas relações do trabalho e norteadas pelo espaço físico, é um fator importante na determinação de transtornos relacionados ao "stress". Deve, portanto, ser melhor investigado, num estudo valorizando igualmente aqueles aspectos ligados a Ergonomia, ou seja, conforto humano no trabalho, considerando, neste sentido, características como conforto térmico e acústico, nas horas trabalhadas ininterruptamente, a exigência física, postural ou sensoperceptivos, além de outros elementos associados ao desempenho

profissional. Estes dados, possivelmente num primeiro momento, poderiam ser o foco posterior de um trabalho preventivo.

Outro dado importante é a chamada Síndrome de Burnout, descrita por Ballone (2000^a) como uma das conseqüências mais marcantes do “stress” profissional, caracterizando-se por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade com relação a quase tudo e todos, e que deve ser outro objeto de estudo. Deve-se, nesse sentido, centrar nos fatores de autonomia do desempenho profissional, problemas de relacionamento com as , problemas de relacionamento com os colegas ou clientes, conflito entre trabalho e família, sentimento de desqualificação e falta de cooperação da equipe.

Dessa forma, reconhece-se a questão da vinculação estabelecida, tanto entre funcionários e pacientes, quanto com funcionários e instituição, pois ambos possuem uma característica de funcionamento importante na qualidade de vida e do trabalho e, portanto, devem ser alvo de um trabalho preventivo.

Outra questão, a ser melhor explorada é a situação sócio cultural, que tem a sua parcela no estabelecimento do “stress” e na ansiedade.

Além disso, não podem ser esquecidos os aspectos pessoais, que colabora de forma significativa na identificação do indivíduo com os demais.

Outra questão que este estudo não privilegiou, e que pode ser de suma importância numa investigação mais aprofundada, é rever a variável da ansiedade relacionada ao sexo e às diferentes faixa etárias.

Por fim, com relação ao instrumento utilizado, apesar de ser um instrumento que tem sua validade comprovada, nesse estudo ele se mostrou limitado, talvez devendo ser melhor utilizado juntamente com outra escala que pudesse avaliar aspectos de saúde mental ou, ainda, algum instrumento voltado para a avaliação da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anastasi, A ; Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas_7^a ed.
- Albert, E.; & Chneiweiss, L. (1991). *A ansiedade nossa de cada dia* Rio de Janeiro: Revan Ed.
- Akinson L. R. & Atkinson, R.C. & Atkintonson, E.E.S.e Bem, J. D. (1995). *Introdução à psicologia*. Porto Alegre:Artes Médicas
- Alonso Fernandes F. (1970). Fundamentos de la Psiquiatria Actual. Pazontalvo, Madrid
in Peluso, P. T. E. de; Blay L. S. (1994). Ansiedade: histórico e conceitos. *Revista ABP -APAL* 16 (2): 69-74.
- Aron, E. & Aron, A (1987). The influênce of innes state on self-reported long-term hapiness. *Journal of Humanistic Psychology*,27:248-270
- Assessoria de Comunicação Social (1982) *Memórias de um Velho Hospício*. Porto Alegre: Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul.
- Associação de Psiquiatria Americana (1995). *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais* – DSM-IV. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ballone, Gilberto José (2000^a). Ansiedade, Estresse e esgotamento. *PsiquWeb-sites.uol.com.br/gballone/ansiedade.html*.
- _____ (2000b). Estresse em geral e no trabalho. PsiWeb- sites.
uol.com.br/gballone/estresse.html.

(2000c) Os 10 sintomas mais comuns em psiquiatria, insegurança, tristeza, timidez medo, depressão, ansiedade. *Psiqu Web – sites.uol.com.br/gballone/10mais.html*.

Baier, A (1997). Causas do Baixo Rendimento em matemática do aluno que ingressa na Universidade no RGS – *Universidade de Pontífice de Salamanca – Faculdade de Educação*.

Bastos, C., L. (1997). *Manual do Exame Psíquico: Uma Introdução Prática à Psicopatologia*. Rio de Janeiro: Revinter.

Battarello, V. S. (1998). *Perspectivas Psicodinâmicas em Psiquiatria*. São Paulo: Lemos Editoria.

Biaggio, A.M. B. (1984). *Pesquisas de desenvolvimento da personalidade*. Porto Alegre: Ed. Da Universidade, UFRGS.

Bleger, J. (1984) *Psico-higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas

Bock, A, M, B.; Furtado, O .; Teixeira, M. de L. (1993). *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. São Paulo: Ed. Saraiva, (1999)

Botega, N. J, & Dalgarrando, D. (1997). *Saúde Mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico*. São Paulo: Ed. Hucitec.

Boulenger, J. P. & Lavallé, J.J (1993). Mixed anxiety and depression: diagnostic issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54,1 (supl.) 3-8.

- Brown, T. A & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 60 (6), 835-84
- Cabral, A. & Nick, E. (1998) *Dicionário técnico de Psicologia*. São Paulo: Ed. Cultrix Ltda, 10^a ed. Revisada.
- Cohen f. & Lazarus (1979) Coping with the stress of illness, In Reis J. (1993). Construção e modificação de significações ansiogênicas em processos de saúde doença. *Análise Psicológica* 4 (XI): 575-589.
- Damasio, António, R (1996). *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras.
- _____ (2000). *O Mistério da consciência*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Dejours, Christophe (1983). *A loucura do trabalho*. São Paulo: Ed. Cortes 3^a ed.
- _____ (1988) . *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dittmar, Wulf, Hermann (1998). “Esquizofrenia e ansiedade: um estudo clínico sobre a ansiedade em pacientes esquizofrênicos”. [www.
Geocities.com/?source=watermark&browser=MSIE](http://www.Geocities.com/?source=watermark&browser=MSIE)
- Ey, H.; Bernard, B.; Brissit C. (1981). *Manual de Psiquiatria* . São Paulo: Masson.
- Figueiredo, Eurico (1993). *Angústia Ecologia e Futuro*. Lisboa: Gradiva.
- Ferreira, Aurélio B, de H. (1986). *Novo dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira. Ed. Ampliada.

- Freud, Sigmund (1926) *Inibição e sintomas*. Pequena coleção das obras de Freud. Rio de Janeiro: Imago Ed. (1969)
- _____ (1972). *Obras completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Imago, v. VII.
- Fonseca da, F. A (1997) *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Calouste Gulbenkian. 2^a ed.
- Furtado, F. J. F. (1992) Coeficiente de fidedignidade e análise de itens. *Tese de Mestrado*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Gabbard, Glen. O. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica*_Porto Alegre: Artes Médicas
- Gentil, Valentil, (1999), Ansiedade e Transtornos Ansiosos. Em Lotufo- Neto, F. e Gentil (org.) (1999). *Pânico, Fobias e Obsessões*. São Paulo: Ed. Da Universidade de São Paulo.
- Guirado, M. (1987). *Psicologia Institucional*. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária.
- Hetem L. A & Graeff, f. (1997). *Ansiedade e Transtornos de ansiedade*. Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional.
- Holmes, Davis S. (1997) *Psicologia dos Transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hofling, C.K. (1985) *Conceitos básicos em enfermagem Psiquiátrica*. México: Interamericana.

- Ionescu, Serba. (1997). *Quatorze Abordagens de Psicopatologia*. Porto Alegre: Artes Médicas. 2ª Ed.
- Jaspers, K. (). *Psicopatologia Geral: Psicologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenologia*. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Atheneu. 9ª ed. V. 02.
- Kaplan H. I.; Sadock, B.J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kendall, P.C. & Clarkin, J. F. (1992). Introduction to special section: comorbidity and treatment implications. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 60, 6, 833-834.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and Health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1 (42): 168-177
- Laks, Jerson; Rozenthal, Marcia; Engelhardt, Elias (1996). Neuropsicologia das emoções *Revista Brasileira de Neurologia*. 32 (5): 177-181.
- Laderman, C. (1987). The ambiguity of symbols in the structure of healing. *Social science and medicine* 24: 293-301.
- Laplanche, j. (1988). *Teoria da sedução generalizada*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Le Gall, André (1976). *A ansiedade e a angústia*. Lisboa: Ed. Estampa, LTDA. 1978.
- LeDoux, Joseph (1998). *O cérebro emocional: os mistérios alicerces da vida emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva 3ª ed.
- Mira y López (1957). *Quatro gigantes da alma: medo, a ira, o amor, o dever*. Rio de Janeiro: Edit. José Olympio. 5ª ed.

- _____ (1974). *Psicologia Geral*. São Paulo: Edições Melhoramentos 6^a ed.
- May, R. (1977). *O significado da ansiedade, : as causas da integração e desintegração da personalidade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.
- Mary, Jair de Jesus & Jorge, Miguel Roberto (1998). Transtornos Psiquiátricos na Clínica Geral. *priory.com/psych/tppqcm.htm Part of The International Journal of Psychiatry – 1359 7620*.
- Melo, Nobre A, de (1979). *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- McConnel, James V. (1978). *Psicologia*. Rio de Janeiro: Ed. Interamericana Ltda.
- Miranda, Sá-Jr., L.S (1979). *Manual de Propedêutica e de Psicopatologia Básica*. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Ateneu.
- Nardi, A ; Mendlowicz, M.; Figueira I.; Comissão, C.; Andrade, Y.; Marques, C.; Kinrys, g.; Coscarelli, P.; Versiane (1996). Transtornos de ansiedade generalizada- questões teóricas e diagnósticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 45 (3): 173-178.
- Organização Mundial de Saúde (1993) *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento – CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paim, Isais. (1993). *Curso de Psicopatologia*. São Paulo: EPU.
- Peluso, P. T.; Erica de Blay, L. S. (1994). Ansiedade: histórico dos conceitos. *Revista ABP-APAL* 16 (2): 69-74.
- Peregrino A. (1996). Ansiedade Normal e patológica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 45 (3): 129-178.

- Pereira, Costa Eduardo Mário (1997). *Pânico: Contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Pichot, P. (1985). Ansiedade fenomenologia e Psicometria. In: *Tratamento Atual da ansiedade*. Edição da Hoechst AG, República Federal da Alemanha, v.2.
- Pio-Abreu, J. L. (1997) *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Portugal.
- Poper, K. R. (1989) *Em busca de um mundo melhor*. Barcelona: Fragmentos.
- Roche Consumer Health (2000a). – Distúrbios mentais. O stress afeta o equilíbrio dos transmissores neuroquímicos do cérebro – www.roche.com.br/rch/berocal/sintomas-09htm.
- _____ (2000b) Stress passado e presente. www.roche.com.br/rch/berrocal/sinais04htm.
- _____ (2000c). Lombargias e cefaléias. A tensão física e psicológica tem papel primário nas causa. www.roche.com.br/rch/berrocal/sintomas-12htm.
- Reis J. (1993). Construção e modificação de significações ansiogênicas em Processos de saúde e doença. *Análise Psicológica* 4 (XI): 575-589.
- Sabbatini, R. M. E (2000). *Mente e doença*. www.nib.unicamp.br/uvol/9676.html.
- Sadala, Maria Lúcia Araújo (1994). Estudo da ansiedade como variável no relacionamento aluno-paciente. *Revista Latino Americana de enfermagem*: 2 (2): 6 21-35.

- Scharfetter, Cristian (1996). *Introdução à psicopatologia Geral*. Lisboa: Climespsi Editora, 1999. 1ª reimpressão Portuguesa.
- Schmarczer, Marilene (1988). A situação ensino-aprendizagem como fator de ansiedade em alunos da enfermagem. Porto Alegre: *Escola de enfermagem –Universidade federal do Rio Grande do Sul*.
- Silva, M. A . D. da (1994). *Quem Ama não adocece: o papel das emoções na prevenção e na cura das doenças*. São Paulo: Ed. Best Seller 11ª ed;
- Silvério, J.; McIntyre, E. S; & McIntyre, M. T (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros *Análise Psicológica*. Lisboa: 3 (XVII); 513 –527.
- Sontag (1991) Illness as metaphor. AIDS and its metaphors, In Reis J. (1993). Construção e Modificação de significações ansiogénicas em processos de saúde e doença. *Análise Psicológica* 4 (XI): 575-589.
- Souza, M do R, S . (2000) Afetividade. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo: Núcleo de Informática Biomédica – www.nib.unicamp.br/svol/corr9676.htm.
- _____ (2000) Auto Estima. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo: Núcleo de Informática Biomédica – www.nib.unicamp.br/svol/corr9676.htm.
- Spielber c. D. (1981) *Tensão e ansiedade*. São Paulo: Harpe, & Rowdo Brasil.
- Spielberg C. D; Gorduch R. L & Lushene, R. E. (1979). *Inventário de ansiedade traço-estado* (IDATE). Manual. Rio de Janeiro: CEPA.
- Stahl, S. M. (1993). Mixed anxiety and depression: clinical implications. *Journal of clinical Psychiatry*, 54, 1 (supl.), 33-37.

Thums, J, (1999). *Educação dos sentimentos*. Porto Alegre: Ed. Sulina.

Wolff, Werner (1987). *Introducción a la Psicopatología*. México: Fondo de cultura Económica.

Zillig, C. (1998). *Dose o Stress e Tempere a vida*. Blumenau: Editora Eko.

ANEXOS

Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Nome completo do participante –em letra de forma; idade e sexo).

O abaixo assinado e identificado, declara ter recebido uma explicação completa e clara sobre a pesquisa acima mencionada a que se submete de livre e espontânea vontade, reconhecendo que:

1º Foram explicados as justificativas e os objetivos desta pesquisa, que propõem avaliar alguns aspectos do meu jeito de ser.

2º Foram explicados os procedimentos que serão utilizados, (Inventário de ansiedade traço –IDATE), o qual eu devo responder, e a partir do qual serão avaliadas algumas características da minha personalidade. Além disso, sei que devo preencher ainda, uma ficha sócio-demográfica, onde vão constar alguns dados pessoais, meus.

Entendi, portanto, que se eu participar desde estudo terei que responder aos instrumentos apresentados.

3º Foi-me dada a garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos e outros assuntos relacionados com a pesquisa e meu trabalho.

4º Foi dado a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo ao meu trabalho.

5º Foi me garantido que a minha participação no estudo não está vinculado à Instituição, e que nem seus dados serão utilizados pela mesma.

6º Foi me dado a garantia de não ser identificado e de ser mantido o caráter confidencial de informação em relação à minha privacidade.

Assim, assino o presente documento, em duas vias de igual teor, ficando uma em minha posse.

A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização ao pesquisadores do estudo, utilizarem os dados obtidos para a elaboração de artigos, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando a minha privacidade.

Assinatura do participante.....

Assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa.....

Nome do pesquisador.....

Declaro que este formulário foi lido para

Nome do participante

Em ___/___/___ pelo _____ responsável pela coleta de dados.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

Porto Alegre _____ de _____ de

Anexo I**Carta de esclarecimento**

Prezado colega

Este documento tem por objetivo informar aos colegas, que está sendo realizado pela Psicóloga Kléria Isolde Hirschfeld um trabalho de pesquisa ligado a um objetivo acadêmico, ou seja, a obtenção do título de mestre.

A pesquisa visa estudar as características de ansiedade relacionadas a atividades laborativas, ou seja, especialmente aquelas ligadas às funções de auxiliar e atendente de enfermagem.

Para tanto, solicitamos gentilmente a sua colaboração, que é de maior relevância, no sentido de responder a um questionário específico para este fim.

Você poderá obter maiores informações sobre o projeto e como participar do mesmo no ramal 226, ou pessoalmente com as recepcionista do ambulatório desse Hospital, ou ainda com a psicóloga responsável pelo projeto, através de agendamento prévio de horário no mesmo setor.

Cabe ressaltar ainda, que a utilização dados levantados é sigiloso e exclusivamente para fins de pesquisa científica, objetivando um aprofundamento no conhecimento do assunto em questão.

Atenciosamente

Kléria Isolde Hirschfeld- Pesquisadora

Anexo III

Termo de consentimento, da Direção Geral e Direção de Ensino e Pesquisa, autorizando a participação dos funcionários na pesquisa

.....
 Nome da pesquisa

.....
 Nome do participante

Eu, Diretor Geral do Hospital Psiquiátrico São Pedro, tenho conhecimento da presente pesquisa, bem como sobre os instrumentos nela utilizados, reconhecendo seus objetivos e a metodologia utilizada. Desta forma, autorizo a participação dos funcionários que exercem a função de auxiliar e atendente de enfermagem, esclarecendo que sua participação é voluntária, ficando a critério do próprio funcionário, sendo que sua recusa não implicará em restrição alguma por parte da instituição, bem como seus resultados ficarão apenas em poder da pesquisadora, que os utilizará apenas para fins de pesquisa.

.....
 Dir. de Ensino e Pesquisa
 do HPSP

.....
 Diretor geral do Hospital
 Psiquiátrico São Pedro

Porto Alegre,de.....2000

Anexo V

FICHA SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Finalmente, faz-se necessário o fornecimento de alguns dados sobre a sua situação de vida. Circunde a resposta que corresponde a sua situação ou escreva a sua informação

1) **Idade**

- a) 28 – 38 anos
- b) 38 – 48 anos
- c) 48 – 58 anos

2) **Sexo**

- a) Masculino
- b) Feminino

3) **Local de origem**

- a) Porto Alegre
- b) Interior do estado

4) **Religião**

- a) Católica
- b) Luterana
- c) Espírita
- d) Evangélica

5) **Estado Civil**

- a) Solteiro
- b) Casado
- c) Divorciado
- d) Separado
- e) Vivendo com

6) Tempo de lazer (férias)

- a) Viajou para outro país
 - i) Sim
 - ii) Não
- b) Viajou para outra cidade e estado do País
 - i) Sim
 - ii) Não

7) Com quem vive (a maior parte do tempo)

- a) Só
- b) Com os pais
- c) Com outros familiares
- d) Com companheiro

8) Qual sua situação financeira

- a) Além do salário faz trabalhos que lhe rendem dinheiro
- b) Recebe ajuda de alguém para complementar sua renda
- c) Não recebe ajuda para fazer face às despesas próprias

9) Grau de instrução

- a) Curso técnico ou profissional (curso de nível médio)
- b) Ensino secundário (não profissionalizante)
- c) Curso fundamental completo
- d) Curso fundamental incompleto

10) Tempo de serviço na função de atendente de enfermagem

- a) 5 – 10 anos
- b) 6 – 11 anos
- c) 12 – 20 anos

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

(IDATE)

(PARTE I e II)

Nome _____

Idade ___ a ___ m Data do nascimento ___ / ___ / ___

Naturalidade _____ Est. Civil _____ Sexo _____

Nível de Instrução _____

Profissão _____

Ocupação atual _____

Nº _____

Data da Prova _____

Apurador _____

Examinador _____

INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes há dois Questionários para você responder.

Trata-se de algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais.

Não há respostas certas ou erradas.

Leia com toda atenção cada uma das perguntas da Parte I e assinale com um círculo um dos números (1, 2, 3 ou 4), à direita de cada pergunta, de acordo com a Instrução do alto da página.

Quando terminar, passe para a Parte II e proceda do mesmo modo, depois de ler o seu cabeçalho.

NÃO VIRE A PÁGINA ANTES DE RECEBER ORDEM
TRABALHE RÁPIDO PORÉM SEM PRECIPITAÇÕES.

(42.01) Direitos reservados –reprodução proibida
End. Telegráfico: EDICEPA
Caixa Postal 15131

CEPA – CENTRO EDITOR DE PSICOLOGIA
APLICADA LTDA. Rua Senador Dantas, 118
9º andar – 20031- Rio de Janeiro – RJ Brasil
Tels.: (021)220-6545-2205545 Fax:(021)262-2717

PARTE I

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO

Muitíssimo	4	Um pouco	2
Bastante	3	Absolutamente não	1

1. Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (a).....	1	2	3	4
3. Estou tenso (a)	1	2	3	4
4. Estou arrependido (a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado (a)	1	2	3	4
7. Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios.....	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso (a)	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13. Estou agitado (a)	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraído (a)	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4
17. Estou preocupado (a)	1	2	3	4
18. Sinto-me superexcitado (a) e confuso (a)	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

PARTE II

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO

Quase sempre	4	Às vezes	2
Freqüentemente	3	Quase nunca	4

1. Sinto-me bem	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente.....	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
7. Sou calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo (a)	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo (a)	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido (a)	1	2	3	4
16. Estou satisfeito (a)	1	2	3	4
17. Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4