UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado
Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Gesiane Agostinho Barbosa-Tinoco

Neuroticismo, emoções e comportamentos de risco em usuários de um ambulatório de saúde mental

UBERLÂNDIA

2009

Gesiane Agostinho Barbosa-Tinoco

Neuroticismo, emoções e comportamentos de risco em usuários de um ambulatório de saúde mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de concentração: Psicologia Aplicada

Orientadora: Profª. Drª. Renata F. Fernandes Lopes

UBERLÂNDIA

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B238n Barbosa-Tinoco, Gesiane Agostinho, 1980-
Neuroticismo, emoções e comportamentos de risco em usuários de um ambulatório de saúde mental / Gesiane Agostinho Barbosa-Tinoco. - 2009.
153 f. : il.
Orientadora: Renata F. Fernandes Lopes
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Personalidade - Teses. 2. Comportamento humano - Teses. 3. Emoções - Teses. I. Lopes, Renata F. Fernandes. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós- Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.923.2

Elaborado pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de Catalogação e Classificação

Gesiane Agostinho Barbosa-Tinoco

Neuroticismo, emoções e comportamentos de risco em usuários de um ambulatório de saúde mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Aprovada em 1º de Setembro de 2009.

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Drª. Renata Ferrarez Fernandes Lopes (Presidente)
Instituição: Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG.

Profª. Drª. Maria Cristina de Oliveira S. Miyasaki (Membro Titular)
Instituição: Faculdade de Medicina de S. José do Rio Preto - São José do Rio Preto, SP.

Prof. Dr. Ederaldo José Lopes (Membro Titular)
Instituição: Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG.

Prof. Dr. Alexandre Vianna Montagnero (Membro Suplente)
Instituição: Centro Universitário do Triângulo - Uberlândia, MG.

Para minha amada filha Júlia

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Sua infinita bondade.

Aos meus pais, Gesmar e Maria Onícia, todo meu amor e gratidão. Vocês sempre acreditaram em mim, despertando a minha coragem para seguir em frente nos estudos e enfrentar os desafios da vida.

Ao amado Daniel, que em todos os momentos me apoiou, compreendendo minha ausência. Seu companheirismo e amor foram imprescindíveis para a realização desta obra.

Às minhas irmãs, Gislainer e Gisellen, por fazerem minha vida mais alegre.

À minha querida avó Geralda, pela sabedoria e pelo exemplo de vida.

Ao meu inesquecível tio Fábio, pelas palavras de incentivo no início do sonho deste mestrado e pelo carinho com que sempre me tratou.

Às minhas amigas Alice, Carolina, Elisane, Carla e Graça que compartilharam comigo muitos momentos importantes da minha vida e cujo apoio foi essencial para a realização deste trabalho.

À amiga Janaina, parceira de Mestrado e de sonhos, obrigada pela amizade e companheirismo.

À minha orientadora, Drª Renata F. F. Lopes, pela generosidade e pelo acolhimento. Suas palavras de incentivo, seus ensinamentos e sua competência me motivaram a seguir em frente e a concretizar esta pesquisa.

Aos membros da Banca, pela disponibilidade em avaliar minha pesquisa e pelas valiosas contribuições ao meu trabalho.

Aos participantes deste trabalho que merecem todo o meu respeito e admiração e que constituem o objetivo primordial da busca de meu conhecimento.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar a relação entre estados emocionais negativos, traço de personalidade neuroticismo e intenção de engajar-se em comportamentos de risco em uma amostra de pacientes em tratamento psiquiátrico e/ou psicológico, atendidas em um ambulatório de Saúde Mental da cidade de Uberlândia-MG. Participaram da pesquisa vinte pessoas que apresentavam diferentes comportamentos de risco como tentativas de suicídio, abuso de álcool, drogas e agressividade. Os participantes apresentavam os seguintes diagnósticos: transtornos de personalidade, transtornos de humor, dependência de álcool e drogas, Transtorno Obsessivo Compulsivo e transtornos de ansiedade. Os participantes responderam a três instrumentos, sendo duas escalas (Escala Fatorial de Neuroticismo – EFN e Escala de Comportamento de Risco) e narrativas descritivas de comportamentos de risco (*scripts*). O conjunto dos instrumentos foi aplicado na própria Unidade Básica de Saúde, após aceite voluntário e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a coleta, realizou-se a análise descritiva e correlacional dos dados. Os resultados indicaram que a maioria dos participantes apresentou níveis de neuroticismo acima do padrão, especificamente nas dimensões vulnerabilidade, ansiedade e depressão avaliadas pela EFN. Vale destacar que as mulheres apresentaram escores de depressão um pouco maiores que os dos homens (M=34,19). Dentre os tipos de comportamentos de risco (saúde, social, legal/ético e financeiro), a intenção de engajar-se em comportamentos de risco social foi a mais frequente entre os participantes. Os comportamentos de risco social, risco à saúde e risco legal/ético apresentaram correlações positivas significativas com as dimensões desajustamento psicossocial e ansiedade; O comportamento de risco à saúde apresentou correlação negativa com as dimensões vulnerabilidade e depressão. O Comportamento de risco social correlacionou-se negativamente com a dimensão vulnerabilidade e idade. A raiva foi a única emoção que se correlacionou positivamente e de forma significativa com as intenções de apresentar comportamentos de risco social e risco à saúde/integridade física. Este estudo permitiu verificar, de forma preliminar, de que forma o neuroticismo, como uma das dimensões da personalidade humana, relaciona-se com os comportamentos de risco e emoções de pacientes em tratamento psiquiátrico e psicológico. Estes resultados são importantes para programas de prevenção e intervenção que considerem a natureza multidimensional do risco e as peculiaridades que o neuroticismo impõe à intenção de comportar-se arriscadamente.

Palavras-chave: neuroticismo; comportamento de risco; emoções

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the relationship between negative emotive state, a personality trace called neuroticism and intention to be engaged in risk behaviors in a sample from patients in psychiatric and/or psychological treatment in a Mental Health Public Service in Uberlândia-MG. Twenty people participated to the search and they showed several risk behaviors: suicide attempts, alcohol and drugs abuse, aggressively and so one. Participants showed the following personality diagnostics: personality disorders , humor disorders, alcohol and drugs dependence, obsessive compulsive disorders and anxiety problems. The participants answered three instruments: two scales (Neuroticism/Emotional Adjustment Factorial Scale and Risk Behavior Scale) as well descriptive reports on risk behavior (*scripts*). The instruments set was applied in the Basic Health Unit, after voluntary accepting and signing the Term of Free and Informed Consent. After the data collection, descriptive and correlation analysis were performed. Results showed that most participants presented neuroticism level over the pattern, specifically in vulnerability, anxiety and depression dimensions . Women showed depression scores a little higher than men (M=34,19). Among the types of risk behavior (health, social, legal/ethic and financial ones), the intention to be engaged in social risk behaviors was the most frequent among the participants. Social, health and legal/ethic risk behaviors showed positive significant relation to psychosocial maladjustment and anxiety dimensions. Health risk behavior showed negative relation to vulnerability and depression dimensions. Social risk behavior related negatively to vulnerability and age dimensions. Angry was the only emotion that was positively and significantly related to intentions to show social and health/physical integrity risk behaviors. This study allowed to verify in preliminary how neuroticism, as one of the dimensions of human personality, is related to risk behaviors and to emotions of psychiatric and psychological treatment. These results are important to prevention and intervention programs, which must consider risk multidimensional nature and peculiarities that neuroticism imposes the “risk behavior intention”.

Key words: neuroticism; risk behavior; emotions.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição da amostra (frequência absoluta) em função de sexo e do diagnóstico na CID 10. 56
Tabela 2 Caracterização geral da amostra 56
Tabela 3 Valores de assimetria (*Skewness*) para a Escala Fatorial de Neuroticismo. 70
Tabela 4 Valores de assimetria (*Skewness*) para os fatores da Escala de comportamento de Risco 70
Tabela 5 Valores de assimetria (Skewness) para os *scripts* e emoções 70
Tabela 6 Escores padrão médios, medianas, desvios padrão e variâncias obtidos pela amostra nas subescalas da EFN. 79
Tabela 7 Percentis, frequência e porcentagens da amostra para escores médios do fator vulnerabilidade. 79
Tabela 8 Percentis, frequência e porcentagens da amostra para escores médios do fator desajustamento psicossocial. 80
Tabela 9 Percentis, frequência e porcentagens da amostra para escores médios do fator ansiedade 81
Tabela 10 Percentis, frequência e porcentagens da amostra para escores médios do fator depressão. 81
Tabela 11 Notas Z e significância das subescalas da EFN no teste de Wilconxon 83
Tabela 12 Valores do Teste Mann-Whitney em função da diferença entre sexos nas subescalas da EFN. 83
Tabela 13 Escores médios, medianas, desvios padrão e variâncias dos escores obtidos pela amostra nas subescalas de comportamento de risco 84
Tabela 14 Frequência absoluta e porcentagem de comportamentos de risco social relatados pela amostra 84
Tabela 15 Frequência absoluta e porcentagem de comportamentos de risco legal ético relatados pela amostra 85
Tabela 16 Frequência absoluta e porcentagem de comportamentos de risco à saúde relatados pela amostra 85
Tabela 17 Frequência absoluta e porcentagem de comportamentos de risco financeiro relatados pela amostra 86

Tabela 18 Valores do Teste Mann-Whitney em função da diferença entre sexos nas subescalas de risco. 87
Tabela 19 Notas Z e significância das subescalas de risco - teste de Wilconxon 88
Tabela 20 Média dos julgamentos de emoções atribuídas aos *scripts* que avaliaram comportamentos de risco. 89
Tabela 21 Porcentagens da amostra referindo emoções de raiva, tristeza e medo para cada um dos *scripts* investigados. 90
Tabela 22 Teste de Friedman das emoções (raiva, medo, tristeza) 91
Tabela 23 Tabela de correlações (Spearman's rho) entre os fatores da escala EFN e Escala de Comportamento de Risco 95
Tabela 24 Correlações entre os comportamentos de risco à saúde, EFN, emoções relatadas nos *script* de risco à saúde/integridade física e idade 96
Tabela 25 Correlações entre os comportamentos de risco financeiro, EFN, emoções relatadas nos *script* de risco financeiro e idade 97
Tabela 26 Correlações entre os comportamentos de risco social, EFN, emoções relatadas nos *script* de risco social e idade 98
Tabela 27 Correlações entre os comportamentos de risco legal ético, EFN, emoções relatadas no *script* de risco legal /ético e idade 98
Tabela 28 Escores Médios das subescalas da EFN em diferentes amostras 105

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Caracterização da amostra em função dos critérios da CID 10. 55
Figura 2 Histogramas com análise da normalidade da amostra para os fatores da escala de neuroticismo (EFN)..... 72
Figura 3 Histogramas com análise da normalidade da amostra para os fatores da escala de comportamento de risco 73
Figura 4a Histogramas com análise da normalidade da amostra para a narrativa descritiva do risco social (*script*) e intensidade das emoções avaliadas..... 74
Figura 4b Histogramas com análise da normalidade da amostra para a narrativa descritiva do risco saúde (*script*) e intensidade das emoções avaliadas 75
Figura 4c Histogramas com análise da normalidade da amostra para a narrativa descritiva do risco financeiro (script) e intensidade das emoções avaliadas.....76
Figura 4d Histogramas com análise da normalidade da amostra para a narrativa descritiva do risco legal ético (*script*) e intensidade das emoções avaliadas.....77
Figura 5 *Box plot* subescalas da EFN..... 82
Figura 6 *Box plot* Escala de intenção de Comportamentos de Risco..... 87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Histórico e comportamentos de riscos da amostra conforme informações dos prontuários 58

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 25
JUSTIFICATIVA 27
1. REVISÃO DA LITERATURA 29
1.1.1. Visão histórica do risco 29
1.1.2. Comportamento de risco 31
1.1.3. Alguns estudos sobre Comportamento de risco 32
1.1.4.Teorias acerca de comportamentos de risco: 35
1.1.4.1. A teoria da homeostase de risco 35
1.1.4.2. Visão Behaviorista de Risco 36
1.1.4.3. Visão Cognitiva do Risco 38
1.1.5. Caráter evolutivo dos comportamentos de risco e suas características biológicas 39
1.2. Comportamento de risco e personalidade 41
1.2.1. Neuroticismo 41
1.2.2. Neuroticismo e comportamento de risco 44
1.3. O papel das emoções nos comportamentos de risco 46
2. OBJETIVOS 53
2.1. Objetivo geral 53
2.2. Objetivos específicos 53
3. METODOLOGIA 55
3.1. Participantes 55
3.2. Contexto 59
3.3. Seleção dos Participantes 60
3.4. Aspectos éticos 61
3.5. Instrumentos 62
3.5.1. Escala Fatorial de Ajustamento emocional/ Neuroticismo - EFN (Hutz & Nunes, 2001) 62
3.5.2. Escala para avaliação de intenção de engajamento em comportamentos de risco (Escala de Comportamento de Risco) 64
3.5.3. Avaliação das emoções 65
3.6. Procedimentos 66

4. RESULTADOS 69
4.1. Análises Descritivas 69
4.2. Análise dos resultados das escalas 78
4.2.1. Desempenho dos participantes na Escala Fatorial de Ajustamento emocional/neuroticismo- EFN 78
4.2.2. Desempenho dos participantes na Escala de Comportamento de Risco 83
4.2.3. Desempenho dos Participantes nas narrativas descritivas de comportamento de risco (*scripts*). 88
4.2.4. Análise das correlações entre as subscalas que constituem a Escala de Comportamento de Risco e a Escala Fatorial de Neuroticismo 93
4.2.5. Análise das correlações entre as subscalas que constituem a Escala de Comportamento de Risco, Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) e narrativas descritivas de comportamentos de risco (*scripts*) 95
5. DISCUSSÃO 99
5.1. Desempenho dos participantes na Escala Fatorial de Neuroticimo (EFN) 99
5.2. Pacientes com tentativas de suicídio 106
5.3. Depressão: incidência maior entre as mulheres 108
5.4. Religiosidade/espiritualidade e Otimismo como fatores de redução de depressão e ansiedade 109
5.5. Desempenho dos participantes na Escala de Comportamento de Risco 111
5.6. As emoções inferidas pelos participantes com base nas narrativas descritivas de comportamento de risco (*scripts*) 118
5.7. Análise das Correlações 123
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 131
REFERÊNCIAS 135
Anexo A: Termo de autorização Coordenação da Unidade de Saúde 149
Anexo B: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa 151
Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 153
Anexo D: Escala de Comportamento de Risco 155
Anexo E: Scripts 157

INTRODUÇÃO

As discussões sobre o risco permeiam as práticas profissionais em saúde pública associadas à promoção de saúde mental e física. Frequentemente, os meios de comunicação anunciam ações do Ministério da Saúde para diminuir algum comportamento de risco. Campanhas contra o tabagismo, contra as drogas e em favor do sexo seguro são exemplos de algumas dessas ações.

Entre os pacientes portadores de sofrimento psíquico, atendidos nos ambulatórios de saúde mental, é crescente a queixa de sintomas característicos de ansiedade e de depressão, especialmente associados ao engajamento em diversos comportamentos de risco. No exercício de sua prática profissional, o psicólogo inserido na rede pública de saúde depara-se com inúmeros comportamentos de risco praticados pelos pacientes, especialmente tentativas de suicídio, agressividade, abuso de álcool, drogas, condutas sexuais sem proteção e lesões autoprovocadas. Tais comportamentos não trazem prejuízo somente a quem os desenvolve, mas também podem prejudicar os pares com os quais estas pessoas se relacionam.

Pesquisas mostram que existem diferenças individuais na forma de enfrentar o sofrimento mental, bem como os sintomas de depressão e de ansiedade decorrentes de tal sofrimento (Nolen-Hoeksema, 2000). Algumas pessoas utilizam estratégias adaptativas para lidar com tais sintomas, enquanto outras fazem uso predominante de estratégias mal adaptadas caracterizadas, por exemplo, pelos comportamentos de risco.

Embora existam vários motivos para uma pessoa engajar-se em comportamentos de risco, estudos sugerem que uma das funções desse comportamento desadaptado é diminuir emoções desagradáveis e indesejáveis. Altos níveis de neuroticismo associam-se ao aumento na frequência de condutas de risco (Auerbach, Abela & Ringo Ho, 2007; Cooper, Agocha & Sheldon, 2000). Estudos sobre essa função do comportamento de risco sugerem que tais ações promovem um alívio imediato aos sintomas depressivos e ansiosos, à medida que

podem promover alívio temporário de estados emocionais negativos. Esses comportamentos podem ter consequências prejudiciais, seja no âmbito individual seja no coletivo, que intensificam os sintomas de depressão e de ansiedade iniciais, levando a um círculo vicioso, conforme salientam Bardone, Moffit, Caspi e Dickson (1996).

Considerando as relações que podem ser estabelecidas entre comportamentos de risco e neuroticismo e a influência desses aspectos para o ajustamento emocional do indivíduo e para sua qualidade de vida, este estudo objetivou avaliar a intenção de se comportar arriscadamente em pacientes com transtornos psiquiátricos atendidos em um ambulatório de saúde mental, analisando as respostas dadas pelos sujeitos, por intermédio de uma escala que afere intenção de se comportar arriscadamente, as emoções associadas a narrativas envolvendo risco e os níveis de neuroticismo desses sujeitos por meio de estudo correlacional dessas variáveis.

Para o alcance desses objetivos, esta dissertação apresenta, em seus capítulos primeiro e segundo a descrição teórica dos temas comportamento de risco, neuroticismo e emoções e os objetivos deste estudo. No capítulo terceiro encontram-se esclarecidas a metodologia, a amostra, os instrumentos e os procedimentos de coleta. Posteriormente, o capítulo quarto apresenta a análise de dados e os resultados da pesquisa. Por fim, os capítulos quinto e sexto apresentam a discussão dos resultados e as conclusões deste trabalho.

JUSTIFICATIVA

Os profissionais que trabalham em saúde pública se deparam, na prática clínica, com a necessidade de manejar inúmeras situações de risco vivenciadas por seus pacientes. Tais situações permeiam ou mesmo desencadeiam as patologias apresentadas por essas pessoas. Na experiência com pacientes ambulatoriais pode-se perceber que aqueles que procuram ou são encaminhados ao atendimento psicológico e/ou psiquiátrico apresentam diversos comportamentos de risco, que contribuem para o agravamento das psicopatologias e para a redução da eficácia dos tratamentos oferecidos.

Entre os pacientes atendidos pela rede pública de Saúde Mental, os comportamentos de risco mais frequentes são: tentativas de suicídio, abuso de álcool e drogas (incluindo abuso de benzodiazepínicos), agressões (auto e heteroagressividade) e condutas sexuais de risco. Ramires e Santos (2006), ao pesquisarem as causas de mortes externas na cidade de Uberlândia (MG) no período de 1980-2000, encontraram aumento na frequência de homicídios, acidentes de trânsito, envenenamentos, afogamentos, agressões e lesões autoprovocadas.

As causas de óbito acima mencionadas podem ser desencadeadas, entre outros fatores, pelo consumo de substâncias psicoativas e por farmacodependências, que também representam um importante fator de risco aliado ao abuso de bebidas alcoólicas. A Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2004) estima que 76,3 milhões de pessoas apresentem algum tipo de desordem por causa do uso do álcool e que 8,9% da carga global das doenças resultem do consumo dessas substâncias. Também segundo a OMS (WHO, 2001), uma em cada quatro famílias possui pelo menos um membro com sofrimento psíquico e essa realidade, associada aos diversos comportamentos de risco, tem impacto na qualidade de vida do próprio paciente, de sua família e da comunidade na qual está inserido.

Dessa forma, estudar comportamentos de risco em pacientes com transtornos psiquiátricos, suas características, sua frequência e sua abrangência contribui para a prática profissional não só do psicólogo, mas também da equipe de saúde multidisciplinar que acompanha o paciente, como o médico, o enfermeiro, o assistente social, entre outros. A compreensão desse universo de situações de risco nas quais os pacientes se encontram favorece o planejamento de formas de tratamento mais eficazes, melhorando a saúde e o bem-estar das pessoas atendidas.

Estudos que investigam a relação entre comportamentos de risco, neuroticismo e emoções são escassos na literatura nacional. As pesquisas, em sua maioria, elegem um comportamento de risco para análise. Todavia, não há, na literatura pesquisada, um estudo que analise vários comportamentos de risco associados a diferentes tipos de transtornos psiquiátricos, levando em conta o grau de neuroticismo da amostra pesquisada.

Os trabalhos internacionais existentes avaliam, em sua maioria, amostras não-clínicas, especialmente estudantes universitários. Auerbach et al., (2007) apontam para a necessidade de pesquisar a relação dessas variáveis em outras populações, a fim de verificar se os resultados encontrados na literatura podem ser replicados e /ou estendidos a outras amostras. Dessa forma, o presente estudo contribuiu para preencher a lacuna existente na literatura, visando a compreender o papel dessas variáveis (comportamento de risco e neuroticismo) no contexto clínico de pacientes portadores de sofrimento psíquico.

A seguir, serão apresentados alguns estudos acerca da relação entre comportamento de risco e aspectos ligados a personalidade (neuroticismo), bem como as emoções que são comuns a pacientes psiquiátricos em situação de risco, além dos objetivos da pesquisa.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1. Considerações gerais sobre Risco

1.1.1. Visão histórica do risco

O conceito de risco mais difundido na literatura relaciona-se com a teoria das probabilidades, à medida que considera a previsibilidade de acontecimentos futuros (Douglas, 1992; Vertzberger, 1998).

Segundo Yates e Stone (1992), o risco deve ser compreendido pela presença de, pelo menos, dois dos três componentes seguintes: potencial de perdas e danos, caracterizado pela não obtenção de resultados; relevância das perdas, entendida pela relação direta entre o grau de perda potencial/risco e incerteza da perda.

O processo de laicização das situações e de eventos considerados perigosos e sua transformação em riscos, diferenciando-os de castigos divinos, implicou a probabilidade de prever eventos dramáticos. Isso ocorreu de maneira mais sistemática somente a partir da Revolução Industrial, estando relacionado à filosofia iluminista, ao fim das epidemias de pestes e com a exaltação da ciência e da tecnologia como eixos de poderosas transformações na sociedade humana e na natureza (Freitas & Gomez, 1997, p. 487-488).

O início das pesquisas sobre risco data, principalmente, das décadas de 60 e 70 do século XX, sendo tais estudos produzidos por diversas ciências como Matemática, Geografia, Antropologia, Sociologia, Ciências Políticas e Psicologia. Alguns trabalhos, baseados em teorias de personalidade, apontavam hipóteses de que algumas características de personalidade influenciavam a percepção e o comportamento de risco e que a partir de experiências anteriores, os indivíduos analisariam a relação custo-beneficio para a tomada de decisão (Lowrance, 1976; Starr, 1969). Outros estudos mostravam o uso de escalas

psicométricas na produção de medidas relativas à percepção de risco, benefícios e eventos fatais, demonstrando que o risco percebido declinava à medida que o benefício percebido aumentava (Fischhoff, 1979; Stevens, 1958).

Nesse contexto do paradigma psicométrico, várias pesquisas foram desenvolvidas por Slovic e colaboradores, enfatizando a avaliação subjetiva do risco, bem como as bases emocionais da percepção e do comportamento de risco (Peters & Slovic, 1996; Slovic, Fischhoff & Lichtenstein, 1981; Slovic et al., 1991). Slovic et al. (1981) constataram que os julgamentos de risco são influenciados pelos seguintes fatores: familiaridade com a fonte de risco; aceitação voluntária do risco; capacidade de controle do risco; potencial catastrófico da fonte de risco; certeza do impacto do risco; impacto do risco nas gerações futuras; percepção sensorial de perigo; percepção de justiça na distribuição de benefícios e riscos; percepção de irreversibilidade do impacto do risco; confiança nos mecanismos e entidades de controle do risco e confiança nas fontes de informação.

Os estudos de Douglas e Wildavsky (1982) foram pioneiros na compreensão do risco na perspectiva das ciências sociais. Esses autores consideram a percepção de risco como uma construção coletiva; os indivíduos tomam suas decisões influenciados pelas instituições. Destaca-se aqui o papel dos valores subjetivos nos processos decisórios sobre o risco.

Slovic (2000), também analisou o risco como constructo social, salientando que as respostas diante de situações de risco são influenciadas por valores que vão além da compreensão técnica do risco. Por meio do paradigma psicométrico, as pessoas fazem julgamentos quantitativos sobre o risco que correm frente a diversos perigos e o nível desejado de regulação de cada um deles. Esses julgamentos estão relacionados com: o grau de perigo das características que foram consideradas hipoteticamente influentes nas percepções e nos comportamentos de risco; os benefícios que cada perigo proporciona à sociedade; o número médio de mortes causadas pelo perigo em determinado ano e o número de mortes

causadas pelo perigo em um ano desastroso. Dessa forma, o paradigma psicométrico compreende que a avaliação do risco é diferente entre as pessoas, uma vez que é influenciada por fatores psicológicos, institucionais, sociais e culturais.

Em estudo sobre a trajetória da análise do risco, Guivant (1998) apresentou duas vertentes: avaliação de risco desenvolvida pelas ciências naturais e percepção de risco compreendida pelas ciências humanas. Nesse contexto, salientou que os estudos sobre risco ao longo da História consideraram, inicialmente, uma perspectiva individualista, com enfoque predominantemente quantitativo, que, gradativamente, foi sendo substituída pela compreensão do risco como fenômeno socialmente construído.

1.1.2. Comportamento de risco

O processo de tomada de decisão implica riscos em todas as situações de nossas vidas. Os riscos cotidianos, que não oferecem perigo significativo, estão presentes na vida de todas as pessoas, como, por exemplo, o risco de sofrer uma pequena queimadura ao cozinhar, o risco de cair ao andar de bicicleta, entre outros. Todavia, existem outros riscos considerados mais graves e que podem causar prejuízos à saúde, aos relacionamentos sociais, aos aspectos financeiros de uma pessoa e problemas com a lei. Tais riscos estão ligados a comportamentos de adicção ao álcool e às drogas, práticas sexuais sem proteção, comportamentos marcados por agressividade física e verbal, hostilidade, jogos de azar, furtos etc.

Adams (1995) considera que, ao longo do desenvolvimento cognitivo, ocorre um refinamento progressivo de habilidades referentes ao arriscar-se e, por isso, as pessoas aprendem a manusear objetos quentes, pontiagudos, andar de bicicleta, atravessar uma rua, comunicar necessidades aos outros, etc. Dessa forma, não existe risco zero nas atividades humanas, pois não há comportamento cujo resultado seja totalmente certo: ocorre sempre um

relacionamento constante entre as recompensas esperadas e os custos percebidos em cada ação.

Trimpop (1994) considera que, para um comportamento ser classificado como de risco, deve ter consequências incertas, com possíveis prejuízos ao bem-estar físico, econômico ou psicossocial de um individuo ou de uma população.

Hutz e Koller (1997) definem os comportamentos de risco como ações que aumentam a probabilidade de consequências prejudiciais para o funcionamento psicossocial das pessoas ou que favorecem o desencadeamento ou agravamento de patologias. Nesse contexto, o conceito de risco deve ser compreendido de uma forma mais ampla que ultrapassa os critérios biomédicos e considera as variáveis sociais e psicológicas. Tais comportamentos incluem práticas sexuais sem proteção, comportamentos agressivos e/ou violentos, desacato a leis e a regras, comportamentos destrutivos, perigosos e/ou ilegais, uso de álcool e drogas, entre outros.

Para outros autores, como Llewellyn (2008), o comportamento de risco relaciona-se com a probabilidade de um evento não desejado acontecer e relaciona-se à severidade de perdas potenciais. Assim, engajar-se em comportamentos de risco é participar voluntariamente de situações que possuem um significante nível de risco, especialmente probabilidade de morte, acidentes, perdas financeiras etc.

1.1.3. Alguns estudos sobre Comportamento de risco

Os estudos sobre comportamento de risco à saúde intensificaram-se no século XX, no início dos anos 1980, especialmente com a disseminação da infecção pelo vírus HIV por vários países. Paralelamente, várias pesquisas analisavam os comportamentos delinquentes e

agressivos associados ao uso de álcool e de drogas. O objetivo dos estudos era compreender os fatores associados aos diversos riscos e às formas de manejo de tais situações.

As pesquisas sobre o tema, em sua maioria, relacionam-se a comportamentos ligados a delinquência, agressividade, abuso de drogas e sexualidade em crianças ou adolescentes (Aklin, Lejuez, Zvolensky, Kahler & Gwadz, 2005; Ary, Duncan, Duncan & Hops, 1999; Hutz & Koller, 1997; Lochman & Wells, 2003; Peterson & Stern, 1997).

Outras estudos sobre risco enfatizam, principalmente, os comportamentos de risco em pacientes suicidas, autoagressivos (Joiner Jr. et al., 2007; Schroeder, Peterson, Solomon & Artley, 1977; Tarrier, Gooding, Gregg, Johnson & Drake, 2007; Woodruff-Borden, Stanley, Lister & Tabacchi, 1997), comportamentos de risco associados a distúrbios alimentares (Allen & Craighead, 1999; Stice & Agras, 1998; Vogeltanz-Holm et al., 2000), uso de substâncias psicoativas e riscos associados à práticas sexuais inseguras e DSTs (Azevedo, 2000; Carneiro et al., 1999; Vermelho, Barbosa & Nogueira, 1999).

Estudos brasileiros sobre comportamento de risco em pacientes com transtornos psiquiátricos estão relacionados, especialmente, com tabagismo (Rondina, Gorayeb & Botelho, 2007; Soares & Gonçalves, 2008; Valença et al., 2001), alcoolismo (Alves, Kessler & Ratto, 2004; Vieira, 1998), Drogas e contaminação pelo vírus HIV (Malbergier & Andrade, 1999; Stumpf Rocha & Proietti, 2006).

Na literatura estrangeira pesquisada, encontramos, principalmente, trabalhos sobre fatores de risco para suicídio (Simon, Savarino, Operskalski & Wang, 2006; Sokero, Melartin, Rytsala, Leskela & Lestela-Mielonen, 2005) e comportamentos de risco relacionados à contaminação pelo vírus HIV (Carey et al., 1999; Carey et al. 2004; Chander, Himelhock & Moore, 2006). No trabalho de Sokero et al., (2005) os resultados indicaram que as tentativas de suicídio entre pacientes com transtorno depressivo maior estavam associadas fortemente com a severidade da depressão, ausência de relacionamento amoroso, tentativas de suicídio

anteriores e duração do transtorno depressivo. Em outra pesquisa, Carey et al. (1999) analisaram comportamentos de risco associados à contaminação pelo vírus HIV entre pacientes internados em um hospital psiquiátrico. Esse trabalho teve como objetivo examinar a influência do gênero, dos transtornos psiquiátricos e do abuso de substâncias nos comportamentos sexuais de risco em uma amostra clínica. Os resultados indicaram que o comportamento de risco era mais frequente entre os pacientes com transtorno de humor (quando comparados com pacientes esquizofrênicos) e com abuso de substâncias psicoativas. Os resultados da pesquisa indicaram a importância de programas de redução de risco para essa população vulnerável, considerando que o abuso de drogas parece ser uma forma de regulação do humor, além de ser um dos fatores que ampliam o comportamentos de risco à saúde.

Weinstein e colaboradores realizaram muitas pesquisas sobre comportamento de risco relacionados a problemas de saúde e segurança (Weinstein, 1984, 1989; Weinstein & Klein, 1995; Weinstein, Klotz & Sandman, 1988). Tais pesquisas demonstram a existência de um otimismo irrealista na percepção e condutas de risco, por meio do qual as pessoas avaliam a probabilidade de danos pessoais de forma diferente da avaliação de danos para a população em geral, concluindo que probabilidade de experienciar eventos perigosos e indesejáveis é menor que a probabilidade de outras pessoas vivenciarem os mesmos eventos. Esse otimismo irrealista pode reduzir o interesse em engajar-se em comportamentos de proteção à saúde.

Weinstein (1999) aponta que as campanhas para prevenção de riscos à saúde como, por exemplo, contra o tabagismo, o álcool e as drogas, devem considerar que as decisões sobre riscos pessoais requerem informações sobre a natureza e a probabilidade de consequências nocivas, informação sobre fatores de risco que alteram a suscetibilidade de alguém adoecer ou ser prejudicado e informação sobre a dificuldade ou facilidade de evitar danos.

Contudo, a compreensão que as pessoas possuem sobre risco bem como os comportamentos que apresentam não são determinados exclusivamente pela informação que recebem sobre comportamentos de risco. Outros fatores envolvidos em tal compreensão incluem as emoções experimentadas, os valores pessoais, a pressão social e questões econômicas. Uma outra característica do comportamento de risco é que a pessoa pensa nas probabilidades de danos para si e toma suas decisões comparando-se com outras pessoas que já vivenciaram aquela situação e também comparando-se com pessoas que não estão na mesma categoria de risco (Weinstein, 1999).

O modelo proposto por Wilde (2005) considera que as campanhas educativas tradicionais de redução de risco à saúde e segurança, bem como leis proibitivas de comportamentos de risco (multa e prisão para quem dirigir embriagado, por exemplo) apresentam baixa eficácia, se não se considerarem as motivações que um indivíduo tem para cessar um comportamento de risco e agir de forma segura. As campanhas de saúde deveriam possuir um caráter motivacional e aumentar a vontade dos sujeitos de preservar a vida. Wilde, por meio de sua teoria da homeostase do risco, considera que as pessoas aceitam um certo grau de risco subjetivamente estimado para a sua saúde e segurança, sendo que esse nível de risco aceitável tem origem nas experiências passadas, estimativa do potencial de dano e grau de confiança na habilidade de tomar decisões e controlar a situação de perigo.

1.1.4. Teorias acerca de comportamentos de risco:

1.1.4.1. A teoria da homeostase de risco

A teoria da homeostase de risco, desenvolvida por Wilde (2005), propõe que é a análise do custo-benefício de um comportamento que determina sua natureza de risco ou de segurança. Assim, quando os benefícios de um comportamento são altos e os custos são

percebidos como baixos, haverá maior aceitação e tolerância ao risco. Existem quatro categorias de fatores motivacionais para a aceitação do risco, descritas a seguir:

1- Vantagens esperadas do comportamento de risco (desinibição de comportamento e aumento de socialização após ingerir bebida alcoólica em uma festa, redução de ansiedade por meio do fumo antes de uma prova, redução de gastos com energia elétrica por meio de ligações clandestinas, etc.)

2- *Custos esperados do comportamento de risco* (acidente de carro após dirigir embriagado, problemas neurológicos por uso de drogas, contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, etc.)

3- *Benefícios de comportamentos seguros* (melhoria no relacionamento familiar e no trabalho após parar com o uso de bebida alcoólica, aumento na expectativa de vida, etc.)

4- *Custos esperados de comportamentos seguros* (críticas de colegas de bar após parar o consumo de álcool, gastos financeiros com a conta de energia elétrica em situação regularizada, etc.)

1.1.4.2 Visão Behaviorista de Risco

A visão behaviorista do risco envolve o conceito de impulsividade e de desconto do reforço. Logue (1995), salienta que a impulsividade nos comportamentos de risco tem como consequências gratificações imediatas e que essas são levadas em consideração na tomada de decisão do comportamento a despeito dos efeitos a longo prazo.

Nesse contexto, a noção de autocontrole também aparece como essencial para o entendimento da questão do risco. Souza e Abreu-Rodrigues (2007) apontam que tanto impulsividade como autocontrole devem ser considerados em termos comportamentais, definidos assim como comportamentos de escolha, sendo a impulsividade caracterizada pela preferência por alternativas cuja gratificação seja imediata, mas de menor magnitude,

enquanto o autocontrole tem como característica a preferência por alternativas cujo retorno seja maior, no entanto a longo prazo.

Muitos autores têm investigado especialmente o papel das noções de impulsividade e de autocontrole no abuso de substâncias psicoativas (Logue, 1995; Miller & Rollnick, 2001; Souza & Abreu-Rodrigues, 2007). Esses autores sugerem que a impulsividade seja característica básica dos comportamentos aditivos, nos quais o individuo faz uso da substância (cigarro, álcool, cocaína etc.) e tem consequências imediatas prazerosas. Apesar dos efeitos nocivos a longo prazo serem conhecidos, os usuários dessas substâncias apresentam poucos comportamentos que produzem benefícios a longo prazo, como, por exemplo, buscar tratamento, estudar, trabalhar, melhoria nos relacionamentos sociais etc.

Logue (1995) salienta que a magnitude das consequências e o tamanho do atraso para que as consequências ocorram constituem duas variáveis importantes na escolha de comportamentos impulsivos ou de autocontrole.

Várias pesquisas mostraram que, quanto maior o atraso de uma consequência, menor a tendência do organismo humano preferir essa alternativa e, portanto, maior impulsividade, entretanto, quanto maior a magnitude de uma consequência, maior a tendência a esperá-la, ou seja, maior autocontrole. Dessa forma, aumento do atraso ou a diminuição da probabilidade de um determinado evento diminui o valor que aquele evento tem para um determinado organismo (Coelho, Hanna & Todorov, 2003; Souza & Abreu- Rodrigues, 2007).

Nesse sentido, o trabalho de Tucker (2004) ilustra o exposto anteriormente, analisando o comportamento de risco de dependentes químicos pelo desconto do atraso. Dessa forma, a família, o trabalho e a saúde apresentam-se como reforçadores de grande magnitude para o indivíduo, mas se a droga (também reforçadora para aquele indivíduo) estiver imediatamente disponível, seu valor subjetivo se eleva e ele faz uso da substância.

1.1.4.3. Visão Cognitiva do Risco

Para a abordagem cognitiva, as ações de um indivíduo são influenciadas pelo modo em que estão estruturados seus pensamentos e sentimentos, ou seja, a forma pela qual o indivíduo interpreta sua realidade. O modelo cognitivo proposto por Beck (1964) apresenta que os pensamentos disfuncionais, sem completa sustentação na realidade, influenciam os estados de humor e os comportamentos do indivíduo. Os esquemas cognitivos, estruturas cognitivas formadas pelas crenças centrais construídas ao longo da vida, influenciam emoções e comportamentos. Essa influência ocorre a partir de percepções e interpretação dos eventos.

Nesse contexto, suposições e crenças distorcidas da realidade podem ativar pensamentos automáticos que, por sua vez, desencadeiam sintomas emocionais negativos, comportamentais, motivacionais, cognitivos e físicos, que promovem em efeito cascata a produção de pensamentos automáticos disfuncionais num círculo vicioso.

Beck (1999), em seu livro Prisioneiros do Ódio, discorre sobre as bases cognitivas da raiva, da hostilidade e da violência e argumenta que há um denominador comum entre os comportamentos nocivos ou de risco, como, por exemplo, os comportamentos agressivos: a vítima da agressão é percebida como inimigo e o agressor se vê como uma vítima inocente. Nesse contexto, o agressor acredita firmemente que sua causa é justa e que seus direitos foram violados, tem a visão de si como bom e correto e vê o outro como mau e errado. Estão presentes nesse caso distorções cognitivas como generalização e maximização que influenciam o comportamento de risco violento.

1.1.5. Caráter evolutivo dos comportamentos de risco e suas características biológicas

Diante da percepção de perigo, ocorrem muitas alterações fisiológicas desagradáveis, o que nos leva a evitar tais situações arriscadas. Diante disso, o que leva uma pessoa a se engajar frequentemente em comportamentos de risco?

Do ponto de vista biológico, pesquisas sobre genética molecular apontam para a identificação de muitos genes que influenciam a personalidade e também algumas formas de psicopatologia. Zuckerman (2000), apresentou as bases biossociais do comportamento de risco, reconhecendo a associação entre o traço de personalidade busca de sensações e um gene ligado ao receptor de dopamina (DRD4). A Dopamina é um importante neurotransmissor relacionado aos centros de prazer e permite que as pessoas reconheçam a existência de recompensas. Em indivíduos com abuso de drogas, o gene é encontrado em proporções elevadas e correlaciona-se positivamente com a busca de novas sensações e experiências. Resultados semelhantes foram encontrados por Bardo, Donohew e Harrington (1996), em pesquisa que apresentou correlações importantes entre os níveis de dopamina e comportamentos de abuso de anfetaminas, cocaína, nicotina, morfina e álcool.

Zuckerman (1994) também considerou outra explicação biológica para os comportamentos de risco, relacionando-se os à enzima monoamina oxidase (MAO), que funciona como reguladora, mantendo os neurotransmissores em equilíbrio. A MAO é baixa em pessoas com altos índices de busca por excitação, refletindo-se em baixa regulação. Outra evidência de que a MAO está envolvida na busca por excitação é o fato de que baixos níveis de MAO são encontrados em formas de psicopatologia caracterizadas por tendências impulsivas e por busca de recompensas imediatas sem se pensar nas consequências. Níveis de MAO são maiores em mulheres do que em homens e tais níveis aumentam com a idade. Esse

fato explica, em parte, a maior frequência de comportamentos de risco em homens jovens. Outros estudos também analisaram a influência da redução de MAO em comportamentos de risco de alcoólatras (Major & Murphy,1978) e Transtorno de Personalidade Antissocial (Lidberg et al., 1985).

Zuckerman e Kuhlman (2000) analisaram os comportamentos de risco do ponto de vista evolutivo e afirmaram que tais comportamentos têm um lado adaptativo e, caso não existissem, a espécie humana estaria estagnada. A capacidade de explorar, de aventurar-se e de buscar novidades, pode ser a chave para a sobrevivência da espécie, salientam os pesquisadores. Agir arriscadamente foi, portanto, adaptativo nos primeiros hominídeos e, segundo essa perspectiva evolucionista, o traço “busca de sensações” persiste e reflete-se na modernidade em algumas pessoas que procuram aventurar-se em relacionamentos sexuais sem proteção, esportes radicais, direção perigosa etc.

Assim, as perspectivas evolucionistas consideram que tais comportamentos constituem parte de nossa herança genética e refletiriam tempos remotos nos quais os povos primitivos precisavam arriscar-se para conseguir fugir dos predadores, encontrar abrigo, comida e parceiros sexuais. Assim, do ponto de vista evolutivo, pessoas que não corriam risco tinham sua sobrevivência ameaçada e, por seleção natural, os genes ligados aos comportamentos de risco tornaram-se comuns e presentes até os dias de hoje (Zuckerman & Kuhlman, 2000).

A pesquisa de Zuckerman e Kuhlman (2000) sobre comportamento de risco e personalidade analisou 260 estudantes universitários em seis áreas de risco: fumo, ingestão de bebida alcoólica, uso de drogas, práticas sexuais inseguras, direção e jogo. Os resultados indicaram que os homens jovens engajam-se mais em comportamentos de risco do que as mulheres, especialmente na adolescência, fato que se reflete nos altos índices de acidentes de carro, abuso de álcool, uso de drogas e jogo patológico. Segundo os pesquisadores, os altos níveis de testosterona podem influenciar a prevalência desses comportamentos em homens, à

medida que esse hormônio está associado à assertividade, à agressividade e à excitação sexual. Os autores concluíram que pessoas que se engajam em comportamentos de risco apresentam altos escores em três traços de personalidade: busca impulsiva por sensações, agressividade-hostilidade e sociabilidade.

1.2. Comportamento de risco e personalidade

1.2.1. Neuroticismo

O neuroticismo, no modelo dos Cinco Grandes Fatores, refere-se ao nível crônico de desajustamento e de instabilidade emocional. As pessoas com elevados níveis de neuroticismo experienciam padrões emocionais associados a um desconforto psicológico causado por aflições, angústias e sofrimentos bem como elevada autocrítica e impulsividade, ansiedade, depressão, hostilidade e vulnerabilidade (McCrae & John, 1992).

O modelo dos Cinco Grandes Fatores, também conhecido como “Big Five”, é uma versão moderna da Teoria de Traço e aparece como um consenso emergente entre os teóricos de traços. Considerando esse modelo, a personalidade é constituída por cinco traços, entre eles o neuroticismo. Os demais traços são: extroversão, abertura para experiência, amabilidade e consciência. O modelo dos cinco grandes fatores de personalidade, por sua abrangência, pareceu-nos mais adequado para embasar este trabalho.

No modelo teórico de McCrae e Costa (1999), os cinco traços ou dimensões da personalidade são como tendências básicas com uma base biológica. Tais dimensões da personalidade não são influenciadas diretamente pelo ambiente, mas influenciam o autoconceito e as adaptações características do indivíduo e, por sua vez, estão associadas às atitudes, objetivos pessoais etc. Dentro desse modelo, os traços de personalidade permanecem estáveis ao longo do tempo.

A origem do modelo dos cinco grandes fatores de personalidade está relacionada com a análise de instrumentos tradicionais de personalidade (16PF, MMPI etc.), cujas soluções fatoriais apontavam sempre para os mesmos cinco fatores, independentemente da teoria que seus autores utilizavam. O NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992) pode ser citado como o principal instrumento de personalidade utilizado no mundo, tendo como base o modelo dos cinco grandes fatores. No Brasil, Hutz et al., (1998) identificaram 64 marcadores de traços com bons resultados de fidedignidade e validade fatorial.

Existem muitas aplicações do modelo dos Cinco Grandes Fatores, incluindo as áreas de escolha de carreira, diagnóstico de personalidade e psicopatologia e decisões sobre o tratamento psicológico. Altos índices de neuroticismo revelam pessoas mal-humoradas, insatisfeitas, com emoções negativas constantes, perturbação psicológica, autoestima reduzida e expectativas pouco realistas (Pervin & John, 2004).

Conforme Hutz e Nunes (2001), pessoas com altos níveis de neuroticismo são mais propensas a vivenciar sofrimento emocional, ideias dissociadas da realidade, ansiedade excessiva, dificuldade para tolerar frustração e respostas de *coping* mal adaptadas. Adicionalmente, apresentam baixa autoestima e prejuízos em seu bem-estar psicológico, o que, por sua vez, pode aumentar sintomas depressivos e comportamentos de risco ligados ao suicídio (Ito, Gobitta & Guzzo, 2007).

Muitos estudos consideram que as estratégias de enfrentamento *(coping*) podem ser divididas em três dimensões (Cox & Ferguson, 1991): enfrentamento com foco no problema; enfrentamento com foco na emoção e enfrentamento pela evitação cognitiva ou comportamental. A forma de enfrentamento considerada mais eficiente focaliza os problemas e promove a implementação de planos de ação. Todavia, pessoas com altos níveis de neuroticismo utilizam mais as estratégias de enfrentamento com foco nas emoções e evitação, consideradas menos funcionais (McCrae & Costa, 1986).

Rondina et al., (2007), em trabalho sobre as características psicológicas associadas ao comportamento de risco de fumar tabaco, apontaram que os fumantes tendem a ser mais extrovertidos, ansiosos, tensos, impulsivos e com mais traços de neuroticismo e psicoticismo, em comparação a ex-fumantes e não fumantes. Em outra pesquisa sobre o tema, Maciel e Yoshida (2006), altos índices de neuroticismo e depressão estavam presentes em pacientes ambulatoriais dependentes de álcool.

Dessa forma, os pacientes que se queixam muito de doenças físicas e que constantemente procuram os serviços de saúde também apresentam sintomas típicos do traço neuroticismo, tais como ansiedade, hostilidade, depressão, impulsividade e vulnerabilidade ao estresse (Stone & Costa, 1990). Isso quer dizer que o neuroticismo amplia as queixas somáticas relatadas pelos pacientes, mas não há evidências de que tenha influência direta nos problemas de saúde (Matthews & Deary, 1998).

Muitos estudos têm relacionado o neuroticismo com a vulnerabilidade ao estresse (Matthews, Mohamed & Lochrie, 1994; McCrae & Costa, 1986). As pessoas que apresentam níveis elevados de neuroticismo percebem o mundo como ameaçador e perigoso, o que aumenta a vulnerabilidade ao estresse, bem como sintomas depressivos e de ansiedade.

Nesse contexto, Matthews e Deary (1998) mostraram que os processos cognitivos de pessoas com níveis mais elevados de neuroticismo são disfuncionais e que a tendência ao estresse desses sujeitos está relacionada, principalmente, a estados afetivos de raiva, irritação, ansiedade e falta de confiança. Adicionalmente, o neuroticismo também está associado positivamente com estilos de avaliações pessimistas das situações, problemas de relacionamento e comportamentos de risco de alcoólatras e dependentes químicos. Segundo Lazarus (1991), os processos cognitivos associados ao estresse estão associados, basicamente, a avaliações que os indivíduos fazem de determinada situação e às formas de enfrentamento que utilizam. Quando uma pessoa avalia que uma situação está fora de controle, (situação

arriscada) o estresse pode ser desencadeado. Se as estratégias de enfrentamento da situação avaliada como negativa são ineficientes, podem ser desenvolvidos problemas de saúde e comportamentos disfuncionais.

1.2.2. Neuroticismo e comportamento de risco

Teorias contemporâneas salientam a importância de traços de personalidade na influência de comportamentos de risco. Os traços de personalidade representam características individuais que são relativamente estáveis ao longo do tempo. Diversas pesquisas apresentam que os traços de personalidade que estão diretamente associados com as condutas arriscadas. Algumas reconhecem a importância do neuroticismo (Auerbach et al., 2007; Cooper, Wood, Orcutt & Albino, 2003) e outras o consideram irrelevante para a compreensão da tomada de decisão sobre o risco (Zuckerman & Kuhlman, 2000).

As pesquisas conduzidas por Zuckerman (1994, 2000) e Zuckerman e Kuhlman (2000) apresentam como hipótese central a existência de uma personalidade universal associada aos comportamentos de risco. Os resultados desses estudos apontam sempre na direção de que os traços de personalidade ligados à busca de sensações e impulsividade exercem forte influência na emissão dos comportamentos de risco. Nesse contexto, o traço de personalidade ligado à busca de sensações é caracterizado pela procura de sensações e de experiências novas, variadas, complexas e intensas, mesmo que para isso o sujeito precise assumir riscos de natureza legal, social, financeiros e mesmo à sua saúde. A impulsividade, por sua vez, é compreendida como tendência para entrar em situações rapidamente, em resposta a estímulos com potencial de recompensa, não havendo planejamento nem consideração de punições ou perdas de recompensas potenciais. A combinação desses dois traços é o que define o traço mais amplo, denominado busca impulsiva por sensações. Vale mencionar que o neuroticismo

não foi considerado traço de personalidade relevante para os comportamentos de risco nessas pesquisas.

Por outro lado, diversas pesquisas indicam que o traço de personalidade neuroticismo está associado ao aumento em comportamentos de risco bem como a elevados níveis de afetos negativos (Cooper et al., 2000; Vollrath, Torgersen & Alnaes, 1995). Esses estudos indicam que indivíduos com altos níveis de neuroticismo apresentam dificuldades de analisar riscos potenciais em longo prazo. Essa associação entre as ações de risco e esse traço de personalidade pode ser explicada, em parte, pelas características das pessoas que possuem altos níveis de neuroticismo. Tais indivíduos tendem a ter ideias dissociadas da realidade, baixa tolerância à frustração, afetos negativos, baixa capacidade de controle dos impulsos, baixa autoestima e respostas de *coping* mal adaptadas (Nunes & Hutz, 2002).

Resultados semelhantes aos de Cooper et al., (2000) foram encontrados por Auerbach et al., 2007. Esses pesquisadores investigaram comportamentos de risco em 141 universitários, especificamente relacionados a práticas sexuais inseguras, agressividade, desacato a regras e normas, comportamento autodestrutivos e abuso de álcool e drogas. Os resultados demonstraram que indivíduos com altos níveis de neuroticismo e déficits em regulação emocional apresentavam maior engajamento em comportamentos de risco, além de aumento do número de sintomas de depressão e de ansiedade. O papel das estratégias de regulação emocional adaptativas também foi descrito e considerado relevante para a diminuição de comportamentos considerados arriscados.

Nesta pesquisa, a escolha do traço neuroticismo justifica-se pela existência de instrumento validado para a realidade brasileira (Hutz & Nunes, 2001), bem como pelos resultados das pesquisas anteriormente mencionadas que o consideraram como traço de personalidade relevante nos comportamentos de risco (Auerbach et al., 2007; Cooper et al., 2000).

1.3. O papel das emoções nos comportamentos de risco

As emoções constituem parte fundamental da personalidade, ao lado das cognições e comportamentos observáveis (Pervin & John, 2004). Emoções comuns a pessoas com neuroticismo elevado incluem medo, tristeza e raiva. A seguir, serão apresentados alguns estudos sobre emoções e sua influência nos comportamentos.

Um dos primeiros pesquisadores a apontar a importância do afeto na tomada de decisão foi Zajonc (1980), argumentando que a reação afetiva a um estímulo ocorre automaticamente e compreende a primeira reação, seguida pelo processamento da informação e julgamento. Nessa perspectiva, as respostas emocionais e afetivas podem surgir na ausência de qualquer processamento cognitivo consciente.

O comportamento humano é influenciado pelas emoções, definidas como fenômenos psicofisiológicos capazes de alterar as funções cognitivas como atenção e memória, influenciando diretamente as percepções, processamento de informação e ações subsequentes (Damásio, 1995; Izard, 1991; Levenson, 1994).

Um conceito de emoção muito difundido é o exposto por Izard (1991, 1992). Segundo esse autor, uma emoção é definida como a integração de processos neuroquímicos, motores e mentais. Além desse componente expressivo/motor, há também o componente experiencial das emoções que são desencadeadas por acontecimentos externos ou internos. As alterações fisiológicas desencadeadas pelas emoções incluem alterações na expressão facial, no tônus muscular, na voz, nas ações do sistema nervoso autônomo e da atividade endócrina.

Pesquisas demonstram que as alterações fisiológicas acima descritas servem para a preparação do corpo para a ação diante de uma situação de risco ou perigo, além de estabilizarem o indivíduo ao meio, à medida que as emoções compilam as influências inatas e as resultantes de aprendizagem (Izard, 1991; Levenson, 1994).

Beck, Emery e Greenberg (1985) esclarecem que as emoções possuem função vital associadas às estratégias psicobiológicas de sobrevivência e procriação. Assim, sugerem que, por meio do afeto positivo (prazer) e do afeto negativo (disforia), os comportamentos adaptativos são reforçados. O afeto negativo tem a função de chamar atenção do indivíduo para focalizar em alguma situação que o reduza e o afeto positivo reforça as atividades direcionadas a objetivos e metas . As emoções negativas intensas são capazes de interferir de maneira disfuncional nos processos cognitivos, prejudicando a resolução de problemas.

Por outro lado, emoções positivas podem contribuir para o desenvolvimento de recursos psicológicos de enfrentamento como a resiliência, funcionando como fator de proteção em situações de risco (Paludo & Koller, 2006).

Clore, Schwarz e Conway (1994) demonstraram, em seus trabalhos, a influência das emoções nos julgamentos sociais, analisando também as diferenças entre afeto e emoção, salientando que todas as emoções são afetivas mas nem todas as coisas afetivas são emoções. Assim, as emoções são estados que se referem a como uma pessoa se sente em relação a um evento, pessoa etc. O modelo cognitivo básico considera que as emoções resultam de avaliações automáticas e implícitas das situações, em termos de situações positivas ou negativas, relativas aos objetivos e preocupações pessoais. Dessa forma, a emoção tem como função a comunicação interna sobre a natureza e urgência de uma situação. Nesse contexto, o modelo cognitivo da emoção assume a posição de que a natureza positiva ou negativa de uma reação afetiva depende da avaliação que o indivíduo faz das suas inquietações e preocupações. Assim, em situações de risco, o caráter informativo da emoção poderia contribuir muito para tomada de decisão em arriscar-se ou não.

Beck (1999) apresenta alguns padrões psicológicos associados a afetos particulares. Assim, crenças e pensamentos de inferioridade, fracasso, rejeição e perdas estão associados com a emoção tristeza. Por outro lado, pensamentos relativos a ganhos associam-se ao prazer.

Pensamentos de perigo e ameaça provocam ansiedade. Pensamentos e crenças sobre injustiça estão associados com as emoções raiva e desejo de vingança. Em situações de risco, pensamentos de perigo deveriam frear (por meio de esquemas de controle) o comportamento de risco.

Ortony, Clore e Collins (1988) desenvolveram um modelo para entendimento dos fenômenos emocionais, conhecido com OCC, baseado na estrutura cognitiva das emoções. Os autores afirmam que todas as emoções podem ser divididas em três categorias, dependendo do estímulo:

1- Eventos (Satisfação ou insatisfação com os resultados de um evento)

2- Agentes (Aprovação ou reprovação de uma ação)

3- Objetos (Apreciação ou não apreciação dos atributos/características de um objeto)

No primeiro caso, relacionado a eventos, as emoções mais presentes são: esperança, medo, alívio, desilusão, felicidade e tristeza. Quando o foco é a aprovação ou a reprovação de uma ação, as emoções mais comuns são: orgulho, vergonha e admiração. Por fim, quando a reação afetiva relevante envolve gostar ou não gostar dos atributos de um objeto, as emoções amor, ódio e repugnância são as mais frequentes. A intensidade de cada emoção varia de acordo com a experiência subjetiva de cada pessoa e tais avaliações são efetuadas de acordo com três estruturas cognitivas, a saber: importância de objetivos particulares, relevância de certos padrões e atitudes valorizadas pelo sujeito. Baseado nesse modelo, os aspectos fisiológicos e comportamentais envolvidos nas situações de risco são consequências dos estados emocionais, que, por sua vez, variam conforme a interpretação de cada situação.

Algumas pesquisas têm destacado a importância das emoções para as percepções e comportamentos de risco. Segundo Peters e Slovic (1996), as dimensões psicológicas do risco podem ser definidas em dois fatores – pavor, definido por meio da percepção de perda de

controle, sentimentos de pavor e potencial catastrófico percebido e risco do desconhecido, quando o perigo é julgado em termos de algo novo, desconhecido. Essas avaliações afetivas e cognitivas do risco podem ser diferentes, gerando um conflito capaz de ocasionar patologias e comportamentos desadaptados. Em outra pesquisa, Slovic, Finucane, Peters e MacGregor (2007) consideram que as pessoas usam uma heurística afetiva no julgamento de risco. Nesse contexto, a tomada de decisão não seria influenciada apenas pelas probabilidades e consequências dos eventos, mas também por fatores emocionais positivos ou negativos.

Por outro lado, Trimpop (1994) enfatiza que os comportamentos de risco são emocionalmente recompensados para aquelas pessoas que percebem o risco como fonte de prazer. A combinação entre a experiência inicial de prazer e a excitação frente a situações de risco está associada à interpretação da situação como estimulante. Entretanto, pessoas que evitam comportar-se de forma arriscada percebem o estímulo inicial como desagradável e ameaçador e avaliam que a situação de risco deve ser abandonada.

Loewenstein, Weber, Hsee e Welch (2001) formularam uma perspectiva teórica sobre tomada de decisão diante de situações de risco, chamada *risk-as-feelings*, na qual se destaca o papel do afeto no momento da tomada de decisão. Os autores salientam que as avaliações de risco são baseadas não só em processos cognitivos, mas também em processos emocionais. De acordo com essa perspectiva, as respostas às situações de risco são influenciadas por sentimentos de medo, pavor, preocupações ou ansiedade. Tais reações emocionais frente ao risco dependem de uma variedade de fatores que influenciam a avaliação cognitiva do risco: clareza com que as consequências podem ser imaginadas; experiência pessoal com os resultados da situação e história de condicionamento. A avaliação cognitiva do risco, por outro lado, parece depender de fatores mais objetivos na situação de risco, como a probabilidade dos resultados e avaliação da gravidade de consequências.

É interessante destacar que, em relação aos estados emocionais negativos, muitas pesquisas apontam que esses conduzem a aumento na frequência de comportamentos de risco num esforço do indivíduo para modificar a emoção e transformá-la em positiva (Chuang & Kung, 2005; Cooper et al., 2000; Leith & Baumeister, 1996).

Todavia, Lerner e Keltner (2001) avaliaram as emoções de medo e raiva associadas ao risco e concluíram que, embora ambas sejam emoções negativas, diferem no que se refere às noções de segurança e controle. O medo, esclarecem os autores, é caracterizado por um senso de controle situacional e de insegurança, conduzindo a avaliações pessimistas do risco e, portanto, a escolhas menos arriscadas. A raiva, por outro lado, é associada a um senso de controle individual e de segurança, podendo haver, nesses casos, uma avaliação otimista do risco e engajamento em condutas menos seguras.

Resultados semelhantes foram encontrados por Clardie e Redd (2007), que, ao investigarem a influência das emoções nas condutas de risco de universitários, concluíram que a raiva se associa à maior aceitação do risco e o medo tem correlação positiva com comportamentos de aversão ao risco. Nesse contexto, as emoções de medo e raiva têm impacto diferente, no que se refere a comportamentos de risco e a senso de autocontrole.

Alguns estudos foram além da compreensão de afetos negativos e suas influências nas ações de risco. Investigaram também o papel dos afetos positivos na tomada de decisão sobre o risco pesquisadores (Isen & Geva, 1987; Isen, Nygren & Ashby, 1988). Moore e Chater (2003) analisaram o comportamento de risco financeiro associado a estados afetivos e mostraram que indivíduos com altos níveis de felicidade subjetiva possuíam maior probabilidade de investir no mercado de ações. Os autores concluíram que o afeto possui papel fundamental na maneira pela qual as pessoas decidem investir seu dinheiro e também na tomada de decisão de risco em geral. Assim, o afeto pode ter uma função adaptativa relacionada aos comportamentos de risco. Se investimentos de risco trazem altas recompensas

e retorno financeiro, a felicidade gerada impulsiona novas decisões de risco. Nesse contexto, em certa circunstâncias, estados positivos de afeto promovem comportamentos de risco.

Ashby, Isen e Turken (1999) formularam uma teoria neuropsicológica sobre a influência do afeto nos comportamentos de risco, por meio da qual reconhecem a importância da dopamina mesocortical. A dopamina, como mediadora das mudanças no comportamento, tem papel importante na tomada de decisão e aprendizagem.

Conforme Lopes e Lopes (2008), a raiva tem origem no pensamento “perdi e a culpa é do outro”, sendo frequentes ideias de protesto, sensações de insegurança e frustração. A tristeza, por sua vez, relaciona-se ao pensamento referente à perda de algo ou de alguém, associada a responsabilização por tal perda. A pessoa que sente tristeza acredita que poderia ter feito alguma coisa para que a perda fosse evitada. Esclarecem os autores que um nível normal de tristeza pode ser adaptativo e saudável, à medida que mantém na memória quais as ações que podem ocasionar perdas. Todavia, a tristeza persistente pode indicar depressão e requer tratamento. Por fim, o medo alerta as pessoas sobre os perigos e associa-se a comportamentos de fuga ou esquiva, alterações fisiológicas e hipervigilância. Todavia, medos infundados causam prejuízos em várias áreas da vida e dificultam o enfrentamento de diversas situações.

A seguir serão apresentados os objetivos deste trabalho considerando a revisão da literatura descrita anteriormente.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar a relação entre estados emocionais negativos, traço de personalidade (neuroticismo) e intenção de engajar-se em comportamentos de risco, em uma amostra de pacientes em tratamento psiquiátrico e/ou psicológico de um ambulatório de saúde mental.

2.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos da pesquisa foram verificar nos pacientes em tratamento psiquiátrico e psicológico:

1) Níveis de neuroticismo, caracterizados por vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão dos participantes.

2) Predomínio de um dos subfatores da Escala Fatorial de Neuroticismo (Vulnerabilidade, Desajustamento Psicossocial, Ansiedade e Depressão).

3) Correlações entre os níveis de neuroticismo, desajustamento psicossocial, ansiedade, depressão , intenção de engajar-se em comportamentos de risco e fator idade.

4) A intensidade das emoções (raiva, medo e tristeza) referidas para as narrativas descritivas de comportamento de risco nas dimensões: saúde/integridade física; social; financeira e legal/ética.

5) Correlações entre intensidade das emoções (raiva, medo e tristeza) referidas para as narrativas descritivas de comportamento de risco à saúde/integridade física; social; financeira e legal/ética com os fatores medidos pela EFN, com a escala de comportamentos de risco e com o fator idade.

6) Diferença de desempenho nas escalas (EFN e escala de comportamento de risco) em função do sexo dos participantes.

3. METODOLOGIA

3.1. Participantes

Participaram deste estudo vinte sujeitos com idade média de 40,3 anos (DP= 8,9), sendo onze mulheres (*M*= 42,8; DP= 6,9) e nove homens (*M*= 37,3; DP= 10,47).

A redução do número de participantes ocorreu, em parte, pela exigência de Segundo Grau incompleto feita pelos autores da Escala Fatorial de Neuroticismo (Hutz & Nunes, 2001). A amostra foi selecionada entre os pacientes maiores de dezoito anos, atendidos em um ambulatório de saúde mental da cidade de Uberlândia. Procuraram-se pacientes que estivessem em acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, com escolaridade mínima de Segundo Grau incompleto, de ambos os sexos e que não apresentassem transtornos psicóticos.

Na figura 1, pode-se observar a caracterização da amostra em função da psicopatologia apresentada (segundo os critérios da Classificação Internacional das Doenças - CID 10, 1993). As tabelas 1 e 2 mostram o número de homens e mulheres em cada um dos quadros psicopatológicos e a caracterização da amostra segundo sexo, idades, diagnóstico (CID 10), queixa do paciente, presença ou ausência de internação psiquiátrica e duração do tratamento.

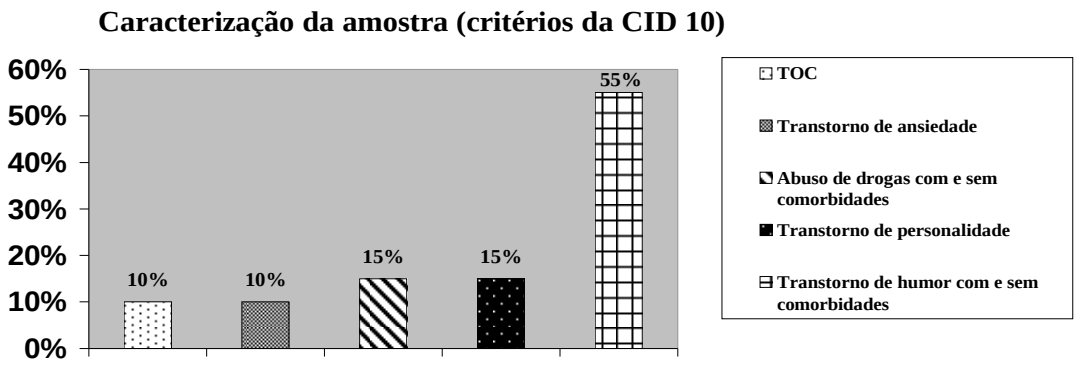


Figura 1. Caracterização da amostra em função dos critérios da CID 10.

Tabela 1. Distribuição da amostra (frequência absoluta) em função de sexo e do diagnóstico na CID 10.

Diagnóstico na CID 10	Masculino	Feminino
Transtornos de humor (com e sem comorbidade)	5	6
TOC	1	1
Ansiedade Generalizada	0	2
Abuso de drogas	2	1
Transtorno de personalidade	2	1

Tabela 2. Caracterização geral da amostra

Sujeito	Sexo	Idade	Diagnostico (CID-10)	Queixas	Internação psiquiátrica	Motivo internação	Duração tratamento
1	F	29	Transtorno de Personalidade Histriônico	Agressividade Instabilidade no emprego Impaciência	Não	_	3 anos
2	M	43	Transtorno Obsessivo Compulsivo	Tristeza desânimo, pensamentos obsessivos de contaminação	Não	_	5 anos
3	M	40	Episódio Depressivo Grave	Depressão Ideação suicida Dificuldades em relacionamentos	Não	_	6 meses
4	F	40	Transtorno de Ansiedade não especificado	Agitação psicomotora, Angústia, agressividade	Sim	Tentativa autoextermínio	5 anos
5	M	35	Transtorno de Personalidade com instabilidade emocional (*Borderline*)	Agressividade Hostilidade Dores de cabeça Sensação que esta perdendo o controle de sua vida	Não	_	2 anos
6	M	28	Transtorno Afetivo Bipolar e Epilepsia	Tristeza Agitação psicomotora	Sim	Agressividade e agitação psicomotora	6 anos
7	F	46	Episódio Depressivo Grave	Tristeza, desânimo, baixa autoestima, vontade de morrer	Sim	Tentativa de autoextermínio	2 anos
8	F	39	Distimia	Dores pelo corpo Vontade de morrer Tristeza	Sim	Tentativa de autoextermínio	4 anos
9	F	43	Episódio Depressivo	Lentificação motora, desânimo, vontade de	Não	_	2 anos

			Recorrente Grave	morrer, sentimento de culpa			
10	F	52	Transtorno Mental e comportamental devido ao uso de cocaína Dependência de benzodiazepínicos	Agitação psicomotora	Não	_	5 anos
11	M	33	Transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplas drogas e subst. psicoativas	Tentativa de autoextermínio, agressividade, desânimo	Sim	Tentativa de autoextermí nio	1 ano
12	M	21	Transtorno de Personalidade Esquizóide e Episódio Depressivo leve	Isolamento social Tristeza	Não	_	1 ano
13	F	37	Transtorno de Ansiedade não especificado	Dificuldades de relacionamento Angústia	Não	_	3 anos
14	F	47	Episódio Depressivo Moderado	Vontade de morrer, medo de novos relacionamentos, tristeza	Não	_	3 anos
15	F	41	Distimia	Impaciência Tristeza Angústia	Não	_	4 anos
16	F	54	Transtorno Obsessivo Compulsivo	Compulsão por limpeza, Isolamento social Tristeza Choro constante	Não	_	9 anos
17	M	53	Episódio Depressivo moderado	Dores pelo corpo Fibromialgia Tristeza	Não	_	3 anos
18	M	51	Episódio Depressivo Grave	Insônia Desânimo Isolamento social Abuso de álcool	Não	_	3 anos
19	F	43	Transtorno Afetivo Bipolar	Agitação psicomotora Dificuldades no relacionamento familiar	Sim	Agressivida de e agitação psicomotora	2 anos
20	M	32	Transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	Pensamentos persecutórios, agitação psicomotora, Agressividade Isolamento social	Sim	Agressivida de atentado ao pudor, agitação psicomotora.	11 anos

Pode-se observar que 35% da amostra (N=7) já sofreu internações psiquiátricas, sendo 20% (N=4) em função de tentativas de suicídio e 15% (N=3) em função de comportamentos de agressividade e agitação psicomotora. Além disso, a média de tempo de tratamento da

amostra é de 3,7 anos com um DP = 2,6. Observa-se também que as queixas apresentadas pelos participantes da amostra são sinais e sintomas típicos de seu diagnóstico em CID 10.

O quadro 1 apresenta um breve histórico dos pacientes e os comportamentos de risco relatados por eles na admissão ao Programa de Saúde Mental no qual se submetem a tratamento psiquiátrico e psicológico.

Quadro 1. Histórico e comportamentos de risco da amostra conforme informações dos prontuários

Sujeito	Histórico e Comportamentos de Risco
1	Paciente mora com marido e filhos. Apresenta comportamentos de agressividade física e verbal com marido sendo frequentes agressões em público. Define-se como questionadora. Apresenta impaciência e irritabilidade com os filhos. Considera-se injustiçada e desvalorizada e atribui a causa de seus problemas ao marido. Faz uso de antidepressivo e moderador de apetite. Fumante. Desempregada.
2	Paciente mora com esposa e filhos. Apresenta pensamentos obsessivos de contaminação que o prejudicam muito em seu trabalho. As compulsões estão ligadas à necessidade de fazer exames frequentes para checar seu estado de saúde. Faz uso excessivo de bebida alcoólica. Parece possuir uma esposa autoritária. Mostra-se subordinado à companheira. Faz uso de antidepressivos.
3	Paciente mora sozinho. Apresenta sintomas depressivos, ideação suicida com início após acidente automobilístico seguido de perda de membro. Aposentado. Faz uso de antidepressivos.
4	Paciente mora com irmão e filho. Apresenta fala compulsiva, preocupação excessiva com doenças, taquicardia. Apresentou um episódio de tentativa de suicídio por ingestão de medicamentos após rompimento com companheiro. Faz uso de ansiolíticos e antidepressivos. Frequenta cultos religiosos. Desempregada.
5	Paciente mora com esposa e filhos. Apresenta comportamentos explosivos, impaciência, baixa tolerância à frustração e autoagressão. Envolve-se em muitas brigas, inclusive na Unidade Básica de Saúde, quando não consegue consultas na hora que deseja. Usa psicotrópicos de forma diferente daquela prescrita pelo médico. Mantém trabalho.
6	Paciente mora com os pais. Apresenta discurso religioso frequente, especialmente em público, inclusive na Unidade de Saúde. Frequenta cultos religiosos e trabalha com vendas. Pai apresenta os mesmos discursos. Foi internado em Hospital Psiquiátrico após discussão relacionada a crenças religiosas.
7	Paciente divorciada, mora sozinha. Apresenta sintomas depressivos, tristeza constante, desânimo, vontade de morrer. Situação agravada por péssimas condições econômicas. Filhos constituem principal fonte de apoio e ajuda. Tentativa de suicídio por ingestão de medicamentos. Faz uso de antidepressivos. Afastada do trabalho.
8	Paciente viúva, mora com filhos e mãe. Apresenta péssimo relacionamento com os filhos, que a culpam pela morte do pai. Relacionamento com marido era marcado por agressividade. Queixa-se de desânimo intenso, tristeza, vontade de morrer. Frequenta cultos religiosos. Tentativa de suicídio por ingestão de medicamentos. Faz uso de antidepressivos. Mantém trabalho.
9	Paciente mora com esposo e filho. Apresenta sintomas depressivos desde criança, conforme relato. História de vida marcada por rejeição por parte da mãe, agressividade na família, incluindo assassinato de um parente. Ideação suicida. Atualmente ajuda nos cuidados de uma neta. Faz uso de antidepressivos.

10	Paciente mora sozinha. Iniciou uso de cocaína na vida adulta. Fez tratamento no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS – AD) do qual recebeu alta. Atualmente se mostra dependente de benzodiazepínicos. Gosta de dançar e busca novo relacionamento amoroso. Fumante. Aposentada.
11	Paciente mora com os pais. História familiar de uso de drogas e álcool. Já foi preso por roubo. Tentativa de suicídio por ingestão de medicação associada a bebidas alcoólicas. Uso de ansiolítico e antidepressivo. Aumenta por conta própria a dose do ansiolítico. Recusa tratamento especializado no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS – AD). Desempregado.
12	Paciente mora com o pais. Estuda Engenharia. Apresenta isolamento social e sintomas depressivos, especialmente após suicídio de melhor amigo. Apresenta ainda dificuldades de relacionamento em sala de aula. Tem muito medo de não concluir o curso por isso despende muito tempo em seus estudos.
13	Paciente mora com marido e filhos. Apresenta dependência de benzodiazepínicos e queixas de ansiedade, nervosismo. Queixas estão relacionadas principalmente à figura do marido, que bebe muito e fica muitos dias sem retornar ao lar. Apresentam discussões frequentes, mas nunca chegaram a se separar. Fumante. Faz trabalhos manuais.
14	Paciente divorciada, mora com irmã que também é paciente do programa de saúde mental. Separou-se recentemente, após descobrir infidelidade do marido bem como sofrer muitas agressões físicas e verbais. Relacionamento com ex-marido marcado por muita agressividade. Tem praticado exercícios físicos regulares e está buscando emprego.
15	Paciente mora com marido e filhos. Apresenta sintomas depressivos especialmente após falecimento da mãe. Agride verbalmente os filhos e companheiro com humilhações e xingamentos. Relata ideação suicida. Mantém trabalho.
16	Paciente mora com filha, netos e genro. Viúva. Apresenta comportamentos compulsivos relativos a excesso de higiene. Lava as mãos compulsivamente, apresenta banhos demorados nos quais a família tem que intervir, evita ir ao banheiro para defecar, o que causa com frequência obstipação intestinal e necessidade de fazer lavagens intestinais. Chora constantemente. Comportamentos intensificaram-se após morte de um filho. Faz uso de antidepressivos e ansiolíticos.
17	Paciente mora com esposa. Apresenta sintomas depressivos associados a Fibromialgia. Evita locais com muitas pessoas, pois relata passar mal. Gosta de praticar esportes e, mesmo sentindo dores, não se afastou totalmente das atividades físicas. Afastado do trabalho. Faz uso de antidepressivos.
18	Paciente mora sozinho. Apresenta sintomas depressivos, desânimo, insônia grave. Faz uso de bebida alcoólica em excesso. Relacionamento familiar conflituoso. Fumante. Afastado do trabalho. Faz uso de antidepressivos.
19	Paciente mora com a mãe e filhos. Suas crises maníacas apresentam relação com discussões frequentes com ex-marido e vontade excessiva de comprar. Apresenta comportamentos agressivos em relação a esse.. Foi internada uma vez após discussão com ex- marido. Faz uso de estabilizador de humor. Paciente demonstra ótima compreensão de seu diagnóstico e tem muitas amizades. Fumante. Desempregada.
20	Paciente mora com a mãe. Iniciou uso de drogas e álcool na adolescência, já foi preso por atentado violento ao pudor. Foi internado várias vezes em Hospital Psiquiátrico devido a comportamentos agressivos. Usa medicação injetável antipsicótica e ajuda a mãe nos trabalhos domésticos. Mantém uso de bebida e drogas esporadicamente sendo frequentes episódios de brigas na comunidade em que vive. Recusa tratamento em Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS – AD). Fumante.

3.2. Contexto

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Uberlândia (MG) na qual funciona um ambulatório de saúde mental.

3.3. Seleção dos Participantes

Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato com a coordenação da Unidade Básica de Saúde (UBS), explicando os procedimentos e objetivos do estudo e verificou a possibilidade da realização da pesquisa.

Após consentimento e autorização da Coordenadora da unidade e da aprovação do comitê de ética em pesquisa da UFU (ANEXOS A e B), realizou-se consulta aos prontuários arquivados na Unidade Básica de Saúde/Setor de Psicologia com o objetivo de averiguar os pacientes com comportamentos de risco, tais como abuso de álcool, de drogas, transtornos alimentares, tentativas de autoextermínio, violência, entre outros. Realizou-se contato telefônico com as pessoas, cujos prontuários se enquadravam nos objetivos da pesquisa e que estavam em atendimento regular na UBS selecionada para este estudo.

Nesse contato telefônico, foram explicados os objetivos da pesquisa e verificou-se junto aos pacientes se podiam e desejavam participar da pesquisa. Nesta mesma oportunidade, a pesquisadora esclareceu qual tipo de avaliação seria realizada e que tal avaliação teria fins de pesquisa, o que não implicaria, portanto, atendimento psicológico concomitante ao que já era oferecido na UBS.

Salientou-se também que a que a resposta negativa na participação da pesquisa não acarretaria prejuízo ao atendimento que estava sendo oferecido ao paciente na Unidade de Saúde e que as avaliações aconteceriam imediatamente após seus atendimentos psicológicos regulares, o que não implicaria deslocamento a UBS, além daquele que as pessoas fazem regularmente.

Para os fins da pesquisa, foram excluídos da participação pacientes cuja escolaridade era inferior ao Segundo Grau incompleto, visto que esse requisito seria fundamental para aplicação de um dos instrumentos utilizados. Entre os pacientes com os quais se realizou contato telefônico, cinco se negaram a participar da pesquisa.

Após aceite em participar do estudo, realizou-se um primeiro contato pessoal, na própria unidade de saúde, em data e horário posterior ao atendimento regular oferecido aos pacientes. Nesse primeiro contato feito pela pesquisadora (mestranda), houve novamente exposição e explicação dos objetivos da pesquisa e do tipo de avaliação ao qual o paciente seria submetido.

Todos os participantes somente responderam aos instrumentos do presente estudo após esclarecimentos da pesquisadora, concordância e assinatura do Termo de Consentimento para a Participação em Pesquisa (ANEXO C). Após esse procedimento, foram agendados os outros encontros para aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Não foi estabelecido com os indivíduos nenhum vínculo terapêutico por parte da pesquisadora, uma vez que tais pacientes eram atendidos por outro profissional de Psicologia da UBS pesquisada. Dessa maneira, a amostra estudada não constituiu um grupo vulnerável, já que a pesquisadora não teve nenhuma relação profissional ou pessoal com o grupo, a não ser a coleta dos dados da pesquisa.

3.4. Aspectos éticos

Em conformidade com a Resolução 196 do Ministério da Saúde, de 10 de outubro de 1996, que regulamenta as normas a serem seguidas e observadas na pesquisa envolvendo seres humanos, cada participante foi informado sobre objetivos, métodos, benefícios potenciais advindos da participação no estudo e também foi esclarecido do resguardo de sua liberdade de participar ou não da pesquisa ou dela se retirar a qualquer momento, sendo garantidos o sigilo e anonimato. Dessa forma, mediante a concordância dos participantes, foi assinado em duas vias, um documento de consentimento esclarecido, no qual se especificam os aspectos anteriormente ressaltados, ficando uma via com o participante e a outra com a

pesquisadora. Ao final da participação, a pesquisadora encaminhou quatro pacientes que estavam em tratamento psiquiátrico irregular e que haviam sido avaliados pelo médico há mais de um ano para o serviço de Psicologia da Unidade, a fim de que fosse feito reagendamento das consultas, conforme pedido dos pacientes e após a pesquisadora verificar a necessidade de reavaliação psiquiátrica.

3.5. Instrumentos

Utilizaram-se três instrumentos de avaliação das variáveis deste estudo, que foram aplicados ao longo de três sessões de cerca de 40 minutos cada.

3.5.1 Escala Fatorial de Ajustamento emocional/ Neuroticismo - EFN (Hutz & Nunes, 2001)

Instrumento autoadministrável, composto por 82 itens, que permite a avaliação da dimensão da personalidade humana denominada Neuroticismo/Estabilidade Emocional por meio de quatro fatores: vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão. As respostas são dadas em uma escala *Likert* de sete pontos, em que 7 corresponde à frase que descreve muito bem as opiniões e sentimentos ou atitudes do sujeito e 1, absolutamente não descreve bem. Os itens foram construídos na forma de frases que descrevem atitudes, crenças e sentimentos dos participantes como por exemplo: "Frequentemente sinto que coisas muito ruins estão por acontecer, mesmo sem nenhum motivo aparente".

Os quatro fatores são definidos da seguinte forma pelos autores:

- Vulnerabilidade - Avalia como as pessoas vivenciam sofrimentos em decorrência à aceitação dos outros para consigo. Escores elevados nesta escala indicam pessoas com baixa autoestima, que têm medo de ser abandonadas, dependentes de pessoas próximas, inseguras e com dificuldades de tomar decisões, características típicas dos Transtornos de Personalidade Dependente e de Esquiva.
- Desajustamento Psicossocial - Avalia sintomas presentes nos Transtornos de Personalidade Antissocial e *Borderline*. Altos escores nessa escala indicam pessoas que tendem a ser agressivas, hostis, mentirosas, manipuladoras e com elevado consumo de álcool, prática de jogos de azar, comportamentos sexuais de risco, envolvimentos em situações perigosas e que envolvam infrações graves.
- Ansiedade - Avalia sintomas somáticos relacionados com ansiedade, irritabilidade, transtornos do sono, impulsividade, sintomas de pânico etc. Altos escores nessa escala indicam pessoas emocionalmente instáveis, com grande variação de humor e disposição.
- Depressão - Avalia os índices de depressão. Escores elevados nessa escala revelam indivíduos com baixa expectativa em relação ao futuro, ausência de objetivos claros na vida, ideação suicida ou tentativas de autoextermínio.

Essa escala fundamenta-se no modelo de personalidade dos Cinco Grandes Fatores por meio da qual o neuroticismo identifica as pessoas predispostas ao adoecimento psíquico, elevados níveis de ansiedade, depressão, hostilidade. O instrumento apresenta boa consistência interna (*alpha*=0,94). (Hutz & Nunes, 2001).

3.5.2 Escala para avaliação de intenção de engajamento em comportamentos de risco

O instrumento foi autoadministrado, na presença do pesquisador, e contou com perguntas abordando assuntos relacionados a fatores de risco. Com base na escala de comportamento e percepção de risco de Weber, Blais e Betz (2002) que compreende o comportamento de risco em cinco domínios — decisões financeiras, saúde/segurança, ético, social e recreativo — criou-se a escala desenvolvida por Lopes, Lopes, Barbosa-Tinoco e Mundim-Masini (em produção) que foi utilizada neste trabalho. Essa escala é composta de 28 itens e avalia quatro domínios: social, ético, financeiro e saúde/segurança. Entende-se por risco à saúde/segurança a probabilidade de determinado comportamento causar prejuízos à saúde psicológica ou física ou à segurança de quem o executa, bem como o agravamento de doenças. O risco legal/ético está relacionado à probabilidade de determinado comportamento infringir regras, leis ou convenções morais, causar punições legais ou éticas para quem a realiza. O risco financeiro compreende a probabilidade de determinado comportamento causar prejuízos financeiros ou materiais para quem o executa ou danos em propriedade. O risco social, por sua vez, diz respeito à probabilidade de determinado comportamento ter consequências sociais negativas para quem a realiza, como rompimento ou prejuízo em relacionamentos importantes para o indivíduo, tais como família, cônjuge, amigos e chefia.

Os sujeitos indicaram (numa escala do tipo *Likert* de cinco pontos) a probabilidade de se engajarem em cada atividade. O grau 1 indicava “muito improvável” e o grau 5 indicava “muito provável”.

A análise fatorial da escala de intenção de comportar-se de forma arriscada apontou boa consistência interna (*alpha* = 0,80). A escala desenvolvida pode ser vista no ANEXO D.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia e foi aprovado em 28 de setembro de 2007 (protocolo registro CEP/UFU: 237/07). A pesquisa descrevendo a adaptação da escala encontra-se em fase final de redação.

3.5.3. Avaliação das emoções

Para avaliação das emoções, foram apresentados quatro *scripts* (narrativas/histórias) considerando os comportamentos de risco à saúde/ integridade física, risco social, risco financeiro e risco legal/ ético. As histórias foram elaboradas pela própria pesquisadora, a partir dos tipos de risco (Weber, Blais & Betz, 2002) apresentados na descrição da escala para avaliação de comportamentos de risco, anteriormente explicada. Após apresentar a história para o paciente, ele foi questionado sobre qual emoção sentiria caso a história acontecesse com ele. Os nomes das emoções foram apresentados e o paciente poderia escolher entre as seguintes emoções: raiva, tristeza ou medo. A opção pelo estudo dessas emoções, em específico neste trabalho, ocorreu pela necessidade de delimitar o campo de pesquisa e porque tais emoções são observadas na prática clínica como frequentes entre os pacientes.

A intensidade de cada emoção escolhida pelo participante, também foi verificada por meio de um cartão com uma escala *likert*. (5 pontos). Assim, para avaliar a intensidade da emoção de raiva, por exemplo, a escala foi apresentada da seguinte forma: nenhuma raiva (0), um pouco de raiva (1), uma raiva média (2), muita raiva (3) e completamente com raiva (4).

Os *scripts* utilizados e a escala *likert* para as emoções estão presentes no ANEXO E. Os *scripts* possuem uma versão masculina e feminina, para favorecer a empatia do paciente com o personagem da narrativa.

3.6. Procedimentos

O procedimento ocorreu na própria Unidade Básica de Saúde, levando-se em consideração a disponibilidade de salas onde pudesse existir um ambiente tranquilo, com iluminação adequada, arejado e em boas condições de higiene, no qual fossem evitadas interrupções. Inicialmente, o pesquisador se apresentou e fez um *rapport* com o participante. Cada avaliação ocorreu individualmente. Dados pessoais do indivíduo bem como anamnese já existiam em seu prontuário visto que havia passado anteriormente por acolhimento com profissional de Psicologia da Unidade de Saúde bem como por avaliação psiquiátrica.

Posteriormente, a pesquisadora aplicou a Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (Hutz & Nunes, 2001) visando a avaliar o grau de Neuroticismo apresentado pelo participante. Foram fornecidos ao participante lápis e a folha de resposta e solicitado que preenchesse os dados do cabeçalho. As instruções foram transmitidas conforme o Manual da Escala e as dúvidas que surgiam eram esclarecidas pelo pesquisador. O próprio participante lia as frases contidas na escala e assinalava as respostas que lhe eram mais adequadas. Essa escala foi aplicada em uma única sessão e teve duração média 40 minutos. O levantamento dos escores brutos foi realizado por meio do uso dos crivos correspondentes e a escala em geral foi interpretada a partir da conversão dos escores brutos em um escore padronizado.

A aplicação da Escala para avaliação dos comportamentos de risco ocorreu em outra sessão. Foi entregue ao participante uma folha de resposta e pedido que marcasse numa escala do tipo *Likert* de cinco pontos a probabilidade de se engajar em cada atividade. Esse instrumento foi aplicado para avaliar a intenção de engajamento em comportamentos de risco de cada participante e foi aplicado individualmente sendo o instrumento que foi mais brevemente respondido (em média 30 minutos). Cada participante marcou a coluna de

percepção de risco e comportamento de risco mas para fins desse estudo realizou-se a análise apenas dos comportamentos de risco que constituíam o foco do trabalho.

A exibição dos *scripts* ocorreu em uma terceira outra sessão. O participante lia cada um dos scripts separadamente e na seqüência de cada leitura respondia ao protocolo no qual ele assinalava uma dentre as seguintes emoções: raiva, tristeza ou medo. Então, imediatamente ele indicava a intensidade da emoção escolhida por meio de um cartão com uma escala *likert* descrita anteriormente. Aos participantes do sexo feminino foram entregues versões de personagens femininos e aos do sexo masculino foram entregues versões de personagens masculinos. O tempo médio de aplicação desse instrumento foi de 40 minutos.

Posteriormente à conclusão da aplicação dos instrumentos, sucedeu a correção da Escala Fatorial de Neuroticismo e da Escala de Percepção e Comportamento de risco bem como a análise das respostas dadas aos *scripts*. A análise dos dados e os resultados podem ser vistos a seguir.

4. RESULTADOS

A seguir, são apresentados os resultados da pesquisa subdividindo-os nos seguintes tópicos, com a finalidade de facilitar a compreensão e leitura: a) análises descritivas da amostra; b) análise dos resultados das escalas utilizadas na seguinte ordem: Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) e Escala de "intenção" de Comportamento de Risco; c) resultados relativos ao julgamento de emoções frente às narrativas descritivas de comportamentos de risco (*scripts*); d) estudo das correlações entre a escala de "intenção" de Comportamento de Risco e a EFN; e) estudo das correlações entre cada subescala de comportamento de risco, EFN e emoções relatadas em cada *script*. Para análise dos dados utilizou-se o programa SPSS *for Windows*, versão 12.0.

4.1. Análises Descritivas

Os dados obtidos a partir da Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN), Escala de "intenção" de Comportamento de risco e narrativas descritivas de risco (scripts) foram submetidos a análises descritivas, para verificar a normalidade ou não da amostra estudada. Os resultados indicaram uma amostra não-normal tanto para os resultados obtidos na EFN, quanto na escala de comportamento de risco e nos *scripts* (tabelas 3, 4 e 5). Dessa forma, todas as análises realizadas com os dados dessa pesquisa foram não- paramétricas.

Tabela 3. Valores de assimetria (*Skewness*) para a Escala Fatorial de Neuroticismo

	Vulnerabilidade	**Desajustamento Psicossocial**	**Ansiedade**	**Depressão**
Média	28,9	26,4	31,4	33,99
Desvio Padrão	4,54	4,80	2,91	1,23
Skewness	**-0,493**	**0,339**	**-1,268**	**-2,318**

N=20

Tabela 4. Valores de assimetria (*Skewness*) para os fatores da Escala de "intenção" de comportamento de Risco

	Comportamento Risco Social	**Comportamento Risco Legal-ético**	**Comportamento Risco Saúde**	**Comportamento Risco Financeiro**
Média	2,45	1,95	2,05	1,15
Desvio Padrão	1,31	0,75	1,19	0,36
Skewness	**0,428**	**0,086**	**0,725**	**2,12**

N=20

Tabela 5. Valores de assimetria (Skewness) para os *scripts* e emoções relatadas frente a esses *scripts*.

	SO raiva	**SO triste**	**SO medo**	**S/IF raiva**	**S/IF triste**	**S/IF medo**	**F Raiva**	**F triste**	**F medo**	**LE raiva**	**LE Triste**	**LE medo**
Média	0,70	1,25	0,75	2,20	1,30	0	0,75	1,15	1,00	0	1,15	2,05
Desvio Padrão	1,30	1,58	1,37	1,88	1,66	0	1,37	1,56	1,45	0	1,63	1,67
Skewness	**1,578**	**0,776**	**1,725**	**-0,321**	**0,546**	**_**	**1,453**	**0,823**	**0,919**	**_**	**0,784**	**-0,238**

N=20

***Nota*. SO - Risco Social; S/IF – Risco Saúde/ Integridade Física; FI-Risco Financeiro; LE- Risco Legal/Ético**

O símbolo (-) utilizado nesta tabela e em tabelas subsequentes indica que os participantes não deram respostas para a categoria em questão.

Os dados de assimetria da EFN, nesta pesquisa, para os fatores vulnerabilidade, depressão e ansiedade indicaram uma maior concentração de sujeitos amostrais com escores maiores que a média dessa amostra (os dados são negativamente assimétricos). Entretanto, os

fatores depressão e de ansiedade apresentam valores de assimetria tão grandes (maiores que -1) que indicaram desvios extremos da normalidade, portanto, essa distribuição dos dados restringe as análises a testes estatísticos não paramétricos. Por outro lado, o fator desajustamento psicossocial apresentou-se positivamente assimétrico, indicando maior concentração de sujeitos com escores menores que a média dessa amostra. A figura 2 apresenta os histogramas com suas respectivas curvas normais.

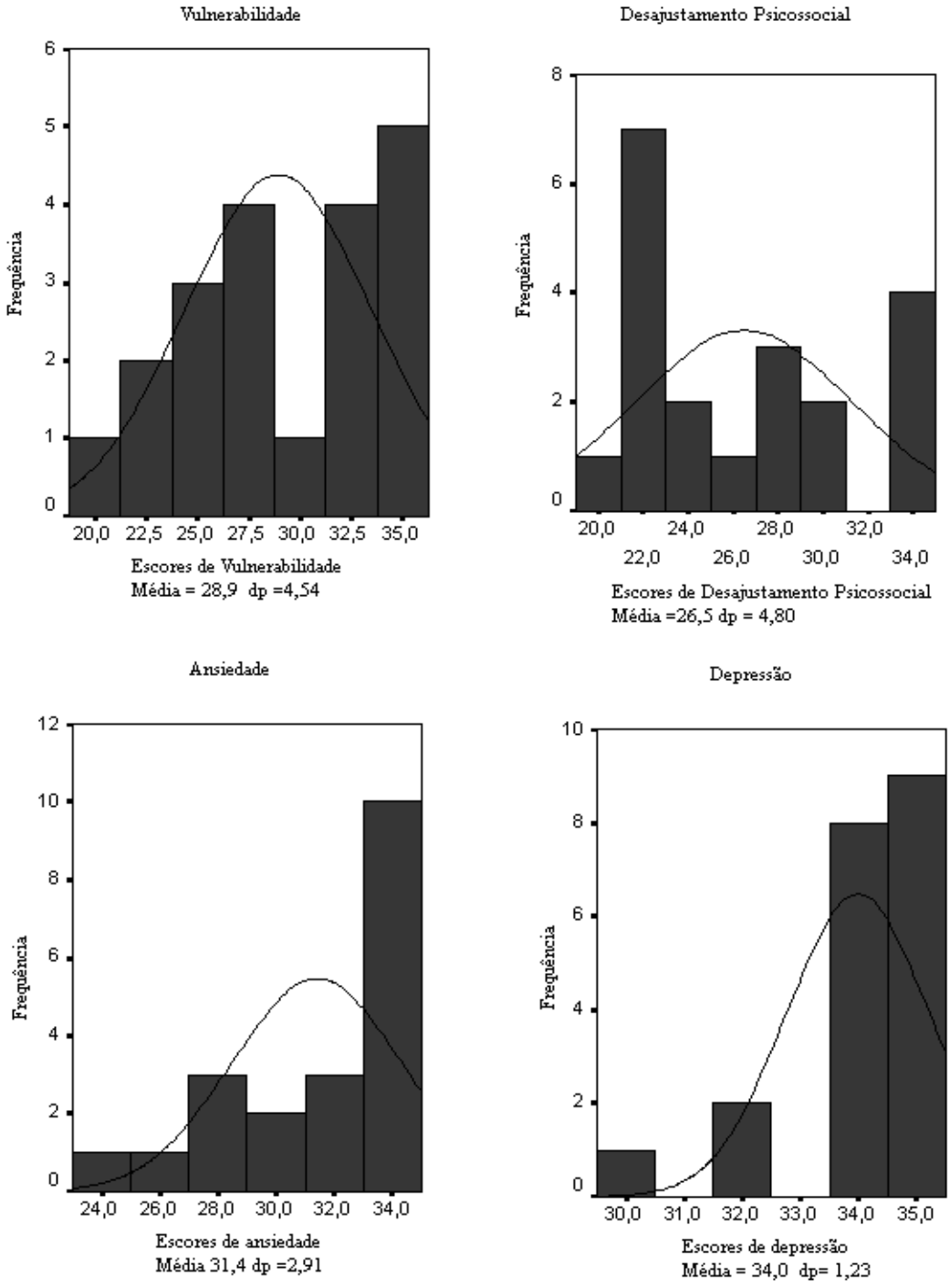


Figura 2. Histogramas com análise da normalidade da amostra para os fatores da escala de neuroticismo (EFN).

Já os dados de assimetria da escala de intenção de apresentar comportamento de risco são todos positivamente assimétricos, o que indica uma concentração maior de indivíduos com escores abaixo da média da amostra. Observou-se uma única exceção, com o fator risco legal-ético, em que se observa uma distribuição normal. A figura 3 mostra os histogramas com suas respectivas curvas normais.

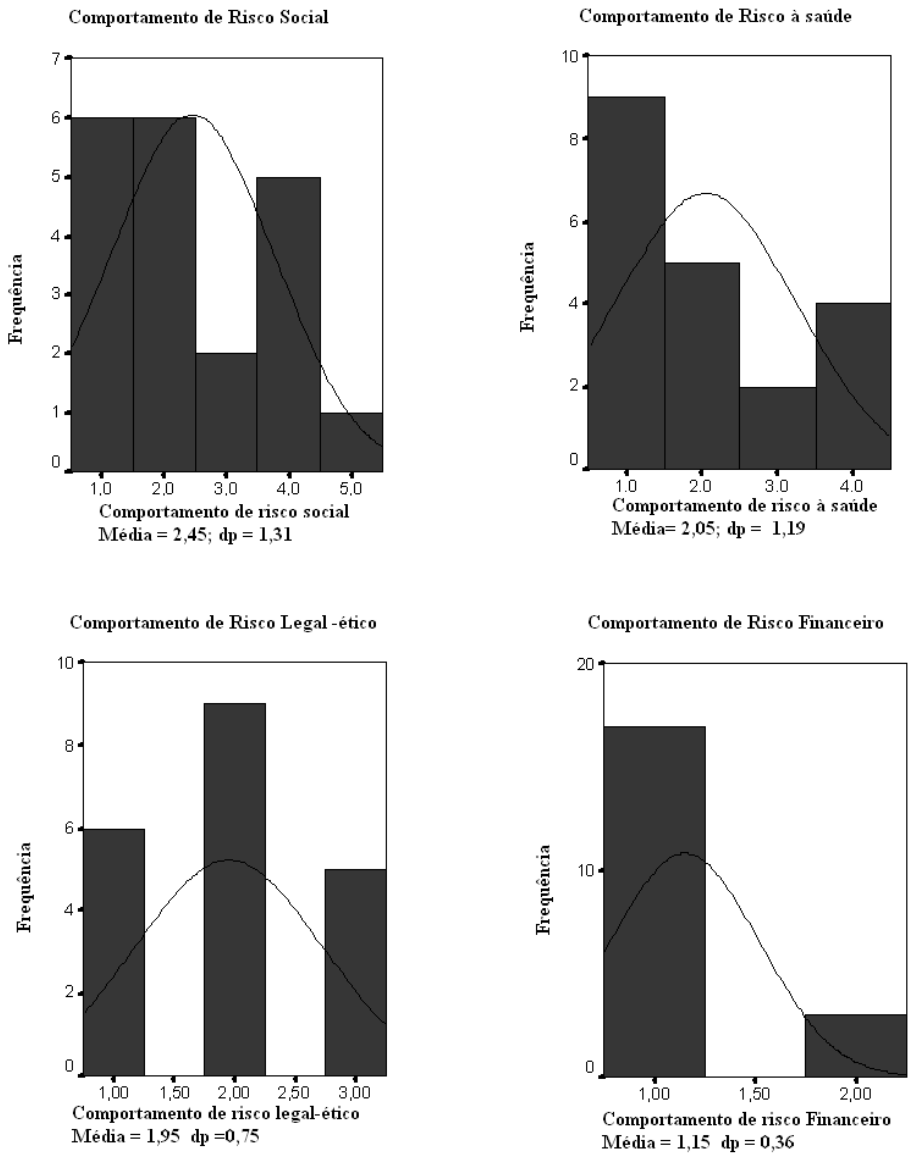


Figura 3. Histogramas com análise da normalidade da amostra para os fatores da escala de comportamento de risco

É interessante destacar nos histogramas a seguir, que os dados relativos às emoções avaliadas frente às narrativas descritivas de comportamento de risco (*script*) não respeitaram uma distribuição normal e por isso, os dados como um todo foram analisados a partir de

estatísticas não paramétricas. Destaca-se, também, que, na maioria dos casos, observaram-se distribuições positivamente assimétricas, ou seja, a maioria dos sujeitos julgou as emoções com uma intensidade inferior à média, como pode ser observado nas figuras 4a, 4b, 4c e 4d .

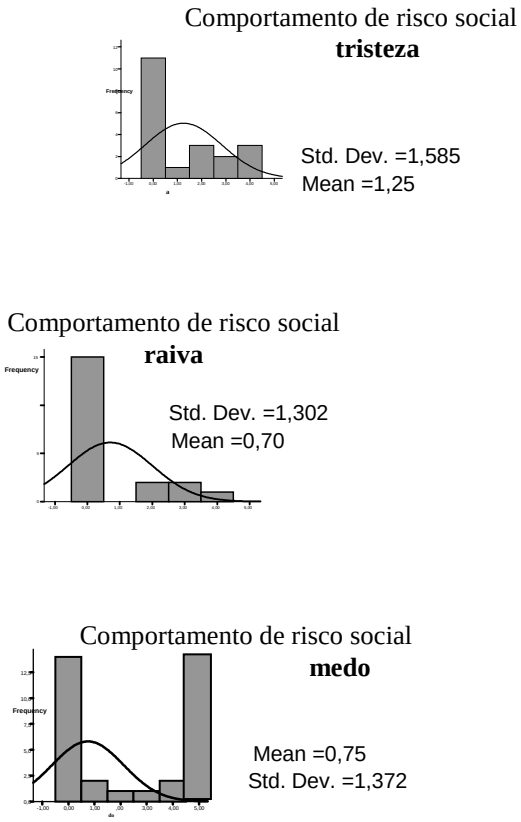
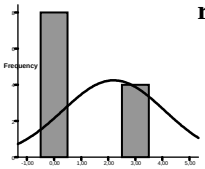


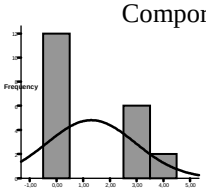
Figura 4a. Histogramas com análise da normalidade da amostra para a narrativa descritiva de risco social (script) e intensidade das emoções avaliadas

Comportamento de risco saúde
raiva



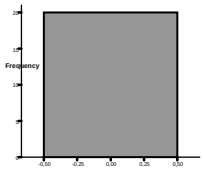
Std. Dev. =1,881
Mean =2,20

Comportamento de risco saúde
tristeza



Std. Dev. =1,658
Mean =1,30

Comportamento de risco saúde
medo



Std. Dev. =0,00
Mean =0,00

Figura 4b. Histogramas com análise da normalidade da amostra para a narrativa descritiva de risco saúde (script) e intensidade das emoções avaliadas

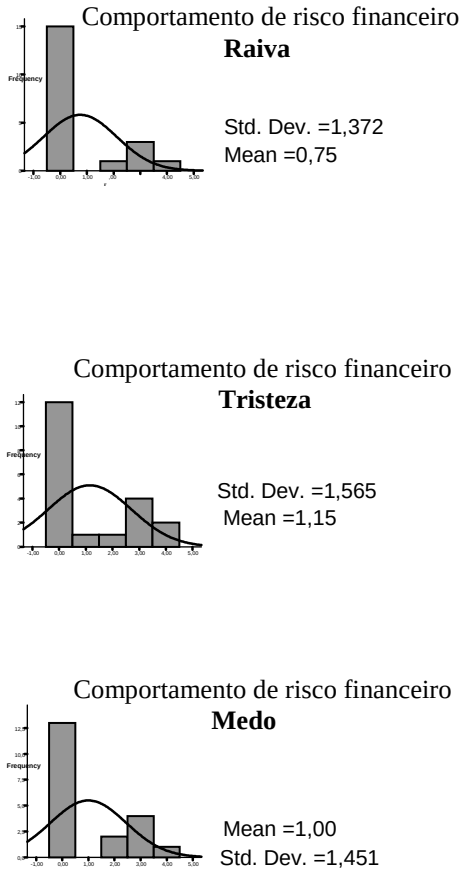
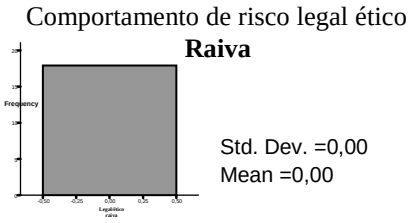
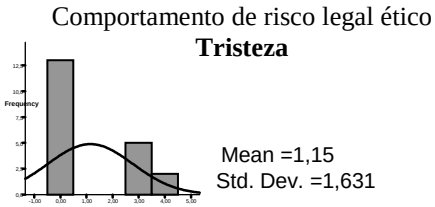


Figura 4c. Histogramas com análise da normalidade da amostra para a narrativa descritiva de risco financeiro (script) e intensidade das emoções avaliadas





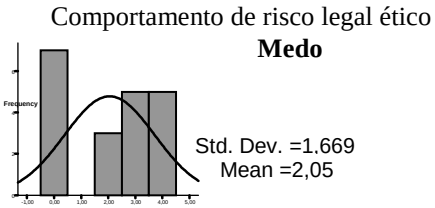


Figura 4d. Histogramas com análise da normalidade da amostra para a narrativa descritiva de risco legal ético (script) e intensidade das emoções avaliadas

4.2. Análise dos resultados das escalas

4.2.1. Desempenho dos participantes na Escala Fatorial de Ajustamento emocional/neuroticismo- EFN

A análise dos dados da Escala Fatorial de Neuroticismo foi realizada conforme as informações fornecidas pelos autores da Escala EFN. Segundo Hutz e Nunes (2001), escores-padrão entre 80 e 120 são esperados para a maior parte da população e definem o nível padrão de neuroticismo. Escores abaixo de 80 pontos foram considerados como nível baixo e acima de 120 pontos, como nível alto. Em relação a esses níveis de neuroticismo, encontramos, neste estudo, as seguintes distribuições: seis participantes (30%) apresentaram nível padrão de neuroticismo *(M= 114,85 ; DP=3,58)* e quatorze participantes (70%) apresentaram nível alto de neuroticismo *(M=123,34 ; DP=4,39).* Nenhum participante apresentou nível baixo de neuroticismo, o que ajuda a caracterizar a amostra como uma amostra clínica.

Em relação às subescalas da EFN, os resultados indicaram que os participantes obtiveram as seguintes pontuações médias: Vulnerabilidade (N1) (28,93), Desajustamento Psicossocial (N2) (26,47), Ansiedade (N3) (31,40) e Depressão (N4) (33,99).

Os escores médios, as medianas, os desvios padrão e a variância dos escores obtidos nas subescalas da EFN foram calculados e os resultados podem ser observados na tabela 6.

Tabela 6. Escores padrão médios, medianas, desvios padrão e variâncias obtidos pela amostra nas subescalas da EFN.

		Vulnerabilidade	Desajustamento	Ansiedade	Depressão
N	Casos válidos	20	20	20	20
	Casos ausentes	0	0	0	0
Média		28,93	26,47	31,40	33,99
Mediana		28,75	25,40	32,85	34,20
Desvio Padrão		4,54	4,80	2,91	1,23
Variância		20,64	23,08	8,47	1,51

É interessante destacar que na subescala vulnerabilidade, 70% da amostra apresentaram escores de vulnerabilidade acima da média estabelecida pelo manual, acima do percentil 55 (tabela 7).

Tabela 7. Percentis, frequência e porcentagens da amostra para escores médios do fator vulnerabilidade.

Escores Médios	Percentil	Frequência	Porcentagem da amostra
20,30	20	1	5,0
21,80	30	2	10,0
24,70	50	2	10,0
25,60	55	1	5,0
27,80	70	1	5,0
28,20	75	3	15,0
29,30	80	1	5,0
32,00	90	4	20,0
34,00	95	5	25,0
Total	**-**	**20**	**100,0**

Com relação ao fator desajustamento psicossocial, 50% da amostra apresentou escores acima da média do manual (acima do percentil 55) (tabela 8).

Tabela 8. Percentis, frequência e porcentagens da amostra para escores médios do fator desajustamento psicossocial.

Escores Médios	Percentil	Freqüência	Porcentagem da amostra
20,40	5	1	5,0
21,30	20	1	5,0
21,80	30	2	10,0
22,00	5	2	10,0
22,30	35	1	5,0
22,80	40	1	5,0
23,30	45	1	5,0
24,20	55	1	5,0
26,60	80	1	5,0
28,60	90	3	15,0
30,60	95	2	10,0
33,50	95	4	20,0
Total	**-**	**20**	**100,0**

É importante destacar que 90 % da amostra apresentaram escores acima da média indicada pelo manual para o fator ansiedade (acima do percentil 55) (tabela 9).

Tabela 9. Percentis, frequência e porcentagens da amostra para escores médios do fator ansiedade

Escores Médios	Percentil	Frequência	Porcentagem da amostra
24,40	50	1	5,0
25,30	55	1	5,0
28,50	75	1	5,0
28,60	75	2	10,0
30,30	85	1	5,0
30,50	85	1	5,0
31,90	90	2	10,0
32,20	90	1	5,0
33,50	95	6	30,0
33,70	95	4	20,0
Total	**-**	**20**	**100,0**

O dado mais interessante dessa análise foi relacionado ao fator depressão. Observou-se que 100% da amostra apresentou índices de depressão acima da média preconizada pelo manual da escala (acima percentil 60) (tabela 10).

Tabela 10. Percentis, frequência e porcentagens da amostra para escores médios do fator depressão.

Escores Médios	Percentil	Frequência	Porcentagem da amostra
30,10	85	1	5,0
31,90	90	2	10,0
34,20	95	8	40,0
34,70	95	9	45,0
Total	**-**	**20**	**100,0**

A análise do *box plot* apontou que apenas no caso do fator depressão se observaram casos que apresentaram valores de escores atípicos da amostra (escores um pouco mais baixos) (figura 5). Esses casos referem-se aos participantes 6 e 10.

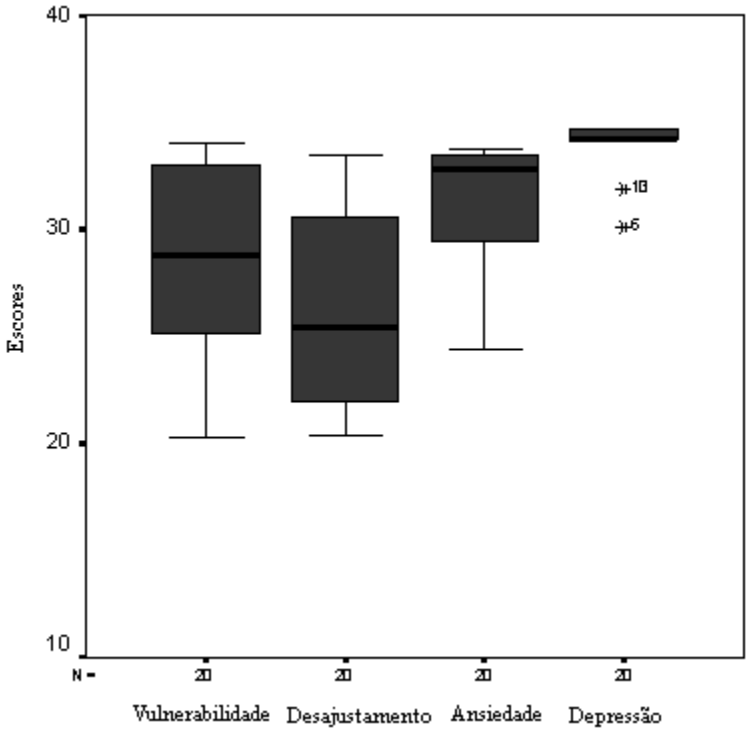


Figura 5. *Box plot* subescalas da EFN

Os escores das subescalas da EFN foram submetidos ao teste de Wilconxon para verificar se havia diferença estatística significativa entre as medianas das subescalas. Encontraram-se as seguintes diferenças de julgamento: entre as subescalas de depressão e desajustamento psicossocial (Z= -3,92; p=0,00); entre as subescalas de ansiedade e de desajustamento psicossocial (Z= - 3,36; p=0,001) e entre as subescalas de depressão e de ansiedade (Z= - 3,07; p=0,002) (tabela 11).

Tabela 11. Notas Z e significância das subescalas da EFN submetidas ao teste de Wilconxon

Wilconxon	Desajustamento Vulnerabilidade	Ansiedade Vulnerabilidade	Depressão Desajustamento	Ansiedade Desajustamento	Depressão Desajustamento	Depressão Ansiedade
Z	-1,307(a)	-1,456(b)	-3,926(b)	-3,362(b)	-3,661(b)	-3,070(b)
Sig.	,191	,145	,000	,001	,000	,002

a Baseado em ranks positivo.
b Baseado em ranks negativos.

Com a finalidade de observar diferenças de desempenho nas subescalas em função do sexo, submeteram-se os escores de homens e mulheres ao teste Mann-Whitney (tabela 12). Observaram-se diferenças de desempenho apenas na subescala de depressão; homens apresentaram escores médios de 33,74 e mulheres apresentaram escores médios de 34,19. Dessa forma, as mulheres apresentaram escores de depressão um pouco maiores do que os escores dos homens.

Tabela 12. Valores do Teste Mann-Whitney em função da diferença entre sexos nas subescalas da EFN.

	Vulnerabilidade	Desajustamento	Ansiedade	Depressão
Mann-Whitney	44,500	43,000	38,000	16,000
Z	-,385	-,497	-,890	-2,767
Sig.	,700	,619	,374	**,006**

Variável de agrupamento: SEXO

4.2.2 Desempenho dos participantes na Escala de Comportamento de Risco

Os escores médios, as medianas, os desvios padrão e a variância dos escores obtidos nas subescalas do comportamento de risco foram calculados e os resultados podem ser observados na tabela 13**.**

Tabela 13. Escores médios, medianas, desvios padrão e variâncias dos escores obtidos pela amostra nas subescalas de comportamento de risco

		Risco Social	Risco legal-ético	Risco à saúde	Risco financeiro
N	**Casos válidos**	20	20	20	20
	Casos ausentes	0	0	0	0
Média		2,45	1,95	2,05	1,15
Mediana		2,00	2,00	2,00	1,00
Desvio Padrão		1,31	,75	1,19	,36
Variância		1,73	,57	1,41	,13

Os resultados também mostram que a amostra apresentou em alguns fatores medidas de tendência central (médias e medianas) muito semelhantes.

Observou-se que a amostra teve pouca intenção de apresentar comportamentos de risco social, sendo que, 60% da amostra apresentam escores 1 e 2. Entretanto, 40% da amostra relataram comportamento de risco social em uma frequência de média a alta (escores 3,4 e 5) (tabela 14)

Tabela 14. Frequência absoluta e porcentagem de comportamentos de risco social relatados pela amostra

Escores	Frequência	Porcentagem
1,00	6	30,0
2,00	6	30,0
3,00	2	10,0
4,00	5	25,0
5,00	1	5,0
Total	**20**	**100,0**

Os resultados também indicam que 75% da amostra relataram uma frequência baixa de intenção de apresentar comportamentos de risco legal-ético e 25% relataram intenção de apresentar comportamentos de risco legal ético com uma frequência mediana (escore 3) (tabela 15).

Tabela 15. Frequência absoluta e porcentagem de comportamentos de risco legal ético relatados pela amostra

Escores	Frequência	Porcentagem
1,00	6	30,0
2,00	9	45,0
3,00	5	25,0
Total	**20**	**100,0**

Observa-se também que 70% da amostra afirmou possuir pouca intenção de apresentar comportamentos de risco à saúde, contudo 30% da amostra relatou intenção de apresentar comportamentos de risco à saúde em uma frequência de média a alta (escores 3 e 4) (tabela 16)

Tabela 16. Frequência absoluta e porcentagem de comportamentos de risco à saúde relatados pela amostra

Escores	Frequência	Porcentagem
1,00	9	45,0
2,00	5	25,0
3,00	2	10,0
4,00	4	20,0
Total	**20**	**100,0**

Finalmente, os resultados indicaram que a amostra apresentou uma frequência muito baixa de intenção de apresentar comportamentos de risco financeiro. Assim, 85% dos participantes avaliaram como muito improvável a intenção de engajar-se em comportamentos de risco financeiro (tabela 17).

A análise do *box plot* apontou que apenas no caso do fator risco financeiro observam-se os seguintes casos que apresentam valores de escore atípico da amostra, especificamente escores um pouco maiores mas que não sugerem intenção de comportar-se de forma arriscada, uma vez que se referem ao escore 2 (improvável) (casos 10, 19 e 20) (figura 6)

Tabela 17. Frequência absoluta e porcentagem de comportamentos de risco financeiro relatados pela amostra

Escores	Frequência	Porcentagem
1,00	17	85,0
2,00	3	15,0
Total	**20**	**100,0**

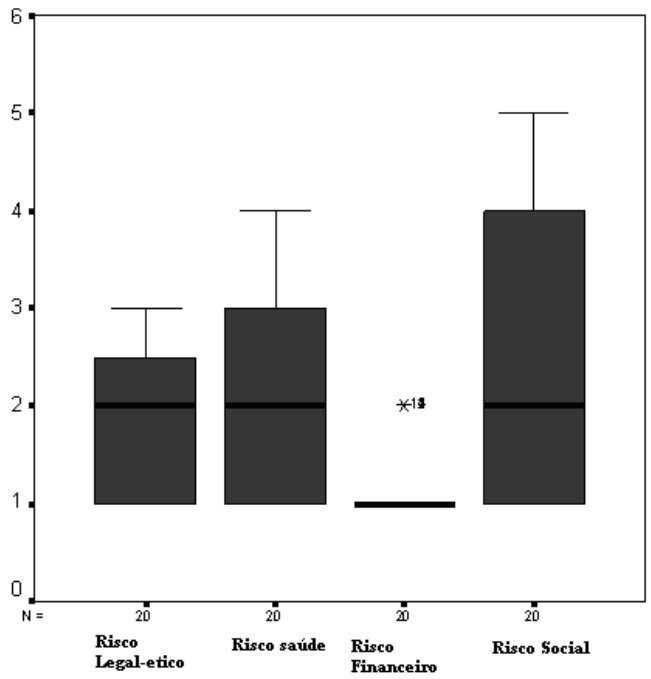


Figura 6. *Box plot* Escala de Comportamentos de Risco

Com o objetivo de observar diferenças de desempenho nas subescalas de risco em função do sexo submeteram-se os escores de homens e mulheres ao teste Mann-Whitney. Não se observaram diferenças entre os sexos em nenhuma das subescalas (tabela 18).

Tabela 18. Valores do Teste Mann-Whitney em função da diferença entre sexos nas subescalas de risco.

	SOCIAL	LEGAL	SAUDE	FINANCEIRO
Mann-Whitney	44,000	32,000	30,000	43,000
Z	-,433	-1,427	-1,574	-,797
Sig.	,665	,154	,116	,425

Os escores das subescalas de risco foram submetidos ao teste de Wilconxon para verificar se havia diferença estatística significativa entre as medianas das subescalas. Encontraram-se as seguintes diferenças de julgamento: entre as subescalas de risco legal-ético

e risco social (*Z*= - 2,01; *p*= 0,044); entre risco à saúde e risco social (*Z*= - 1,94; *p*= 0,05); entre risco financeiro e risco social (*Z*= -3,22; *p*= 0,001); entre risco financeiro e risco legal-ético (*Z* = - 3,17; *p*= 0,01) e entre risco financeiro e risco à saúde (*Z* = - 2,70; *p*= 0,007) (tabela 19).

O comportamento de risco social aparece com a maior média (*M*=2,45) seguido pelo comportamento de risco a saúde (*M*=2,05). Por último, aparecem os comportamentos de risco legal ético (*M*=1,95) e comportamento de risco financeiro (*M* =1,15).

Tabela 19. Notas Z e significância das subescalas de risco submetidas ao teste de Wilconxon.

Wilconxon	**R.LEGAL R.SOCIAL**	**R.SAUDE R.SOCIAL**	**R.FINANCEIRO R.SOCIAL**	**R. SAUDE R.LEGAL**	**R.FINANCEIRO R.LEGAL**	**R.FINANCEIRO R.SAUDE**
Z	-2,013(a)	-1,941(a)	-3,225(a)	-,577(b)	-3,176(a)	-2,705(a)
Sig.	,044	,052	,001	,564	,001	,007

a Baseado em ranks positivo.
b Baseado em ranks negativos.

4.2.3 Desempenho dos Participantes nas narrativas descritivas de comportamento de risco (*scripts*)

Os quatro *scripts* focalizando riscos (social, legal-ético, financeiro e de saúde/ integridade física) foram analisados em função de cada uma das emoções que foram associadas a eles. A tabela 20 mostra as médias e os desvios padrão das intensidades das emoções atribuídas a cada *script*. Nota-se que, no *script* em que se descreveu risco social, a emoção mais intensa presumida foi a de tristeza (*M*= 0,70); naquele em que se descreveu risco à saúde/integridade física, a emoção mais intensa presumida pelos sujeitos foi raiva (*M* =2,2); no que se descreveu risco financeiro, a emoção mais intensa atribuída ao contexto descrito foi a tristeza (*M*= 1,15) e no *script* que abordou um contexto de risco legal-ético, a emoção mais

intensamente referida foi a de medo (*M* = 2,05). É interessante notar que, de forma geral, as emoções foram relatadas com intensidade emocional de “pouco” ou “médio” nível (escores em torno de 1 e 2)

Tabela 20. Médias e desvios padrão dos julgamentos de emoções atribuídas aos scripts que avaliaram comportamentos de risco

	Médias	**Desvio-padrão**
Risco social		
RAIVA	0,70	1,30
TRISTEZA	1,25	1,58
MEDO	0,75	1,37
Risco à saúde		
RAIVA	2,20	1,88
TRISTEZA	1,30	1,65
MEDO	0,00	0,00
Risco Financeiro		
RAIVA	0,75	1,37
TRISTEZA	1,15	1,56
MEDO	1,00	1,45
Risco Legal- ético		
RAIVA	0,00	0,00
TRISTEZA	1,15	1,63
MEDO	2,05	1,66

N= 20

De forma geral, a amostra se concentrou em níveis de intensidade emocional baixa (escore iguais ou menores que 1) em todos os *scripts* testados (tabela 21). É interessante notar, entretanto, que no *script* enfocando risco social, 15% da amostra referiu sentir-se “completamente triste”; no *script* focalizando risco à saúde, 40% da amostra referiu-se

“completamente com raiva”; no *script* enfocando contexto de risco financeiro 30% da amostra referiu níveis altos de tristeza (20% “muita tristeza”; 10%” completamente triste”) e no *script* sobre risco legal ético 50% da amostra indicou níveis altos de medo (25% “muito medo”; 25% “completamente com medo”).

Tabela 21. Porcentagens da amostra referindo emoções de raiva, tristeza e medo para cada um dos *scripts* investigados.

Risco/Emoção	0	1	2	3	4
Social					
Raiva	75 %	0%	10%	10%	5%
Tristeza	55%	5%	15%	10%	15%
Medo	70%	10%	5%	5%	10%
Saúde					
Raiva	40%	0%	0%	20%	40%
Tristeza	60%	0%	0%	30%	10%
Medo	100%	0%	0	0%	0%
Financeiro					
Raiva	75%	0%	5%	15%	5%
Tristeza	60%	5%	5%	20%	10%
Medo	65%	0%	10%	20%	5%
Legal-ético					
Raiva	100%	0%	0%	0%	0%
Tristeza	65%	0%	0%	25%	10%
Medo	35%	0%	15%	25%	25%

Finalmente, realizou-se um teste de Friedman para verificar se houve diferença no julgamento das emoções referidas para cada *script* (tabela 22). O teste indicou que no *script* saúde houve diferença significativa entre raiva (*M*=2,2), tristeza (*M*= 1,30) e medo (*M*= 0,00),

(X^2 = 11,2; p=0,04). O mesmo ocorreu para o *script* legal-ético (X^2 = 12,7; p=0,02) sendo que as médias observadas foram: raiva (0), medo (2,05), tristeza (1,15).

Tabela 22. Teste de Friedman das emoções (raiva, medo, tristeza)

Risco	X^2	Sig
Social	*1,3*	*0,52*
Saúde	11,2	0,04
Financeiro	0,70	0,70
Legal ético	*12,7*	*0,02*

4.2.3.1 Expressões verbais dos participantes diante das narrativas de risco

Após a leitura de cada narrativa de risco (script) os participantes diziam qual emoção sentiriam se a historia acontecesse com eles. Muitos participantes expuseram suas impressões acerca do conteúdo dos scripts de acordo com as emoções experimentadas a partir da leitura das narrativas. As expressões verbais a seguir mostram algumas opiniões dos participantes sobre a situação de risco do script:

Script risco saúde:

> Tenho vontade de esganar uma pessoa assim! Da muita raiva na gente! Tem que largar essa mulher, cobrar pensão dela! Muito abuso isso! (sic) (PARTICIPANTE 10)

> Raiva dessa mulher! Como pode existir alguém tão fraco assim ? Aguentar isso é fraqueza! Tem que arrumar um emprego logo e sair dessa casa. Muita humilhação ser traído assim! (sic) (PARTICIPANTE 17)

Eu não aguento isso nenhum dia! Eu brigo mesmo! Mando o braço pra ver quem bate mais!! Eu quebro a casa toda e ele também pra aprender a me respeitar (sic) (PARTICIPANTE 19)

Script risco social:

Triste não conseguir falar o que a gente tá pensando. Dá um bloqueio,não tem coragem, não sai a voz! (sic) (PARTICIPANTE 3)

Eu também dependo de remédio pra dormir e ate tentei me matar com ele! Triste depender de Rivotril! (sic) (PARTICIPANTE 4)

Medo de falar e pensarem que a gente é boba! Ficaria quieta e calada, não gosto de conversar! (sic) (PARTICIPANTE 9)

Script risco financeiro

Triste ter essas fraquezas! Coitada vai se afundar nas dívidas! Eu firmaria o pensamento, prometer e cumprir e não jogar mais! (sic) (PARTICIPANTE 15)

Triste viver assim! Tem que pedir ajuda para a família e para a Igreja! Pedir muita oração para ter força e não fraquejar! (sic) (PARTICIPANTE 4)

Raiva de ser fraca assim! Essa moça precisa de uns bons conselhos e conversar com alguém mais experiente na vida! Conversar com amigos de cabeça boa! (sic) (PARTICIPANTE 10)

Script risco legal ético:

Medo da polícia, nossa que vergonha todo mundo saber que meu filho tá mexendo com essas coisas! Tem que colocar ele na parede: ou para com isso ou sai de

> casa!Também tenho medo de ver meu filho morto, assassinado igual a gente conhece uns casos aqui no bairro! Esse dinheiro não pode entrar em casa, a mãe não pode pegar! Ela tem que trabalhar!! (sic) (PARTICIPANTE 4)

> Medo da policia pegar ele!! Eu fico com pena dessa mãe! Tem que aconselhar esse moço para ele parar de fazer coisa errada! (sic)
> (PARTICIPANTE 16)

> Tristeza demais ver um filho assim! Tem que buscar ajuda! No CAPS tem tratamento para isso! (sic) (PARTICIPANTE 19)

4.2.4 Análise das correlações entre as subescalas que constituem a Escala de Comportamento de Risco e a Escala Fatorial de Neuroticismo

Submeteram-se os escores médios à análise de correlações de Spearman e foram observadas as correlações descritas a seguir e que podem ser observadas na tabela 23.

No que tange ao comportamento de risco legal/ético, observaram-se as seguintes correlações positivas: com risco social (ρ= 0,674, p<0,01); risco à saúde (ρ= 0,790, p<0,01); com desajustamento (ρ =0,539, p<0,05) e com ansiedade (ρ =0,463, p<0,05). Assim, quanto maior foi a intenção de se engajar em comportamentos de risco dos tipos que desafiam regras e leis, maior também foi a intenção de comportar-se de forma arriscada, envolvendo aspectos ligados à saúde e também a aspectos de ordem social. Além disso, indivíduos com tendência à hostilidade, à agressividade, que abusam de álcool e ansiosos apresentaram maior intenção de se engajarem em comportamentos de risco legal-ético.

Com relação ao comportamento de risco à saúde, observaram-se as seguintes correlações positivas, além da já descrita: com risco social (ρ =0,709, p<0,01); com desajustamento (ρ=0,592, p<0,01) e com ansiedade (ρ =0,483, p<0,05). Observaram-se

também as seguintes correlações negativas: com vulnerabilidade (ρ = -0,504, p<0,05) e com depressão (ρ =-0,601, p<0,01). Dessa forma, quanto maior a intenção relatada de se comportar arriscadamente envolvendo elementos ligados à saúde, ou seja, apresentar comportamentos com chances de prejuízo à saúde física ou mental, maiores também foram as intenções de apresentar comportamentos que envolvem riscos sociais e que trazem prejuízos aos relacionamentos da pessoa. Mais uma vez, verificou-se que quanto maiores os níveis de desajustamento psicossocial e de ansiedade, mais frequentes foram as intenções relativas de apresentar comportamentos de risco à saúde e risco social. Por outro lado, quanto mais um indivíduo apresentou dependência de outras pessoas (vulnerabilidade, depressão e baixa autoestima) menos relatou intenção de se engajar em comportamentos de risco à sua saúde.

Em relação à intenção de apresentar comportamento de risco social observaram-se as seguintes correlações positivas, além das já descritas: com desajustamento (ρ =0,737, p<0,01) e com ansiedade (ρ= 0,498, p<0,05). Verificaram-se também as seguintes correlações negativas: com vulnerabilidade (ρ= -0,720, p<0,01) e com idade (ρ = -0,468, p<0,01). Essas correlações demonstram, mais uma vez, que, quanto maiores foram os níveis de ansiedade e desajustamento psicossocial, mais frequentes foram as intenções de emitir comportamentos de risco social que podem provocar desavenças no ambiente familiar, no trabalho etc. Todavia, quanto maior a idade de uma pessoa e quanto maior o medo de ser abandonada pelos amigos, menores foram as intenções relatadas de se comportar de forma arriscada na esfera social.

Duas outras correlações foram observadas entre as subescalas do EFN: uma correlação negativa entre desajustamento e vulnerabilidade (ρ =-0,543, p<0,05) e outra positiva, entre depressão e vulnerabilidade (ρ =0,527, p<0,05). Nesse sentido, quanto mais uma pessoa se mostrou dependente de outros, temerosa de ser abandonada e insegura, menos demonstrou agressividade e hostilidade, além de apresentar tendência reduzida para abuso de álcool e para

condutas sexuais de risco. Adicionalmente, quanto maiores os níveis de vulnerabilidade, maiores também os níveis de depressão marcada por autoestima rebaixada e ideação suicida.

Tabela 23. Tabela de correlações (Spearman's rho) entre os fatores da escala EFN e Escala de Comportamento de Risco

	so	le	s/if	fi	vulner	desaj	ansie	depres	idade
R.SOCIAL	1,000								
R. LEGAL	,674**	1,000							
R. SAÚDE	,709**	,790**	1,000						
R. FINANCEIRO	,214	,221	,103	1,000					
VULNERAB	-,720**	-,356	-,504*	,172	1,000				
DESAJUST	,737**	,539*	,592**	-,037	-,543*	1,000			
ANSIEDADE	,498*	,463*	,483*	-,148	-,264	,313	1,000		
DEPRESSÂO	-,434	-,371	-,601**	-,013	,527*	-,393	-,130	1,000	
IDADE	-,468**	-,247	-,145	-,231	,309	-,313	-,212	,253	1,000

Nota. SO- risco social, LE- risco legal ético, S/IF- risco saúde e integridade física, FI- risco financeiro, VULNER - vulnerabilidade, DESAJ - desajustamento, ANSIED -ansiedade, DEPRES - depressão
****p< 0.01**
*** p<0.05**
N=20

4.2.5 Análise das correlações entre as subescalas que constituem a Escala de Comportamento de Risco, Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) e narrativas descritivas de comportamentos de risco (*scripts*)

Os escores médios de cada instrumento foram submetidos à Análise de Correlações de Spearman e foram observadas as seguintes correlações descritas a seguir.

No *script* de risco à saúde/integridade física, a emoção de raiva se correlacionou positivamente com a intenção de apresentar comportamento de risco à saúde (ρ = 0,494,

p<0,005) e apresentou correlação negativa com a emoção de tristeza (ρ = -0,891, p< 0,01). Assim, no contexto do *script* que continha informações de risco à saúde e integridade física, quanto maior a raiva presumida pelos participantes em relação à forma como era tratada o personagem do *script* (sofrendo agressões físicas e psicológicas) maiores também foram as intenções de se engajar em comportamentos de risco à saúde. Por outro lado, quanto maior a tristeza expressada pelos participantes, menor a raiva relatada (tabela 24).

Tabela 24. Correlações entre os comportamentos de risco à saúde, EFN, emoções relatadas nos *script* de risco à saúde/integridade física e idade

	Risco Saúde	**Idade**	**EFN**	**Raiva**	**Tristeza**	**Medo**
Risco Saúde	1,000					-
Idade	,145	1,000				-
EFN	,161	-,075	1,000			-
Raiva	**,494 ***	-,015	,393	1,000		-
Tristeza	-,334	,220	,341	**-,891****	1,000	-
Medo	-	-	-	-	-	-

**** p< 0.01**
*** p<0.05**
N=20

A emoção de medo relatada no *script* de risco financeiro apresentou correlação negativa com a Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) (ρ = - 0,451, *p*< 0,05). Dessa forma, quanto maior o medo relatado pelo participante no contexto de risco financeiro, menor a instabilidade emocional apresentada nas questões referentes a finanças.

A emoção tristeza e a emoção de raiva relatadas nesse *script* apresentaram correlação negativa (ρ = - 0,450, p< 0,05). O mesmo ocorreu no relacionamento entre a emoção tristeza e a emoção medo, cujas correlação foi negativa e moderada (ρ = -0,564, *p*<0,01). Nesse sentido,

quanto maior a tristeza relatada pelo indivíduo em relação à situação de risco financeiro relatada no *script*, menos relatou sentir raiva e medo em relação a tal situação (tabela 25).

Tabela 25. Correlações entre os comportamentos de risco financeiro, EFN, emoções relatadas nos *script* de risco financeiro e idade

	Risco Financeiro	**Idade**	**EFN**	**Raiva**	**Tristeza**	**Medo**
Risco Financeiro	1,000					
Idade	-,231	1,000				
EFN	-,085	-,075	1,000			
Raiva	-,240	,316	,115	1,000		
Tristeza	-,055	,098	,267	**-,450***	1,000	
Medo	,301	-,335	**-,451***	-,409	**-,564****	1,000

**** p< 0.01**
*** p<0.05**
N=20

As análises realizadas com o *script* de risco social revelaram que o comportamento de risco social apresentou correlação negativa com a idade (ρ = - 0,468, p< 0,05). Essa correlação apareceu novamente, indicando que quanto mais velha uma pessoa, menos relatou comportamentos que prejudicariam suas relações interpessoais. Adicionalmente, a emoção de raiva relatada nesse *script* correlacionou-se positivamente com os comportamentos de risco social (ρ = 0,666, p< 0,01), indicando que quanto mais raiva um sujeito relatou sentir, mais frequentemente relatou intenção de engajar-se em comportamentos de risco social. A emoção de tristeza e a emoção de raiva apresentaram correlação negativa (ρ= -0,489, p<0,05). O mesmo ocorreu com o relacionamento entre tristeza e medo sendo tal correlação também negativa (ρ = -0,551, p< 0,05). Nesse sentido, quanto maior a tristeza relacionada à dificuldade de expor as ideias e opiniões em um grupo (situação do *script*) menores foram as emoções de raiva e medo diante da mesma situação (tabela 26).

Tabela 26. Correlações entre os comportamentos de risco social, EFN, emoções relatadas nos *script* de risco social e idade

	Risco Social	Idade	EFN	Raiva	Tristeza	Medo
Risco Social	1,000					
Idade	**-,468***	1,000				
EFN	,148	-,075	1,000			
Raiva	**,666****	-,305	,385	1,000		
Tristeza	-,421	,257	-,365	**-,489***	1,000	
Medo	-,390	,126	,173	-,366	**-,551***	1,000

**** p< 0.01**
*** p<0.05**
N=20

A correlação entre a emoção de medo e a emoção tristeza relatadas no *script* de risco legal/ético foi negativa (ρ = -0,844, *p*< 0,01). Dessa forma, quanto mais medo um sujeito relatou sentir diante da situação apresentada no *script* (comportamentos ilegais de um filho relativos ao tráfico de drogas), menos tristeza relatou em relação à mesma situação (tabela 27).

Tabela 27. Correlações entre os comportamentos de risco legal/ético, EFN, emoções relatadas no *script* de risco legal /ético e idade

	Risco legal ético	Idade	EFN	Raiva	Tristeza	Medo
Risco legal ético	1,000					
Idade	-,247	1,000				
EFN	,208	-,075	1,000			
Raiva	-	-	-	-	-	
Tristeza	-,250	-,256	-,080	-	1,000	
Medo	,031	,315	,121	-	**-,844****	1,000

****p< 0.01 N=20**

5. DISCUSSÃO

A discussão dos dados obtidos está estruturada com a finalidade de responder ao objetivo principal dessa pesquisa: avaliar as possíveis relações entre estados emocionais negativos, traço de personalidade (neuroticismo) e a intenção de engajar-se em comportamentos de risco em uma amostra de pacientes em tratamento psiquiátrico e/ou psicológico de um ambulatório de saúde mental.

Compreender de que formas as emoções negativas (raiva, tristeza e medo) influenciam as condutas de risco de pacientes com níveis elevados de neuroticismo é relevante para os profissionais da área de saúde, especialmente para o psicólogo que atua em saúde pública.

No intuito de verificar o relacionamento entre as variáveis neuroticismo, emoções negativas e comportamentos de risco, foram realizadas análises estatísticas não paramétricas (estatística descritiva e inferencial, análise de correlação- Spearman e teste de postos de Wilconxon). A discussão de todos os resultados encontrados ocorre na sequência e cabe destacar que será feita com base no modelo cognitivo.

5.1. Desempenho dos participantes na Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN)

Os resultados obtidos na Escala de Neuroticismo indicaram que essa amostra caracterizou-se predominantemente por altos índices de vulnerabilidade, de ansiedade e de depressão, o que nos permite afirmar que se trata de uma amostra clínica.

Os resultados indicaram, ainda, que a maioria dos participantes da amostra apresentaram níveis de vulnerabilidade elevados indicando maior dependência que se manifesta especialmente em contextos sociais, medo de serem abandonados pelos amigos ou familiares e insegurança (Hutz & Nunes, 2001).

No que se refere ao fator desajustamento psicossocial, constatou-se que metade dos sujeitos da pesquisa apresentou níveis elevados de agressividade, de hostilidade e de gosto por envolvimento em situações perigosas (Hutz & Nunes, 2001).

O fator ansiedade apresentou níveis ainda mais elevados indicando que os indivíduos dessa amostra tendem a ser emocionalmente instáveis, irritáveis e que, possivelmente, apresentam sintomas tais como taquicardia, transtorno do sono, vertigens, entre outros sintomas somáticos de ansiedade (Hutz & Nunes, 2001). De fato, esses são sintomas comumente referidos por essa amostra em entrevista diagnóstica.

O fator depressão indicou que todos os sujeitos apresentaram níveis acima da média nesse quesito. Isso significa que todos os participantes dessa pesquisa apresentaram sintomas depressivos, baixa autoestima e, por vezes, ideação suicida (Hutz & Nunes, 2001).

Os altos índices de depressão e de ansiedade eram esperados, em virtude dos transtornos de humor apresentados pela maioria dos participantes, de acordo com a avaliação psiquiátrica descrita em seus prontuários que foram feitas por psiquiatras, com base na categorização da CID 10. Todavia, o índice de depressão acima da média em 100% dos sujeitos, indica que mesmo aqueles pacientes cujo transtorno principal diagnosticado não foi o de transtorno de humor (pacientes dependentes químicos, com transtorno de personalidade, com transtorno obsessivo compulsivo ou transtorno de ansiedade) apresentaram sintomas de depressão. Em outras palavras, aqueles participantes que não tinham diagnóstico principal de depressão tinham essa enfermidade comórbida. É importante lembrar que os diagnósticos de transtornos de ansiedade e de depressão são muito comuns nos ambulatórios de saúde mental e na amostra especificamente, aparecem em níveis muito altos assim como os escores em vulnerabilidade.

Hutz e Nunes (2001) consideram que altos índices na escala de depressão indicam pessoas solitárias, com baixa expectativa em relação ao futuro e com ausência de objetivos

claros na vida. Adicionalmente, são pessoas que relatam ideação suicida e que, por vezes, apresentam comportamento suicida. Nessa amostra, encontramos quatro pessoas que já tentaram suicídio, segundo as informações de seus prontuários.

Outros autores (Beck, 2007 ; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) baseados no modelo cognitivo da depressão esclarecem que a doença causa prejuízos no desempenho social e ocupacional da pessoa, uma vez que a capacidade de sentir prazer e interesse por coisas e pessoas encontra-se prejudicada. Além disso, o tema cognitivo predominante refere-se à perda ou privação pessoal e a sentimentos de inferioridade, de desesperança e de culpa. Esses sentimentos se aliam à crenças de incompetência e, em maior grau, associam-se de forma significativa com as ideias suicidas em função da forte desesperança que emerge nesses contextos emocionais. Dessa forma, pressupõe-se que pessoas com altos níveis de depressão apresentem crenças disfuncionais sobre si mesmas, sobre os outros e sobre o mundo, interpretando os eventos à sua volta de forma distorcida, o que influencia suas emoções e seus comportamentos, promovendo, portanto, a manutenção do quadro depressivo (Beck, 2007; Beck et al., 1979; Lotufo Neto, Yacubian, Scalco & Gonçales, 2001; Thase & Beck, 1993).

Conforme definição dos autores da EFN (Hutz & Nunes, 2001), altos escores de ansiedade indicam pessoas emocionalmente instáveis, que apresentam variação de humor, irritabilidade, medo de perder o controle da situação e de ter atitudes inesperadas, pensamento acelerado, impulsividade, insônia, tonturas, entre outros sintomas psicológicos e somáticos de ansiedade.

A ansiedade, segundo o modelo cognitivo, apresenta como tema principal a ameaça à integridade física ou psicológica, com um sentimento aumentado de vulnerabilidade pessoal. Nesse contexto, nos transtornos de ansiedade, ocorre uma percepção exagerada de perigo/ameaça alinhada a uma percepção reduzida da própria capacidade de lidar com a situação. As pessoas que experimentam ansiedade interpretam uma situação ou estímulo

ambíguo como sinal de ameaça pessoal. A ansiedade é mantida por mecanismos de atenção seletiva, alteração fisiológica e comportamento de busca de segurança disfuncionais (Beck, 2007; Salkovskis, 2004; Shinohara & Nardi, 2001).

O conceito de vulnerabilidade, segundo Hutz e Nunes (2001), agrupa sintomas típicos dos transtornos de personalidade dependente e de esquiva, indicando pessoas que temem ser abandonadas por amigos e familiares, em virtude dos erros cometidos ou imaginados, demonstrando um alto nível de dependência em contexto social. A escala de vulnerabilidade avalia quão intensamente as pessoas experienciam sofrimentos em decorrência da aceitação dos outros para consigo.

Por outro lado, é interessante notar que o conceito de vulnerabilidade medido na EFN não é o mesmo que a ideia de vulnerabilidade defendida pelos teóricos da terapia cognitiva, embora existam algumas imbricações. Knapp e Beck (2008) analisaram os fundamentos do modelo cognitivo e salientaram que uma hipótese central em terapia cognitiva é a noção de que certas crenças denotam vulnerabilidade a distúrbios emocionais. A vulnerabilidade cognitiva em paciente depressivos refere-se a temas de perda e fracasso, entretanto, em pacientes ansiosos, está relacionada a crenças de perigo e ameaça associada a uma visão de si de extrema fragilidade. Por outro lado, caso a vulnerabilidade esteja relacionada a temas de humilhação ou de injustiça, haverá predisposição a comportamentos agressivos permeados pela emoção de raiva. Dessa forma, a descrição do termo vulnerabilidade da EFN (dependência social e temor da perda ou separação do outro que lhe é significativo) corresponde, na abordagem cognitiva, a distorções de pensamento típicas de um perfil de personalidade dependente (Beck, Freeman & Davis, 2005). Dessa forma, na abordagem cognitiva, o conceito de vulnerabilidade é mais abrangente e está relacionado a múltiplos transtornos mentais e não apenas à ansiedade.

Knapp e Beck (2008) esclarecem, ainda, que os construtos de sociotropia e autonomia agem como indicadores de vulnerabilidade e exemplificam-na nos quadros depressivos. Nesse sentido, indivíduos sociotrópicos, definidos como socialmente dependentes, teriam maior probabilidade de se tornar deprimidos diante de situações de ameaça social como, por exemplo, perda de uma relação. Por outro lado, uma percepção de falha pessoal poderia ameaçar uma pessoa autônoma que valoriza, sobretudo sua integridade e liberdade e predispô-la à depressão.

Da mesma forma, na visão de Hutz e Nunes (2001), pacientes depressivos e ansiosos que apresentam altos índices de vulnerabilidade (entendida, segundo esses autores, como dependência social e medo do abandono), parecem apresentar suas habilidades sociais comprometidas, temendo expressar suas opiniões, tornando-se incapazes de agir de acordo com sua própria vontade para agradar os outros.

A observação do pesquisador foi concordante com essa visão, pois poder-se-ia dizer que os participantes desta pesquisa pareceram carecer de comportamentos assertivos, especialmente naqueles em que a medida dos índices de vulnerabilidade foram mais altos.

Esses dados em conjunto apontam para um alinhamento entre o conceito de vulnerabilidade segundo Hutz e Nunes (2001) e o conceito de sociotropia para Knaap e Beck (2008). Portanto, um conceito não exclui o outro, na verdade eles se somam para oferecer uma visão mais rica do indivíduo. Nesse sentido, a observação revelou, a partir do *rapport* e de expressões espontâneas dos pacientes durante a aplicação das escalas que contextos interpretados como situações de perda ou de perigo foram referidos como fontes de depressão e de ansiedade, respectivamente, corroborando a literatura sobre vulnerabilidade cognitiva (Knapp & Beck, 2008).

É importante destacar que, quando uma pessoa costuma comportar-se assertivamente, ela facilita a solução de problemas interpessoais, aumenta o senso de autoeficácia e a

autoestima, melhora a qualidade dos relacionamentos e sente-se mais tranquila. O comportamento agressivo, contrapartida do comportamento assertivo, geralmente gera conflitos interpessoais, perda de oportunidades, dano aos outros, sensação de estar sem controle, autoimagem negativa, culpa, frustração, tensão, rejeição dos outros e solidão. O comportamento passivo promove efeitos tais como: conflitos interpessoais, auto-imagem negativa, dano a si mesmo, perda de oportunidades, incontrolabilidade, desamparo e depressão, tensão e solidão (Caballo, 1996, p. 372). Essa amostra parece ter um repertório de interação social pobre e inadequado, o que pode explicar o alto índice de depressão, pois as fontes reforçadoras sociais são possivelmente escassas e de pouca qualidade.

Ito et al., (2007) analisaram as variáveis autoestima, temperamento e neuroticismo em uma amostra de estudantes universitários, utilizando a EFN e confirmaram os resultados de Hutz e Nunes (2001) relativos à correlação negativa entre vulnerabilidade e autoestima. Indivíduos com pontuações baixas em força de excitação, força de inibição e mobilidade (mensuradas pela escala *Pavlovian Temperament Survey*) apresentaram baixa autoestima e elevados índices de vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão. Nesta amostra, pode-se afirmar que, dado o alto índice de depressão da amostra para Hutz e Nunes (2001), definida como construto, como uma medida de isolamento (pessoas solitárias), de baixa expectativa em relação ao futuro e de ausência de objetivos claros na vida - poderia perfeitamente representar uma baixa autoestima associada à vulnerabilidade. Ou seja, quanto mais sensação de vulnerabilidade, menos autoestima, aqui indicada pelos altos níveis de depressão. Os dados corroboram, ainda que indiretamente, os dados de Ito et al., (2007).

O trabalho de Maciel e Yoshida (2006) também investigou o neuroticismo, mas em uma amostra clínica de pacientes ambulatoriais dependentes de álcool. Os autores analisaram os níveis de alexitimia e de depressão, comparando com um grupo controle de não dependentes. A EFN foi um dos instrumentos utilizados. Os resultados apontaram escores

médios significantemente mais elevados de alexitimia, neuroticismo e depressão no grupo de dependentes de álcool, quando comparados ao grupo controle.

O desempenho na EFN dos participantes desta pesquisa, corrobora os achados das duas pesquisas supracitadas. Quando comparados ao desempenho dos universitários da pesquisa de Ito et al., (2007) os dados apontam níveis mais elevados de neuroticismo em todas as subescalas avaliadas. Essa particularidade permite hipotetizar uma relação entre autoestima e vulnerabilidade de uma amostra clínica, ainda que não tenha sido medida a autoestima diretamente. Em comparação a pesquisa realizada por Maciel e Yoshida (2006) mais uma vez a amostra deste estudo apresentou níveis mais elevados de neuroticismo, considerando as subescalas de depressão e de ansiedade (tabela 28).

Tabela 28. Escores Médios das subescalas da EFN em diferentes amostras

	Amostra desse estudo	**Amostra estudantes universitários** Ito, Gobitta e Guzzo (2007)	**Amostra pacientes com alcoolismo** Maciel e Yoshida (2006)
Vulnerabilidade	28,93	24,53	30,13
Desajust.Psicossocial	26,47	24,63	27,74
Ansiedade	31,40	24,37	29,63
Depressão	33,99	23,03	28,29

Algumas pesquisas sobre as cognições negativas presentes nos quadros de ansiedade e depressão revelam que a diferenciação entre esses dois quadros é mais fácil quando se trata de transtorno de pânico. Todavia, de um modo geral, a diferenciação entre o perfil cognitivo de pacientes com Transtorno de Ansiedade Generalizada e pacientes depressivos torna-se difícil, uma vez que ambos os transtornos apresentam alto índice de comorbidade (Clark, Beck & Beck, 1994; Riskind et al., 1991). Essa dificuldade de diagnóstico diferencial entre depressão e ansiedade pode ter mascarado uma possível correlação positiva entre depressão e comportamento de risco e “carregado” o valor da correlação positiva entre ansiedade e

comportamento de risco. As correlações obtidas serão discutidas de forma mais aprofundada em item posterior.

A seguir, será discutido o comportamento suicida, iniciando as discussões sobre comportamento de risco.

5.2. Pacientes com tentativas de suicídio

A análise do histórico dos participantes deste trabalho revela que entre os sete casos de internação psiquiátrica, quatro foram motivadas por tentativas de suicídio. Os altos escores na subescala de depressão também indicam risco para suicídio. Segundo Hutz e Nunes (2001), os respondentes que apresentaram altos escores na escala de depressão devem ser cuidadosamente avaliados, especialmente em relação à ideação suicida e à desesperança**.** Essa orientação está em concordância com vários estudos sobre o tema. De acordo com Beck (1967), a desesperança desempenha papel central nos eventos que levam pacientes depressivos a cometerem suicídio, visto por tais pacientes como único meio de solução de problemas. Em pesquisa realizada com pacientes psiquiátricos apresentando transtornos de humor, ansiedade e outros transtornos como abuso de substâncias, Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer (1990) tiveram como objetivo confirmar se o nível de desesperança poderia predizer suicídio. Os pacientes que recentemente haviam tentado suicídio apresentaram escores mais elevados nas escalas Beck de Desesperança e Inventário Beck de Depressão, quando comparados com pacientes não suicidas. Os autores concluíram que a desesperança é indicadora de tentativas potenciais de suicídio.

Prieto e Tavares (2005) revisaram alguns estudos sobre fatores de risco para suicídio ou tentativa de suicídio e concluíram que existe uma correlação elevada entre o risco para o autoextermínio e a presença de alguma desordem psiquiátrica, especialmente transtorno do

humor, transtorno relacionado a abuso de substâncias, esquizofrenia e transtorno da personalidade. Em concordância com esses resultados, os dados desta pesquisa indicam que todos os participantes que tentaram suicídio apresentam algum tipo de transtorno de humor ou abuso de substâncias psicoativas. Adicionalmente, Prieto e Tavares salientam que, entre os pacientes com comportamentos suicidas, é frequente o histórico de situações de violência física, sexual, negligência, rejeição na infância e na adolescência, problemas de saúde mental entre os familiares e suporte social deteriorado.

De forma semelhante, Weishaar (2004) aponta outros fatores cognitivos de risco para o suicídio: presença de história anterior positiva para tentativa de suicídio, sentimentos de tristeza, desesperança, autoconceito negativo, insônia, impulsividade, agressividade, anedonia e sentimentos de culpa. Essa autora, ao revisar a literatura sobre suicídio, esclarece, ainda, que, entre usuários de drogas e pessoas com outros transtornos psiquiátricos, a desesperança se mostra mais fortemente associada à intenção suicida do que a depressão.

Com relação às tentativas de suicídio relatadas pela amostra deste estudo, é interessante notar que ocorreram, em grande parte, por ingestão de medicamentos e a maioria dos participantes que tentaram suicídio era do sexo feminino. Isso provavelmente ocorreu pelo acesso facilitado às medicações psiquiátricas, uma vez que são disponibilizadas nas farmácias das unidades de atendimento gratuitamente. Esses dados são semelhantes aos encontrados por vários outros estudos (Marcondes Filho et al., 2002; Prieto & Tavares, 2005; Rihmer, 2007; Rios, Bastos, Cunha & Valadares, 2005). Prieto e Tavares esclarecem que homens cometem mais suicídio do que mulheres e usam métodos mais letais (enforcamento, arma de fogo etc.). Por outro lado, as mulheres fazem mais tentativas de suicídio com métodos menos letais, como ingestão de medicamentos e veneno, que estão associados a maior possibilidade de salvamento. De forma semelhante, Rios et al., (2005) analisaram os registros de tentativas de suicídio armazenados no Centro de Informações Toxicológicas do

estado de Goiás e salientaram que os psicofármacos, analgésicos e antiinflamatórios foram responsáveis por mais de 60% dos casos de tentativas de suicídio entre os anos de 2003 e 2004 , sendo que 80% das tentativas foram realizadas por mulheres ocorrendo baixo índice de letalidade. Uma peculiaridade deste estudo foi o baixo índice de letalidade.

Considerando todos esses dados de literatura, é possível hipotetizar que esta amostra apresenta algum nível de desesperança, dado os resultados da escala de depressão (EFN).

5.3. Depressão: incidência maior entre as mulheres

Vários estudos epidemiológicos demonstram em seus resultados que há maior prevalência de depressão em mulheres do que em homens (Andrade, Viana & Silveira, 2006; Baptista, Baptista & Oliveira, 2004; Wetzel, 1994). Tais estudos indicam que alguns fatores podem explicar essa diferença entre os gêneros, tais como alterações hormonais, questões da maternidade e fatores psicossociais.

Na prática profissional do psicólogo que atua em ambulatório de saúde mental, é notável a maior participação feminina na busca de ajuda especializada. As mulheres apresentam maior facilidade para comunicar sintomas depressivos do que os homens e procuram ajuda mais frequentemente. Essa observação, feita por meio do contato com esse tipo de serviço de saúde mental, corrobora esses resultados encontrados.

5.4. Religiosidade/espiritualidade e Otimismo como fatores de redução de depressão e ansiedade

A fim de aprofundar a análise dos dados, especialmente o resultado relativo ao alto índice de depressão da amostra, detalharemos melhor os dois casos *outlier* (valores atípicos) da amostra.

Os participantes 6 e 10 apresentaram índices de depressão menores do que a amostra em geral na Escala de Neuroticismo (embora ainda acima da média). Os dois participantes descritos a seguir estão em tratamento psiquiátrico e psicológico há mais de três anos.

O participante 6 (sexo masculino) apresenta diagnósticos psiquiátricos considerados graves (Transtorno Bipolar e Epilepsia) e já foi internado em Hospital Psiquiátrico. Seus comportamentos de risco podem ser classificados, principalmente, como riscos sociais, visto que, em seus relacionamentos interpessoais, tenta converter as pessoas a praticarem a mesma religião que possui, o que parece gerar muitos conflitos interpessoais. Apresenta assim, religiosidade acentuada, frequenta cultos religiosos, discursa sobre a Bíblia na unidade de saúde e seu discurso religioso permeia todas as suas relações sociais. O paciente atribui à sua fé o fato de conseguir melhorias em seu estado de saúde. Mantém-se estável com a medicação e apresentou escores menores para o fator depressão (embora, ainda acima da média estabelecida da pelo manual do EFN). Esse dado associado à religiosidade do participante está de acordo com diversos estudos anteriores (Botega, Werlang, Cais & Macedo, 2006; Peres, Simão & Nasello, 2007) que apontam o envolvimento religioso como fator regulador de quadros psicopatológicos tais como a ansiedade, a depressão e suicídio.

Essas pesquisas demonstram como as práticas religiosas e espirituais auxiliam os pacientes superarem suas dificuldades emocionais como, por exemplo, em situações de luto ou separações conjugais. A valorização do profissional da saúde mental da regulação

emocional por meio da vivência da espiritualidade pode contribuir muito para melhores resultados no processo terapêutico, o que requer ética e respeito para com as crenças religiosas apresentadas pelos pacientes (Stroppa & Moreira-Almeida, 2008).

O participante 10 (sexo feminino) tem histórico de dependência química de cocaína. Atualmente não faz mais uso dessa droga, mas encontra-se dependente de benzodiazepínicos. Quando chega à unidade de saúde, todos notam sua presença. Veste roupas coloridas, aparenta ser mais jovem do que realmente é, fala alto e parece querer que todos saibam que chegou à unidade. Apresenta bom humor, esperança em melhorar e otimismo em relação ao seu tratamento. Durante o *rapport*, relatou que gosta de dançar e busca novo relacionamento amoroso. Parece apresentar um perfil histriônico, utilizando portanto, estratégias relacionadas ao exibicionismo, à expressividade e ao impressionismo para se relacionar com as pessoas (Beck, Freeman & Davis, 2005). Hipotetiza-se que a euforia experimentada nesse perfil de personalidade possa ter diminuído sinais e sintomas depressivos. No entanto a implementação dessas estratégias, geralmente, suscita ansiedade e instabilidade de humor. Essa paciente é dependente de benzodiazepínicos, o que sugere que experimenta níveis altos de ansiedade. É interessante destacar a relação entre ansiedade e histrionismo. Chambless, Renneberg, Goldstein e Gracely (1992) sugerem que, em tratamentos cognitivo-comportamentais estruturados para transtorno de ansiedade, os sujeitos com transtorno histriônico apresentam melhores repostas que outros, em medida de frequência de pânico, apontando, assim, que o transtorno histriônico tem comorbidade com ansiedade.

Além disso, o resultado na escala de depressão, embora apresente escore mais baixo do que os do grupo, ainda está acima da média, quando comparado com amostra normativa. Estudos têm mostrado que pacientes diagnosticados com transtorno histriônico apresentam maior variabilidade do humor do que pacientes controle (Rabins & Slavney ,1979; Slavney, Breimer & Rabins, 1977; Slavney & Rich, 1980).

Por outro lado, esses dois dados podem sustentar-se em alguns estudos, como o realizado por Walsh (1996), no qual otimismo e esperança são consideradas características essenciais ao desenvolvimento de resiliência em famílias especialmente marcadas por fatores de risco. Esse autor salienta que tais sentimentos ajudam as pessoas a traçarem metas e projetos para suas vidas e reforçam a crença de que mudanças positivas são possíveis. Pessoas com bom humor apresentam otimismo e esperança com mais frequência e padecem menos de depressão. Em outro estudo, Ballone (2003) aponta que pessoas com bom humor e otimistas lidam melhor com situações estressantes do que pessoas pessimistas e mal-humoradas uma vez que o otimismo promove estratégias de enfrentamento mais eficientes.

Embora em ambos os casos se possa observar um índice de depressão acima da média normativa, os participantes parecem conseguir regular um pouco melhor seu humor, o primeiro com base na religiosidade/espiritualidade, o que possivelmente melhora seu humor e mais especificamente sua desesperança; e a segunda parece realizar uma regulação do humor experimentando emoções opostas àquela ligada a patologia em curso, ou seja, sua expansividade produz um grau de euforia que permite minimizar, ainda que momentaneamente, seus sintomas depressivos. Nesse último caso, a expansividade parece ser uma estratégia superdesenvolvida do perfil de personalidade histriônico apresentado pela participante e, ao mesmo tempo, um balizador dos seus sentimentos de tristeza (Beck, Freeman & Davis, 2005).

5.5. Desempenho dos participantes na Escala de Comportamento de Risco

Entre os comportamentos de risco avaliados pela escala, a maior probabilidade de engajamento refere-se a atividades que envolveriam comportamentos de risco social. Os comportamentos de risco social são entendidos, na literatura da área, como ações que podem

ter consequências sociais negativas como, por exemplo, rompimento ou prejuízo em relacionamentos importantes no ambiente familiar, trabalho, amigos etc.

Em uma amostra com índices de 100% de depressão, é esperado que o prejuízo nos relacionamentos sociais sejam mais contundentes, uma vez que pacientes deprimidos podem tornar-se poliqueixosos, demonstrando falta de energia, desânimo e isolamento social, o que desfavorece interações sociais de qualidade.

Esses sinais e sintomas, entre outros, frequentemente sobrecarregam todas as pessoas próximas ao paciente, que reagem muitas vezes com desinteresse e descaso ao tratamento psicológico do paciente. São frequentes, na prática clínica, tentativas frustradas de contato com familiares ou amigos próximos aos pacientes atendidos. Alguns estudos confirmam este resultado (Colvero, Ide & Rolim, 2004; Melman, 2001).

Os resultados desta pesquisa também são concordantes com os estudos realizados por Tucci, Kerr-Corrêa & Dalben (2001) que avaliou o ajuste social e familiar de 100 pacientes com transtornos afetivos, diagnosticados por psiquiatras do Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Unesp/Botucatu e apontou que os maus ajustamentos sociais desses pacientes ocorrem principalmente nas áreas do trabalho e dos relacionamentos interpessoais, sendo a interação entre os familiares e pacientes marcada, muitas vezes, por hostilidade, desconfiança e falta de atenção, o que pareceu ser fonte desencadeadora de admissões hospitalares. Além disso, os pacientes bipolares e com depressão dupla (transtorno afetivo recorrente) tiveram piores resultados no ajustamento social e relacionamento familiar do que os pacientes unipolares e pacientes com distimia. Resultados semelhantes foram encontrados por Salles e Barros (2009), que entrevistaram pacientes em tratamento em um hospital psiquiátrico e mostraram que, após o adoecimento mental, ocorre redução das possibilidades de atividades e inclusão social bem como aumento da dificuldade em manter a rede social relacionada a amigos e trabalho.

Esses resultados e a literatura sobre o tema reforçam o papel dos serviços de saúde mental na compreensão dos riscos sociais vivenciados pelos pacientes e da necessidade de práticas profissionais que promovam a inserção social nos diferentes contextos (familiar, do trabalho e do lazer).

A intenção de apresentar comportamentos de risco legal/ético mais intensa nessa amostra refere-se ao item da escala que versa sobre compra de drogas. É importante destacar que cerca de 15% dessa amostra tem ou teve envolvimento com drogas ilícitas e lícitas. Um participante tem histórico de uso de drogas e dois participantes fazem uso atual de drogas, especialmente de cocaína e maconha. A compra de drogas ilegais, para consumo próprio ou revenda, foi relatada por alguns participantes no decorrer da aplicação da escala de intenção de comportamento de risco. Tais participantes explicaram, espontaneamente, que compram drogas para uso próprio e também apresentam envolvimento com os traficantes do bairro auxiliando no tráfico local. Esses resultados corroboram vários outros estudos feitos sobre o tema na literatura (Cleveland, Feinberg, Bontempo & Greenberg, 2008; Ialongo et al., 1999; Kreek, Nielsen, Butelman & LaForge, 2005; Watt, Purdie, Roche & McClure, 2006). Um dos estudos brasileiros que nos chama a atenção e que corrobora esse dado foi realizado por Dunn e Laranjeira (2000). Nele, os autores mostram que a cocaína consumida em grandes quantidades e com frequência exige que o usuário tenha uma renda razoável para manutenção do vício e, por isso, o dinheiro muitas vezes é obtido de forma ilegal como, por exemplo, com o tráfico de drogas, furtos e assaltos. Dessa forma, o risco legal-ético está estreitamente vinculado a abuso de drogas lícitas e ilícitas. No caso desta amostra essa vinculação também se repete.

Em relação ao comportamento de risco à saúde, compreendido na literatura como ações que podem causar prejuízos à saúde física e psicológica, ameaçar a segurança ou promover o agravamento de doenças, os resultados mostraram que 30% da amostra

descrevem como provável a intenção de apresentar esse tipo de comportamento. Os itens referentes aos riscos à saúde e segurança mais apresentados pelos participantes relacionam-se a afirmações da escala que avaliam agressividade física, uso de álcool e de drogas. Esse resultado corrobora os dados obtidos na literatura da área (Ceilley, Douaihy & Salloum, 2005; Lawrence & Coghlan, 2002; Sampaio & Caetano, 2006).

É interessante destacar como os comportamentos de risco à saúde, social e legal/ ético se imbricam em amostras com quadros psicopatológicos graves e com comorbidades. Alves et al., (2004) afirmam que os transtornos relacionados ao consumo de álcool frequentemente coexistem com outras doenças psiquiátricas e a porcentagem de pacientes dependentes de álcool que sofrem de transtorno de humor e de ansiedade varia de 23 a 70%, dependendo da amostra avaliada. A comorbidade (dependência de álcool e transtorno psiquiátrico) piora o prognóstico e está associada a aumento de comportamentos agressivos, suicidas, ilegais e aumento do período de hospitalização. Em outro estudo sobre o tema, Cardoso e Kapczinski (2008) avaliaram 186 pacientes ambulatoriais do Programa de Atendimento ao Transtorno de Humor Bipolar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e concluíram que a comorbidade dependência de álcool e transtorno de humor bipolar aumenta o número de tentativas de suicídio, piora o prognóstico da doença bem como a qualidade de vida dos pacientes.

Através da prática clínica do psicólogo inserido na rede pública é possível perceber que os índices de recaída e dificuldades de adesão ao tratamento psiquiátrico e psicológico são maiores nos pacientes que apresentam comorbidades. No contexto do trabalho em saúde mental realizado nos ambulatórios do Programa Saúde da Família, os pacientes que apresentam a comorbidade dependência química e transtorno psiquiátrico são classificados como “pacientes de alto risco” e devem ser acompanhados com maior frequência pela equipe de saúde da unidade (Ministério da Saúde, 2009).

Um outro aspecto importante é o que diz respeito a protocolos de intervenção psicológica em casos nos quais ocorre a comorbidade entre transtornos psiquiátricos e dependência química. A pesquisa realizada por Silveira e Jorge (1999) identificou entre dependentes químicos uma prevalência de 72% de transtornos mentais, especialmente depressão, fobias, transtorno de pânico, TOC e transtorno de ansiedade generalizada concluindo que a ocorrência de transtornos psiquiátricos na população de dependentes químicos é maior do que na população em geral. Outros estudos semelhantes foram realizados e estão disponíveis na literatura sobre o tema (Marshall & Farrel, 2004; Mordal, Bramness, Holm & Morland, 2007; Schuckit, 2006).

Os menores escores de intenção de comportar-se de forma arriscada são relativos à intenção de apresentar comportamentos de risco financeiro. Provavelmente, isso se deve às dificuldades sociais e econômicas enfrentadas pelos participantes relatadas durante o *rapport*. O desemprego e as péssimas condições de moradia são frequentes na amostra estudada e, possivelmente, contribuem para o agravamento dos quadros psicopatológicos. Apesar de esses fatores não terem sido o foco deste trabalho, é reconhecida a importância e influência das condições sociais e econômicas nos comportamentos de risco. Vários estudos associam o desemprego e problemas financeiros graves a aumento de instabilidade emocional, redução de autoestima e transtornos mentais (Coutinho, Almeida Filho & Mari, 1999; Gonçalves & Kapczinski, 2008; Lopes, Faerstein & Chor, 2003). Dessa forma, muitas vezes não há o que arriscar do ponto de vista financeiro, pois falta dinheiro para o básico, como alimentação, moradia e transporte.

Outros estudos obtiveram resultados semelhantes aos apresentados por esta pesquisa (Weber, Blais & Betz, 2002; Weber, Johnson & Wilke, 2004). Nesses estudos, a intenção de comportamento de risco social obteve a maior média, ao passo que a probabilidade de realizar comportamentos de risco financeiro foi a menor. O domínio social foi percebido como menos

arriscado e o domínio financeiro foi percebido como o mais arriscado e com menor engajamento, especificamente em relação a jogos de azar. Os resultados desta pesquisa confirmaram a hipótese de autores como Weber et al., (2002) e Weber et al., (2004) sobre a natureza multidimensional do risco, uma vez que os escores variaram entre os vários tipos de intenção de comportamento de risco como, por exemplo, um participante avaliou um risco social como mais provável de realizar e no entanto considerou improvável o engajamento em um comportamento de risco do tipo financeiro. Não houve homogeneidade nos julgamentos quanto à intenção de se comportar arriscadamente, ou seja, a tomada de decisão frente ao rico variou conforme a situação ou domínio.

Ainda em relação ao comportamento de risco financeiro, é válido mencionar que três participantes obtiveram escores um pouco maiores, o que, todavia, não sugere intenção de comportar-se de forma arriscada em maior magnitude. Esses três participantes (participantes 10, 19 e 20) apresentam algumas particularidades em sua história de vida: dois desses participantes são dependentes de substâncias psicoativas. Um deles (participante 20) apresenta dependência de drogas, associando, muitas vezes, maconha e álcool; não tem emprego fixo, trabalha esporadicamente com a mãe em sua casa. Apresenta comportamento impulsivo mesmo quando está medicado. A medicação controla um pouco sua impulsividade, mas não a extingue. Apresentou escores maiores de risco financeiro no item relativo a gastar grande quantidade de dinheiro em loterias

O outro caso (participante 10), que em outro momento desta pesquisa teve o caso descrito por apresentar escores menores de depressão, também tem histórico de dependência de drogas ilícitas e, atualmente, mostra-se dependente de benzodiazepínicos. Esse escore levemente mais alto pode ser explicado pela relação interpessoal que essa participante estabelece com uma irmã a quem ajuda financeiramente com frequência.

Esses resultados podem ser compreendidos baseando-se nas características de impulsividade próprias da dependência química e dos déficits em autocontrole também presentes nos quadros de adicção (Hanna & Ribeiro, 2005; Logue, 1995; Souza & Abreu-Rodrigues, 2007). Segundo Logue a impulsividade apresenta-se como característica mantenedora de padrões comportamentais que produzem gratificação imediata, sem considerar consequências prejudiciais a longo prazo como, por exemplo, gastar grande quantia em dinheiro sem necessidade, usar drogas ou praticar sexo sem proteção. Os prejuízos acarretados por comportamentos impulsivos a longo prazo incluem desgaste nos relacionamentos interpessoais, dificuldade em manter-se empregado bem como deterioração da saúde. De forma semelhante, Souza e Abreu-Rodrigues (2007) esclarecem que impulsividade e autocontrole são comportamentos de escolha, mas que a primeira tem por característica escolhas de alternativas cujo retorno seja imediato mas de baixa magnitude. O autocontrole por outro lado, caracteriza-se por escolhas de alternativas cujo retorno seja a longo prazo mas de maior magnitude, como, por exemplo, fazer tratamento para cessar o uso da droga e manter a saúde. Os autores salientam, ainda, que reforços atrasados, mesmo de maior magnitude, apresentam valor subjetivo menor. Os transtornos psiquiátricos apresentados por esses dois participantes são notadamente marcados por impulsividade e redução de autocontrole, o que pode explicar, em parte, os escores um pouco maiores no comportamento de risco financeiro, quando comparados com os demais participantes.

Intervenções comportamentais em casos cuja impulsividade esteja presente como, por exemplo, na dependência de drogas, são sugeridas por Souza e Abreu-Rodrigues (2007) e devem ser consideradas como medidas relevantes no manejo dos pacientes atendidos nos ambulatórios de saúde mental. Tais medidas incluem, por exemplo, diminuição dos reforçadores ambientais mantenedores dos comportamentos de risco, estabelecimento de compromisso, aumento da magnitude de reforços atrasados etc.

O participante 19 apresenta Transtorno Bipolar e, por definição dessa patologia, conforme o DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual*, 4ª edição, 1995), indivíduos na fase maníaca apresentam grande impulsividade e desinibição, aumento de energia e redução da crítica, o que favorece ações de risco, como gastar além das possibilidades. Dessa forma, os resultados são coerentes com a descrição do próprio transtorno e suas características.

5.6. As emoções inferidas pelos participantes com base nas narrativas descritivas de comportamento de risco (*scripts*)

A avaliação das emoções teve por objetivo verificar a magnitude de emoções de raiva, tristeza e medo presumidas pelos participantes em narrativas que descreveram riscos nas dimensões: saúde/integridade física; social; legal/ético e financeira.

Na narrativa referente ao risco social, a emoção mais intensamente relatada foi a tristeza. Nesse *script*, a história descreve uma situação típica de grupos terapêuticos em saúde mental nos quais os participantes podem falar suas opiniões sobre os problemas relatados no grupo. Todavia, na narrativa, um participante deseja expressar sua opinião, mas tem dificuldades em fazê-lo. A predominância da emoção de tristeza está em concordância com os índices elevados de depressão da amostra. Vários trabalhos apresentam que a tristeza está relacionada a pensamentos de perda de algo ou alguém, bem como responsabilização por tal perda. Nesse caso, parece relacionar-se com a ideia de incapacidade de se fazer ouvir, portanto perda de espaço social considerado relevante (Beck et al., 1979; Beck, 1999; Lopes & Lopes, 2008).

Os pacientes com depressão apresentam elevada culpa, possuem crenças de incompetência e inutilidade e sentem tristeza em situações nas quais suas crenças disfuncionais são ativadas. A história descrita no *script* parece ser uma dessas situações. As falas a seguir de dois participantes ilustram isso:

> Triste não conseguir falar o que a gente tá pensando. Dá um bloqueio,não tem coragem, não sai a voz! (sic) (PARTICIPANTE 3)

> " Eu também dependo de remédio pra dormir e ate tentei me matar com ele! Triste depender de Rivotril!" (sic) (PARTICIPANTE 4)

A tristeza foi mencionada nesse *script* por participantes com diagnósticos primários de transtorno de humor. Nesses casos, pessoas com depressão grave e tentativas de suicídio. São várias as perdas sentidas pelos indivíduos com transtornos depressivos: perda da autoconfiança, autoestima e coragem são alguns exemplos que podem ter influenciado as respostas nesse *script*. Outros estudos confirmam esses resultados (Cunha, Carvalho, Kolling, Silva & Kristensen, 2007; Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008).

A tristeza também foi a emoção mais relatada na narrativa de risco financeiro que descreveu uma situação relacionada a pegar empréstimos e realizar apostas em jogos para obtenção de dinheiro destinado a realização de um casamento. Mais uma vez, a emoção está coerente com os índices elevados de depressão dos participantes. A fala a seguir exemplifica isso

> Triste ter essas fraquezas! Coitada vai se afundar nas dívidas! Eu firmaria o pensamento, prometer e cumprir e não jogar mais.!" (sic) (PARTICIPANTE 15)

A afirmação corrobora a ideia de que as crenças centrais na depressão envolvam pensamentos ligados a perda e desesperança. A ideia de que o envolvimento em jogos de azar impliquem prejuízo financeiro parece alavancar uma desesperança frente a um futuro financeiro incerto.

É interessante notar que na narrativa referente ao risco à saúde/integridade física a emoção mais intensa presumida pelos sujeitos foi raiva. A raiva pode ser entendida por meio

do estudo de Beck (1999) que considera que os pensamentos referentes a raiva são do tipo “perdi e a culpa é do outro”, sendo frequentes ideias de protesto e contra-atraque. O sentimento de raiva depende do julgamento se houve ou não injustiça em determinada situação ou comportamento. Beck (1999, p. 13) assim se expressou “Observamos um denominador comum entre as várias formas de comportamentos agressivos: a vítima é percebida como inimigo e infrator e o agressor se vê como uma vítima inocente”.

Dessa forma, Beck (1999) acrescenta que, diante de uma situação de ameaça, a resposta pode ser de ansiedade ou raiva e isso vai depender da percepção do risco e da autoconfiança relacionada ao enfrentamento do risco. Se um indivíduo avaliar que o perigo é maior que a sua capacidade de enfrentá-lo, experienciará ansiedade. Por outro lado, se a pessoa avaliar que pode lidar com o risco e o perigo sem sofrer danos maiores é mais provável que sinta raiva. As fases para o surgimento da raiva são assim descritas por Beck: rígidas expectativas em relação a uma pessoa levam o indivíduo à frustração e ao desapontamento. O passo seguinte é o sentimento de traição, seguido pela sensação de fraqueza. A partir disso, o padrão de comportamentos indesejáveis do outro é visto como intencional. Ocorre assim a culpabilização do outro e consequente raiva. Nesse contexto o autor também afirma que: “O agressor apresenta algumas distorções de pensamento caracterizadas por construção de fatos a seu favor, exagero da suposta transgressão e atribuição de malicia à pessoa percebida como inimigo” (Beck, 1999, p.26).

A situação descrita pelo *script* fala sobre agressões físicas e psicológicas provocadas por um companheiro (a) alcoólatra. Provavelmente, a emoção de raiva foi a mais presumida aqui nesse *script* por uma identificação ou forte empatia que os participantes possam ter tido com a figura da vítima que, no caso seria, a pessoa agredida. As reações verbais e físicas no momento da apresentação do *script* foram típicas de contra-ataque e revanche, assim como apresentado nos estudos de Beck (1999).

É interessante notar que, nesse momento, quando opinam sobre a situação de vida de outra pessoa, conseguem reagir, expressar raiva, fato que não ocorre na própria vida de muitos participantes. Segundo averiguado na entrevista inicial e no *rapport*, os participantes parecem aguentar calados as agressões sofridas em casa. Algumas falas dos participantes ilustram o processo descrito por Beck, 1999, em que se destaca a culpabilização do outro o que motivaria a raiva:

> Tenho vontade de esganar uma pessoa assim! Da muita raiva na gente! Tem que largar essa mulher, cobrar pensão dela! Muito abuso isso! (sic) (PARTICIPANTE 10)

> Eu não aguento isso nenhum dia! Eu brigo mesmo! Mando o braço pra ver quem bate mais!! Eu quebro a casa toda e ele também pra aprender a me respeitar (sic) (PARTICIPANTE 19)

Vale destacar que as frases acima são de participantes cujos diagnósticos são Transtorno Comportamental devido ao uso de substâncias psicoativas (Participante 10) e Transtorno Bipolar (Participante 19). Essa última participante encontrava-se na fase maníaca no momento da aplicação dos instrumentos. Dessa forma, esses participantes não apresentavam sintomas de depressão no momento de realização da pesquisa e isso pode explicar a predominância da emoção de raiva sobre a emoção de tristeza. Contudo, é bom destacar, esse sentimento foi mais referido pela amostra como um todo.

Por fim, na narrativa de risco legal/ético, a emoção mais presumida foi o medo. O *script* apresentou uma situação na qual o dinheiro advindo do tráfico de drogas realizado pelo filho ajudaria a família que estava enfrentando problemas financeiros. O medo relatado aqui pode ser entendido como medo de prisão do filho e também medo que o filho seja assassinado, como pode ser observado nas respostas a seguir:

> Medo da polícia, nossa que vergonha todo mundo saber que meu filho tá mexendo com essas coisas! Tem que colocar ele na parede: ou para com isso ou sai de casa!Também tenho medo de ver meu filho morto, assassinado igual a gente conhece uns casos aqui no bairro! Esse dinheiro não pode entrar em casa, a mãe não pode pegar! Ela tem que trabalhar!! (sic) (PARTICIPANTE 4)

Conforme Lopes e Lopes (2008), o medo alerta as pessoas sobre os perigos e associa-se a comportamentos de fuga ou esquiva e hipervigilância como uma estratégia de autodefesa. Essa definição está em concordância com os estudos de Skinner (1991). Para esse autor, os sentimentos são compreendidos como fenômenos físicos, simultâneos e indissociáveis do comportamento. O medo, assim como os outros sentimentos, é considerado produto de contingências de reforçamento e as respostas de fuga e esquiva indicam a presença real ou percebida de contingências aversivas. O autor salienta que

> Para cada estado sentido e designado pelo nome de um sentimento, presumivelmente existe um evento ambiental anterior do qual esse estado é produto. O medo não é só uma resposta das glândulas e dos músculos lisos, mas também uma probabilidade reduzida de movimento em direção ao objeto temido e uma alta probabilidade de afastamento dele (Skinner, 1991, p.103).

No caso da emoção de medo frente ao *script*, podemos dizer que a contingência aversiva é a punição do comportamento ilegal pela prisão/perda de liberdade do filho.

A perspectiva teórica apresentada por Loewenstein et al., (2001), no artigo *"Risk as feelings"* permite aprofundar a compreensão dos resultados anteriormente mencionados. Segundo os autores, o comportamento é determinado pela interface entre as avaliações cognitivas e avaliações afetivas do risco; essas reações emocionais frequentemente divergem da avaliação cognitiva e, quando há esse conflito, a tomada de decisão é orientada pela emoção. Esses autores salientam que: "Os sentimentos experimentados no momento da

tomada de decisão exercem um papel central na escolha das pessoas diante de situações de risco" (Loewenstein et al., 2001 p.281).

Nesse contexto, Loewenstein et al., (2001) consideram que as emoções são mediadoras entre as avaliações cognitivas do risco e o comportamento de risco. Quando uma situação desperta estados emocionais negativos, há a tendência de percebê-la como de alto risco e com baixos benefícios. Essas reações emocionais frente ao risco dependem de alguns de fatores que influenciam a avaliação cognitiva do risco: clareza com que as consequências podem ser imaginadas; experiência pessoal com os resultados da situação e história de condicionamento. Esses fatores podem também ter influenciado as avaliações dos participantes frente aos *scripts* apresentados.

De forma semelhante, Slovic, Finucane, Peters e MacGregor (2002) salientam que o raciocínio analítico sobre o risco, ou seja, a análise lógica do risco por meio de regras normativas e uso de probabilidades, precisa ser guiado pelas emoções para que seja efetivo. Acrescentam que o sistema experiencial formado pelas emoções é intuitivo, rápido e automático, baseando-se em imagens e associações que influenciam o processo decisório relacionado ao risco.

Nessa pesquisa, os dados permitem confirmar que a tomada de decisão frente ao risco não é influenciada apenas pela avaliação cognitiva das consequências dos eventos mas também por fatores emocionais.

5.7. Análise das Correlações

A correlação entre a EFN e a Escala de Comportamento de risco apresentou correlações positivas entre os comportamentos de risco social, risco à saúde, risco legal/ético, desajustamento psicossocial e ansiedade (conforme tabela 23).

Dessa forma, quanto maior foi a intenção de se engajar em comportamentos de risco dos tipos que desafiam regras e leis, maior também foi a intenção de comportar-se de forma arriscada envolvendo aspectos ligados à saúde e também a aspectos da ordem do social.

Além disso, com base em estatística descritiva, pode-se afirmar que os participantes com tendência a hostilidade, agressividade, que abusam de álcool e ansiosos apresentaram maior intenção de se engajar em comportamentos de risco legal-ético, risco social e risco à saúde. Esses resultados são confirmados pela pesquisa de Hutz e Nunes (2001) na qual esclarecem que um indivíduo com níveis altos de desajustamento psicossocial apresenta comportamentos sexuais de risco, consumo exagerado de álcool, hostilidade com pessoas e animais, descaso com regras sociais, tendência a manipulação, ou seja, comportamentos que podem prejudicar a saúde, os relacionamentos interpessoais e também o relacionamento com autoridades e com a lei. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes (Hjern, Lindblad & Vinnerljung, 2002; Rezende, 2000; Tremblay et al., 1992).

Por outro lado, estudos mostram que indivíduos com altos níveis de ansiedade apresentam entre outros sintomas, impulsividade, irritabilidade e perda de autocontrole, características que também estão associadas a maior engajamento em comportamentos de risco (Logue, 1995; Souza e Abreu-Rodrigues, 2007.)

A correlação entre intenção de engajar-se em comportamentos de risco à saúde e risco social diminui à medida que os níveis de vulnerabilidade e depressão aumentam, conforme os resultados dessa pesquisa (conforme tabela 23). Assim, quanto mais um indivíduo apresentou dependência de outras pessoas (vulnerabilidade, depressão e baixa autoestima) menos relatou intenção de se engajar em comportamentos que envolvam risco a sua saúde e risco social.

Segundo a literatura, altos índices de vulnerabilidade indicam pessoas que têm muito medo de perder pessoas próximas em decorrência de seus erros. Por isso apresentam dificuldades em tomar decisões, temem fracassar, mostram-se inseguras e são capazes de ter

atitudes que vão contra a sua vontade para agradar os outros (Hutz & Nunes, 2001). Dessa forma, essa dependência em relação a outras pessoas pode explicar o menor engajamento em comportamentos de risco social, pois, para não perder o amor do outro, o indivíduo evita fazer críticas, expressar sua opinião, apresentando, assim, um nível baixo de assertividade. Esses resultados são concordantes com outros estudos sobre o tema (Luyten et al., 2006; Rabelo, Cardoso & Melo, 2005).

Contrariamente à pesquisa de Auerbach et al., (2007) cujos resultados demonstraram que quanto maiores os índices de depressão mais frequentes eram comportamentos de risco, este estudo obteve correlação negativa entre depressão e comportamento de risco, especificamente em relação à saúde/integridade física (conforme tabela 23). É possível que o uso de medicação psiquiátrica e o tratamento psicológico com intervenções focais sobre risco à saúde tenham tido algum efeito sobre a natureza inversamente proporcional dessa correlação.

É importante lembrar que, para que uma pessoa com níveis de depressão severos se engaje em um comportamento qualquer, ela precisa ter um mínimo de energia para desempenhar a ação. Pessoas severamente deprimidas como as da amostra, com altos níveis de ansiedade e neuroticismo parecem não ter a disposição mínima para engajar-se em comportamentos de risco em geral.

No entanto, a correlação encontrada não pode explicar o alto índice de tentativas de suicídio encontrado nesta amostra (20%). Parece que o fator desesperança pode ser uma variável importante para o engajamento em comportamentos de risco à saúde/integridade física em pacientes deprimidos, contudo isso não apareceu nesta amostra.

Segundo Beck et al., (1979), as tentativas de suicídio em pacientes com altos índices de depressão e desesperança ocorrem porque o paciente acredita que a morte seja a única solução possível para cessar o sofrimento mental, ou seja, há uma dificuldade grande nesses

pacientes em considerar a existência de alternativas não suicidas para a resolução de seus problemas. Esses autores salientam que: “se um paciente deseja resolver seus problemas e acabar com o sofrimento psíquico via tentativas de suicídio, a desesperança e a falta de expectativas positivas de vida devem ser o foco das ações terapêuticas” (Beck et al., 1979, p. 212).

Corroborando parcialmente aos estudos de Hutz e Nunes (2001) e Ito et al., (2007) que encontraram correlações positivas entre todas as subescalas da EFN, este estudo obteve correlação negativa entre desajustamento psicossocial e vulnerabilidade, indicando que, quanto maior a dependência social dos participantes, menor a agressividade e hostilidade demonstradas, além de tendência reduzida para abuso de álcool e para condutas sexuais de risco, características do desajustamento psicossocial e vice versa (conforme tabela 23).

Uma provável explicação pode estar relacionada com o fato de ser uma amostra clínica diferentemente da amostra de universitários dos estudos citados anteriormente. Desta forma, esta pesquisa contribuiu para os estudos sobre neuroticismo especialmente envolvendo a aplicação da Escala Fatorial de Neuroticismo à medida que tratava-se de participantes com sofrimento mental em tratamento. Todavia, futuras pesquisas são necessárias para melhor investigação dessas relações.

No que diz respeito às correlações entre as demais dimensões da EFN, este estudo encontrou correlações positivas entre depressão e vulnerabilidade e entre desajustamento psicossocial e ansiedade, conforme esperado pelos autores da EFN (Hutz & Nunes, 2001).

A correlação entre idade e intenção de comportar-se arriscadamente apareceu apenas no domínio social, indicando que quanto mais velha uma pessoa, menos apresentou comportamentos que poderiam prejudicar suas relações interpessoais (conforme tabela 23). De acordo com Zuckerman (1994), a impulsividade, o desejo de aventura, a busca de emoções e a necessidade de autoafirmação decrescem com o passar dos anos. Alem disso, o processo

de envelhecimento é marcado por uma seleção de relações sociais significativas, investimento em relações mais próximas do ponto de vista afetivo e afastamento de relacionamentos perturbadores, conforme a teoria da seletividade socioemocional proposta por Carstensen (1995). A redução do tamanho da rede de relações sociais ao longo do envelhecimento associada a busca de relações mais significativas e menos conflituosas pode explicar a correlação negativa encontrada entre comportamento de risco social e idade.

As correlações entre as emoções avaliadas pelos *scripts* (narrativas que apresentaram situações de risco), a EFN e a escala de comportamento de risco revelaram que a raiva foi a única emoção que teve correlação positiva com os comportamentos de risco, especificamente risco social e risco à saúde (conforme tabelas 24 e 26).

Os resultados indicaram que quanto maior a emoção de raiva mais frequentes eram as intenções relatadas de engajamento em comportamentos de risco que poderiam prejudicar a saúde e também os relacionamentos sociais do indivíduo. Comportamentos agressivos foram mencionados por vários participantes como forma de revide às situações apresentadas pelos *scripts* especialmente no *script* de risco à saúde /segurança. Vale salientar que a agressividade constitui um risco não só a saúde física e mental, mas também permeia os conflitos interpessoais.

Várias pesquisas mostram a relevância da emoção de raiva para o entendimento dos comportamentos de risco (Beck, 1999; Caspi et al., 1997; Novaco, 1994). Em pesquisa realizada com pacientes psiquiátricos em regime de internação Novaco (1994) apontou a raiva como determinante central da violência coletiva e individual, sendo um componente importante de muitos transtornos psiquiátricos. A associação entre raiva e agressividade foi maior em pacientes com esquizofrenia, alcoolismo e síndromes cerebrais orgânicas. De forma semelhante, Caspi et al., (1997) em estudo sobre comportamentos de risco associados a dependência de álcool, violência, práticas sexuais de risco e hábitos perigosos de vida,

apontaram que a agressividade e a raiva se correlacionavam positivamente com os comportamentos de risco.

Nesse estudo, a estatística descritiva revelou que os participantes que relataram raiva nos *scripts* de risco à saúde/segurança e risco social apresentam diagnósticos de transtorno de personalidade *Borderline* e histriônico, transtorno de humor bipolar, dependência de drogas e alcoolismo. Os comportamentos de risco relatados por tais participantes (1, 5, 11, 19 e 20) na entrevista diagnóstica descrita em seus prontuários, estão relacionados com brigas constantes, agressividade, atentado violento ao pudor, roubo e uso de drogas.

Os estudos sobre as bases cognitivas da raiva, violência e hostilidade desenvolvidos por Beck (1999) revelam que nos comportamentos agressivos e violentos, o agressor se vê como vítima, vulnerável e a vítima real da agressão é vista como agressor, inimigo e hostil. Nesse contexto, o agressor acredita firmemente que sua causa é justa e que seus direitos foram violados, tem a visão de si como bom e correto e vê o outro como mal e errado. Assim, numa perspectiva egocêntrica, o agressor analisa os fatos segundo seu próprio ponto de vista. Sob estresse ou sentimentos de ameaça, os pensamentos autocentrados acentuam-se e as preocupações são estendidas para eventos irrelevantes. Percebe-se que os participantes que mencionaram a emoção de raiva nos *scripts* de risco à saúde/integridade física relataram estratégias violentas e agressivas de revide ao comportamento do agressor apresentado no *script*. As falas que demonstravam maior agressividade foram dos participantes 5, 11 e 20, cujos diagnósticos são, respectivamente, transtorno de personalidade *Borderline* e dependência química. Algumas falas são apresentadas a seguir:

> Tem que matar uma mulher dessas! (sic) (PARTICIPANTE 5);
>
> Tem que bater numa mulher dessas, socar muito mesmo! (sic) (PARTICIPANTE 20).

É possível que, nesses transtornos psiquiátricos e de personalidade, o modelo de Beck sobre raiva e agressividade fique ainda mais evidente.

A emoção de medo relatada no *script* de risco financeiro apresentou correlação negativa com a Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN), indicando que quanto maior o medo relatado pelo participante no contexto de risco financeiro, menor a instabilidade emocional apresentada nas questões referentes a finanças (conforme tabela 25). Várias pesquisas indicam que o medo está relacionado a escolhas menos arriscadas e avaliações pessimistas do risco (Clardie & Redd, 2007; Lerner & Keltner, 2001).

Apesar de serem consideradas emoções negativas, a raiva e o medo associam-se de forma diferente com os comportamentos de risco. Conforme os estudos de Clardie e Redd (2007) e Lerner e Keltner (2001) , o medo é caracterizado por um senso de controle situacional e insegurança e por isso está relacionado com a aversão ao risco. Por outro lado, a raiva é associada a um senso de controle individual e segurança, promovendo uma avaliação otimista do risco e maior engajamento em condutas de risco. Assim, emoções negativas não conduzem necessariamente a maior engajamento em comportamentos de risco visto que o medo está associado à aversão ao risco e pode gerar estratégias de fuga ou esquiva.

As correlações entre raiva e tristeza foram negativas em três *scripts*: saúde/ segurança, social e financeiro (conforme tabelas 24, 25 e 26). Dessa forma, quanto maiores os níveis de tristeza, menores os níveis de raiva e menor a culpabilização de outras pessoas pelas perdas nesses contextos distintos.

As emoções medo e tristeza relatadas no *script* de risco legal/ético apresentaram correlação negativa, indicando que quanto mais o participante temia a situação apresentada pelo *script*, menos relatava sentir-se triste diante da mesma situação (conforme tabela 27).

Isso mostra que as emoções, nesses contextos, são produtos da percepção da situação contexto. Se o contexto é percebido como potencialmente perigoso, a emoção despertada é o medo. Por outro lado, se o contexto gera desesperança, a emoção sentida é a tristeza. Esses dados parecem corroborar o conceito cognitivo de especificidade dos esquemas, ou seja, a

significação de um contexto com base em determinado esquema, por exemplo, esquema de perigo/ameaça gera um padrão de resposta/ação (fuga ou esquiva) e um padrão emocional específico (medo/ansiedade). O tipo de padrão de ação e emoção são dependentes da interpretação específica do contexto avaliado pela pessoa (Beck, Freeman & Davis, 2005).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta pesquisa ampliam o conhecimento sobre os comportamentos de risco apresentados por pacientes com altos índices de neuroticismo, de depressão e de ansiedade atendidos nos ambulatórios de saúde mental.

Os altos níveis de depressão e de ansiedade apresentados pelos participantes caracterizam essa amostra como clínica e sintomática. Os padrões de correlação apresentados nesse trabalho indicaram que indivíduos com níveis elevados de desajustamento psicossocial e ansiedade tenderiam a apresentar maior intenção de emitir comportamentos de risco nos domínios legal/ético, social e saúde/segurança. Por outro lado, quanto maiores os níveis de depressão e vulnerabilidade, menos frequentes são as intenções de apresentar comportamentos de risco à saúde e isso pode ser efeito das intervenções terapêuticas realizadas com essa amostra e uso de psicofármacos pelos participantes. Os níveis elevados de vulnerabilidade também estão associados a intenções reduzidas de apresentar comportamentos de risco social.

Entre as emoções, a raiva está associada à maior probabilidade de emitir comportamento de risco social e risco à saúde, o que reforça a ideia de que os fatores emocionais são importantes na tomada de decisão sobre o risco e, dessa forma, devem ser considerados pelas campanhas de saúde e outras ações que visem à redução de comportamentos de risco.

Desta forma, este estudo permitiu verificar de forma preliminar como o neuroticismo, enquanto uma das dimensões da personalidade humana, se relaciona com os comportamentos de risco e emoções de pacientes em tratamento psiquiátrico e psicológico. O neuroticismo amplia a intenção, de modo geral, de engajar-se em comportamentos de risco e as características desse engajamento são multideterminadas por emoções como a raiva e por sintomas de ansiedade e desajustamento psicossocial.

Futuras pesquisas podem ser feitas com outros sujeitos atendidos em unidades de saúde, como, por exemplo, pacientes hipertensos e diabéticos ou mesmo com pacientes portadores de sofrimento mental, mas priorizando a avaliação de comportamentos de risco à saúde/segurança. Seria interessante também investigar outros traços de personalidade que possam estar envolvidos nos comportamentos de risco em pacientes que apresentam doenças crônicas.

Vale ressaltar algumas limitações desta pesquisa. Uma delas é que se trata de um número reduzido de sujeitos avaliados e, por isso, deve-se ter cautela na generalização dos resultados, sendo necessárias novas pesquisas que envolvam um número maior de sujeitos. Outra limitação refere-se à utilização de escala de autorrelato, o que poderia comprometer a sinceridade das respostas se essas informações não fossem contrapostas a dados de prontuário, entrevistas e *rapport*.

Tais limitações reforçam a necessidade de novos estudos , mas não invalidam os resultados encontrados nesta pesquisa, especialmente aqueles que apontam para uma natureza multidimensional do risco, ou seja, a tomada de decisão frente ao risco varia conforme a situação ou domínio. Dessa forma, protocolos de prevenção e de intervenção não podem basear-se em estudos generalistas sobre o tema “risco”. Esse cuidado deve ser redobrado, quando é necessário considerar aspectos relacionados a personalidade e as comorbidades do paciente psiquiátrico.

As estratégias de prevenção e intervenção realizadas junto a esses pacientes devem considerar as peculiaridades e vicissitudes que a comorbidade e o neuroticismo impõem à “intenção de se comportar arriscadamente”. As informações deste estudo podem contribuir para o desenvolvimento de tais estratégias à medida que reforçam a necessidade de o profissional de saúde estar atento não só para as avaliações cognitivas que o paciente faz de uma situação de risco, mas também considerar o papel importante que as emoções exercem na

tomada de decisão sobre emitir ou não um comportamento de risco. Grupos terapêuticos que abordem assuntos como ensino de habilidades de vida e estratégias de regulação emocional adaptativas podem ser exemplos concretos da aplicabilidade dos resultados encontrados.

Esta Dissertação de Mestrado mostrou algumas dessas peculiaridades no que tange à intenção de se comportar arriscadamente nesse tipo de amostra.

REFERÊNCIAS

Adams, J. (1995). *Risk*. London: UCL Press.

Aklin, W., Lejuez, C., Zvolensky, M., Kahler, C., & Gwadz, M. (2005). Evaluation of behavioral measures of risk taking propensity with inner city adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 215-228.

Allen, H., & Craighead, L. (1999). Appetite monitoring in the treatment of binge eating disorder. *Behavior Therapy*, 30 (2), 253-272.

Alves, H., Kessler, F. & Ratto, L. (2004). Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26 (1), 51-3.

Andrade, L., Viana, M., & Silveira, C. (2006). Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos na mulher. *Revista Psiquiatr, Clin*, 33(2), 43-54.

Ary, D., Duncan, T., Duncan, S & Hops. H . (1999). Adolescent problem behavior: the influence of parents and peers. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 217-230.

Ashby, G., Isen, A. & Turken, U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106(3), 529-550.

Associação Americana de Psiquiatria. (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-IV.* (4ª Ed.). Tradução de D. Batista. Porto Alegre: Artes Médicas.

Auerbach, R., Abela, J., & Ringo Ho, M. (2007). Responding to symptoms of depression and anxiety: emotion regulation, neuroticism and engagement in risky behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (9), 2182-2191.

Azevedo, R. (2000). *Usuários de Cocaína e AIDS: um estudo sobre comportamento de risco.* Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

Ballone, G. (2003). O impacto do (bom) humor sobre o estresse e a saúde. *Psiqweb.* Acesso em 06 de Abril de 2009. Disponível em http://virtualpsy.locaweb.com.br/www.psiqweb.med.br

Baptista, M., Baptista, A., & Oliveira, M. (2004). Depressão e gênero: por que as mulheres se deprimem mais que os homens? In M. Baptista, *Suicídio e Depressão*: *atualizações* (pp. 50-61) . Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Bardo, M. T., Donohew, R. L., & Harrington, N. G. (1996). Psychobiology of novelty seeking and drug seeking behavior. *Behavioural Brain Research*, 77, 23–43.

Bardone, A., Moffit, T., Caspi, A., & Dickson, N. (1996). Adult mental health and social outcomes of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Development and Psychopathology,* 8, 811-829.

Beck, A. (1964). Thinking and Depression: theory and therapy. *Archives of General Psychiatry,* 10, 561-571.

Beck, A. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects.* New York: Harper & Row.

Beck, A. (1999). *Prisoners of Hate: the Cognitive Basis of Anger, Hostility and Violence.* New York: Harper-Collins.

Beck, A., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B., & Steer, R. (1990). Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication With Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry,* 147, 190-195.

Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade.* 2 ed. Porto Alegre: Artmed.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression.* New York: Guilford Press.

Beck, J. (2007). *Terapia Cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona.* Porto Alegre: Artmed.

Botega, N., Werlang, B., Cais, C., & Macedo, M. (2006). Prevenção do Comportamento Suicida. *Psico.* Porto Alegre, 37 (3), 213-220.

Brasil. (1996). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Normas de Pesquisa envolvendo seres humanos.* Res.CNS 196/96. Bioética, 4, 15-25.

Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas/departamento de atenção básica. *Saúde mental e atenção básica - o vínculo e o diálogo necessários na inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.* Brasília. Acesso em 10 de Junho de 2009. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf

Caballo, V. (1996). *Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento*. São Paulo: Santos.

Cardoso, B., & Kapczinski, F. (2008). *Associação entre o consumo de álcool e tentativas de suicídio no transtorno de humor bipolar.* Tese (Mestrado), Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Carneiro, R., Ludermir, A., Duarte, M., Moreira, M., Campelo, D. & Melo, L. (1999) . *Comportamento de risco para AIDS entre estudantes universitários: experiência na UFPE.* An. Fac.Med.Univ. Fed. Pernambuco, 44(2), 113-117.

Carey, M., Carey, K., Maisto, S., Gleason, J., Gordon, C., & Brewer, K. (1999). HIV-risk behavior among outpatients at a state psychiatric hospital: prevalence and risk modeling**.** *Behavior Therapy,* 30, 389-406.

Carey, M., Carey, K., Maisto, S., Gordon, C., Schroder, K., & Vanable, P. (2004). Reducing HIV-Risk Behavior Among Adults Receiving Outpatient Psychiatric Treatment: Results from a Randomized Controlled Trial. *Journal Consult. Clin. Psychology,* 72(2), 252-268.

Carstensen, L.(1995). Motivação para o contato social ao longo do curso de vida: uma teoria da seletividade socioemocional. In A.L. Neri. *Psicologia do Envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida* (pp: 111-144*).* Campinas: Papirus.

Caspi, A., Begg, D., Dickson, N., Harrington, H., Langley, J., Moffitt, T. et al. (1997). Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: evidence from a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology,* 73, 1052–1063.

Ceilley J., Douaihy A., & Salloum, I. (2005) Prevalence and impact of medical disorders in hospitalized psychiatric patients with comorbid substance use disorders. *Addictive Disorders & Their Treatment,* 4(2), 65-70.

Chambless, D., Renneberg. B., Goldstein, A., & Gracely, E. (1992). MCMI-diagnosed personality disorders among agoraphobic outpatients: prevalence and relationship to severity and treatment outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 6(3), 193-211.

Chander, G., Himelhoch, S., & Moore, R. (2006). Substance Abuse and Psychiatric Disorders in HIV-Positive Patients: Epidemiology and Impact on Antiretroviral Therapy. *Drugs*, 66(6), 769-789.

Chuang, S., & Kung, C. (2005). The effects of emotions in risk-taking. *Journal of American Academy of Business*, 6 (2), 113-117.

Clardie, J., & Redd, S. (2007). *The Influence of emotions on Risk Behavior : an experimental examination.* Paper presented at the annual meeting of the International Studies Association 48th Annual Convention. [Versão eletrônica] Chicago, IL. Acessado em 04 de Janeiro de 2009, disponível em http://www.allacademic.com/meta/p180161_index.html

Clark, D., Beck, A., & Beck, J. (1994). Symptom differences in major depression, dysthymia, panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry,* 151, 205-209.

Clark, D. & Steer, R. (2004). Status empírico do modelo cognitivo de ansiedade e de depressão. In Paul Salkovskis (Ed) . *Fronteiras da Terapia Cognitiva* (pp 83- 100). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cleveland, M., Feinberg, M., Bontempo, D. & Greenberg, M. (2008). The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *Journal of Adolescent Health,* 43(2), 157-164.

Clore, G., Schwarz, N., & Conway, M. (1994). Affective Causes and Consequences of Social Information Processing. In R. Wyer & T. Srull (Eds). *The Handbook of Social Cognition.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Coelho, C., Hanna, E., & Todorov, J. (2003). Magnitude, atraso e probabilidade de reforço em situações hipotéticas de risco. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (3), 269-278.

Colvero, L., Ide, C., & Rolim, M. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev. Esc. Enferm . USP*, 38(2), 197-205.

Cooper, M., Agocha, V., & Sheldon, M. (2000) . A motivational perspective on risky behaviors: the role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality,* 68, 1059-1088.

Cooper, M., Wood, P., Orcutt, H., & Albino, A. (2003) .Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology,* 84 (2), 390-410.

Costa, P., & McCrae, R. (1992). *NEO-PI-R: Professional Manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Coutinho, E., Almeida Filho, N. & Mari, J. (1999). Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Revista Psiq. Clin*. 26(5). Acesso em 10 Março de 2009. Disponível em http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista.

Cox, T., & Fergunson, E. (1991). Individual differences, stress and coping. In C. Cooper e R. Payne (Eds). *Personality and Stress: individual differences in the coping process* (pp. 7-32). Chichester: Wiley.

Cunha, S., Carvalho, J., Kolling, N., Silva, C., & Kristensen, C. (2007). Habilidades sociais em alcoolistas: um estudo exploratório. *Rev.bras.ter.cogn,* 3(1), 31-39.

Damásio, A. (1995). Toward a neurobiology of emotion and feeling: operational concepts and hypothesis. *The Neuroscientist*, 1, 19-25.

Douglas, M. (1992). *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*. London: Routledge

Douglas, M., & Wildavsky, A. (1982). *Risk and Culture.* Berkeley: University of California Press.

Dunn, J., & Laranjeira, R. (2000). Desenvolvimento de entrevista estruturada para avaliar consumo de cocaína e comportamentos de risco. *Rev Bras Psiquiatria,* 22(1), 11-16.

Fischhoff, B. (1979). Informed Consentin societal risk-benefit decisions. *Technological Forecasting and Social Change,* 13, 347-57.

Freitas, C., & Gomez, C. (1997). Análise de Riscos Tecnológicos na Perspectiva das Ciências Sociais: História, Ciências, Saúde. *Manguinhos*, 3, 485-504.

Gonçalves, D. , & Kapczinski, F. (2008). Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* , 24(7), 1641-1650.

Guivant, J. (1998). A trajetória das análises de risco: da periferia ao centro da teoria social. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais,* 46, 3-38.

Hannna, E., & Ribeiro, M. (2005). Autocontrole: um caso especial de comportamento de escolha. In J. Abreu-Rodrigues e M. Ribeiro (Orgs.) *Análise do Comportamento: pesquisa, teoria e aplicação* (pp.175-187). Porto Alegre: Artmed.

Hjem, A., Lindblad, F., & Vinnerljung, B. (2002). Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *The Lancet*, 36, 443-448.

Hutz, C., & Koller, S. (1997) .Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estud.psicol.* (*Natal),* 2 (1), 175-197.

Hutz, C., Nunes, C., Silveira, A., Serra, J., & Anton, M. & Wieczorek, L (1998). O Desenvolvimento de marcadores para Avaliação da Personalidade no Modelo dos Cinco Grandes Fatores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11, 395-410.

Hutz, C., & Nunes, C. (2001). *Escala fatorial de ajustamento emocional/ Neuroticismo – EFN***.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ialongo, N.,Werthamer, L., Kellam, S., Brown, C., Wang, S. & Lin, Y. (1999). Proximal Impact of two first-grade Preventive Interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression and antisocial behavior. *American Journal of Community Psychology*, 27 (5), 599-641.

Isen, A., & Geva, N. (1987). The influence of positive affect on acceptable level of risk. *Organizational Behavior and Human Decision Processes,* 39 (2), 145-154.

Isen, A., Nygren, T., & Ashby, G. (1988). Influence of positive affect on the subjective utility of gains and losses: it is just not worth the risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5), 710-717.

Ito, P., Gobitta, M, & Guzzo, R. (2007) Temperamento, neuroticismo e auto-estima: estudo preliminar. *Estud. psicol. (Campinas),* 24, 143-153.

Izard, C. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York: Plenum Press.

Izard, C. (1992). Basic Emotions, Relations Among Emotions, and Emotion-Cognition Relations. *Psychological Review*, 99(3), 561-565.

Joiner, T., Jr., Sachs-Ericsson, N., Wingate, L., Brown, J., Anestis, M. & Selby, E. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 539-547.

Knapp, P., & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2), 54-64.

Kreek, M., Nielsen, D. Butelman, E. & LaForge, K. (2005). Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature Neuroscience*, 8, 1450-1457.

Lawrence, D., & Coghlan, R. (2002). Health inequalities and the health needs of people with mental illness. *NSW Public Health Bull*, 13(7), 155-158.

Lazarus, R. (1991). *Emotion and Adaptation*. Oxford: Oxford University Press.

Leith, K., & Baumeister, R. (1996). Why Do Bad Moods Increase Self-Defeating Behavior? Emotion, Risk Taking and Self-Regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1250-1267.

Lerner, J., & Keltner, D. (2001). Fear, Anger and Risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(1), 146-159.

Levenson, R. (1994). Human Emotions: a functional view. In P. Ekman & R.J. Davidson (Eds.), *The Nature of Emotion*. New York: Oxford University Press.

Lidberg, L., Modlin, I., Oreland, L.,Tuck, J. R., & Gillner, A. (1985). Platelet monoamine oxidase activity and psychopathy. *Psychiatry Research*, 16, 339–343.

Llewellyn, D. (2008). The Psychology of risk taking: toward the integration of psychometric and neuropsychological paradigms. *Am. Journal Psychol*., 121(3) : 363-376.

Lochman, J., & Wells, K. (2003). Effectiveness of the coping power program and classroom intervention with agressive children: outcomes at a 1-year follow-up. *Behavior Therapy*, 34 (4), 493-515.

Loewenstein, G., Weber, E.U., Hsee, C., & Welch, N. (2001). Risk as Feelings. *Psychological Bulletin*, 127, 267-286.

Logue, A. (1995). *Self-control: waiting until tomorrow for what you want today*. New Jersey: Prentice Hall.

Lopes, C., Faerstein, E., & Chor, D. (2003). Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 19(6), 1713-1720.

Lopes, R.F.F. & Lopes, E.J. (2008). *Conhecendo-se para educar: uma visão comportamental-cognitiva da orientação de pais*. Ribeirão Preto: Editora Legis Summa. 144 p.

Lopes, R.F.F., Lopes, E.J., Barbosa-Tinoco, G.A. & Mundim-Masini, A.A. (em produção). Tradução, adaptação e propriedades psicométricas da Escala de Percepção e Comportamento de Risco: Um estudo com universitários.

Lotufo Neto, F.; Yacubian, J.; Scalco, A. & Gonçales, L. (2001). Terapia comportamental-cognitiva dos transtornos afetivos. In B. Rangé (Org). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria* (pp 275-286). Porto Alegre: Artmed.

Lowrance, W. (1976) . *Of Acceptable Risk: Science and the Determination of Safety.* Los Altos, CA: W. Kaufmann.

Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S., Meganck,S., Jansen, B., De Grave, C. et al. (2006). Dependency and self-criticism: relationship between major depressive disorder, severity of depression and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24(8), 586-596.

Maciel, M.J., & Yoshida, E. (2006) Avaliação da Alexitimia , neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica,* 5(1), 43-54.

Major, L. F., & Murphy, D. L. (1978). Platelet and plasma amine oxidase activity in alcoholic individuals. *British Journal of Psychiatry,* 132, 548–554.

Malbergier, A., & Andrade, A. (1999). Transtornos Depressivos em usuários de Drogas injetáveis infectados pelo HIV: um estudo controlado. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* 21 (4), 217-224.

Marcondes Filho, W., Mezzaroba, L., Turini, C., Koike, A., Motomatsu Jr, A., Shibayama, E. et al. (2002). Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. *Adolesc.Latinoam*. 3(2), 0-0. [Versão eletrônica] Acesso em 20 de março de 2009, disponível em http://ral-adolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302002000200007&lng=en&nrm=iso

Marshall, E., & Farrel, M. (2004). Substance use and psychiatric comorbidity. *Psychiatry,* 3(1), 55-58.

Matthews, G., & Deary, I. (1998). *Personality Traits*. United Kingdom: Cambridge University Press.

Matthews, G., Mohamed, A., & Lochrie, B. (1994). *Self-reports of coping and appraisal as predictors of chronic and acute stress.* Paper presented to the 23rd IAAP- International Congress of Applied Psychology, Madrid, Spain.

McCrae, R. & Costa, P. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.

McCrae,R. & Costa, P . (1999). A five-factor theory of personality . In L. Pervin & . O. John (Eds), *Handbook of personality* (pp.139-153). New York: Guilford.

McCrae, R. & John, O. (1992). An introduction to the Five-Factor Model and its applications. *Journal of Personality,* 6, 175-216.

Melman, J. (2001). *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.* São Paulo: Escrituras.

Miller, W., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional – Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.

Moore, S., & Chater, N. (2003). *The Influence of Affect on Risky Behavior : From the Lab to Real World Financial Behavior*. In R. Alterman & D. Kirsh. (Eds). Proceedings of the 23rd Annual Conference of the Cognitive Science Society.

Mordal, J., Bramness, J., Holm, B., & Morland, J. (2007). Drugs of abuse among acute psychiatric and medical admissions: laboratory based identification of prevalence and drug influence. *General Hospital Psychiatry*, 30(1), 55-60.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety /depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.

Novaco, R. (1994). Anger as a Risk Factor for Violence among the Mentally Disordered. In J. Monahan & H. Steadman . *Violence and Mental Disorder* . Chicago: The University of Chicago Press.

Nunes, C., & Hutz, C. (2002) . O modelo dos Cinco Grandes Fatores de personalidade. In R. Primi (Org.), *Temas em Avaliação Psicológica* **.** IBAP: Campinas.

Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Ortony, A., Clore, G., & Collins, A. (1988). *The Cognitive Structure of Emotions.* Cambridge, England : Cambridge University Press.

Paludo, S., & Koller, S. (2006). Psicologia positiva, emoções e resiliência. In D. Dell'Aglio, S. Koller e M.A. Yunes (Org.). *Resiliência e psicologia positiva : interfaces do risco à proteção* (pp. 69-86). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Peres, J., Simão, M., & Nasello, A. (2007). Espiritualidade, Religiosidade e Psicoterapia. *Revista Psiquiatria Clinica*, 34(1), 136-145.

Pervin, L., & John, O. (2004). *Personalidade – teoria e pesquisa*. Porto Alegre:_ Artmed, 8ª edição.

Peter, E., & Slovic, P. (1996). The role of Affect and Worldviews as orienting dispositions in the Perception and Acceptance of Nuclear Power. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 1427-1453.

Peterson, L., & Stern, B. (1997). Family Processes and child risk for injury. *Behaviour Research and Therapy*, 35(3), 179-190.

Powel, V., Abreu, N., Oliveira, I. & Sudak, D. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental da Depressão. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 30 (1), 73-80.

Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154.

Rabelo, A., Cardoso, E., & Melo, A. (2005). Características sociodemográficas da população psiquiátrica internada nos Hospitais do S.U.S. do estado da Bahia. *Revista baiana de saúde pública*, 29(1), 43-56.

Rabins, P., & Slavney, P. (1979). Histerical traits and variability of mood in normal men. *Psychological Medicine*, 9, 301-304.

Ramires, J.C., & Santos, M. (2006). Mortalidade por causas externas em Uberlândia (MG) de 1980 a 2000. *Hygéia*, 2 **(**2), 5-26.

Rezende, M. (2000). Modelos de Análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações. *Rev. Biociência*, 6(1), 49-55.

Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20 (1), 17-22.

Rios, D., Bastos, F., Cunha, L., & Valadares, M. (2005). Tentativa de suicídio com uso de medicamentos registrados pelo CIT-GO nos anos de 2003 e 2004. *Revista eletrônica de Farmácia*, 2(1), 6-14.

Riskind, J., Moore, R., Harman, B., Hohmann, A., Beck, A. & Stewart, B. (1991). The relation of generalized anxiety disorder to depression in general and dysthymic disorder in particular. In R.M. Rapee & D.H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety and mixed anxiety-depression* (pp.153-171). New York: Guilford Press.

Rondina, R., Gorayeb, R. & Botelho, C. (2007). Características Psicológicas associadas ao Comportamento de Fumar Tabaco. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(5), 592-601.

Salkovskis, P. (2004). A abordagem cognitiva dos transtornos de ansiedade: crenças de ameaça, comportamento de busca de segurança e o caso especial de ansiedade e obsessões relativas à saúde. In P. Salkovskis (Ed.) *Fronteiras da Terapia Cognitiva* (pp. 61-82). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Salles, M., & Barros, S. (2009). Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. *Acta paul. enferm.*, 22(1), 11-16.

Sampaio, A., & Caetano, D. (2006). Mortalidade em pacientes psiquiátricos: revisão bibliográfica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(3), 226-231.

Schroeder, S.. Peterson,C., Solomon, L.& Artley, J. (1977). EMG feedback and the contingent restraint of self-injurious behavior among the severely retarded. *Behavior Therapy*, 8 (4), 738-741.

Schuckit, M. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101(1), 76-88.

Shinohara, H., & Nardi, A. (2001) . Transtorno de Ansiedade Generalizada. In B. Rangé (Org). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria* (pp 217-229) . Porto Alegre: Artmed.

Silveira, D., & Jorge, M. (1999). Comorbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas – resultados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (3), 145-151.

Simon, G., Savarino, J., Operskalski, B. & Wang, P. (2006). Suicide risk during antidepressant treatment. *Am. J. Psychiatry*, 163, 41-47.

Skinner, B.F. (1991). *Questões Recentes na Análise Comportamental.* (Tradução de Anita Liberalesso Neri). Campinas: Papirus. Publicado Originalmente em 1989.

Slavney, P., Breimer, J., & Rabins, P. (1977). Variability of mood and histerical traits in normal women. *Journal of Psychiatry Research*, 13 (3), 155-160.

Slavney, P., & Rich, G. (1980). Variability of mood and the diagnosis of histerical personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 136, 402-404.

Slovic, P. (2000). *The perception of risk.* London: Earthscan Publications.

Slovic, P.,Finucane, M., Peters, E. & MacGregor, D. (2002). Risk as analyses and Risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk and rationality. *Risk Analysis*, 24 (2), 1-12.

Slovic, P., Finucane, M., Peters, E., & MacGregor, D. (2007). The affect heuristic. *European Journal of Operational Research*, 177 (3), 1333-1352.

Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1981). Perceived risk: psychological factors and social implications. In *Proceedings of the Royal Society, Risk Report A376* (pp.17-34). Londres: Royal Society.

Slovic, P., Layman, M., Kraus, N., Flynn, J., Chalmers, J., & Gesell, G. (1991). Perceived risk, stigma, and potential economic impacts of a high-level nuclear waste repository in Nevada. *Risk Analysis*, 11, 683- 696.

Soares, H., & Gonçalves, H. (2008). Avaliação da dependência nicotínica em um hospital municipal psiquiátrico do Rio de Janeiro. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(1). Acesso em 23 abril de 2009. Disponível em: http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/46.

Sokero, T., Melartin, T., Rytsala, H., Leskela, U., & Lestela-Mielonen. (2005). Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 314-318.

Souza, A. & Abreu-Rodrigues, J. (2007). Réquiem para um sonho – uma visão comportamental da impulsividade e adicção. In A K. Farias & M. Ribeiro (Orgs.), *Skinner vai ao Cinema* (*pp 115-136)*. Santo André, SP: ESETEC Editores.

Starr, C. (1969). Social Benefit Versus Technological Risk - What Is Our Society Willing to Pay for Safety? *Science*, 165, 1232-1238.

Stevens, S. (1958). Measurement and Man. *Science*, 127, 383-389.

Stice, E., & Agras, W. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence. *Behavior Therapy*, 29(2), 257-276.

Stone, S., & Costa, P. (1990). Disease-prone personality or distress-prone personality? In H.S. Friedman (Ed) *Personality and disease.* New York: Wiley.

Stroopa, A., & Moreira-Almeida, A. (2008). Religiosidade e Saúde. In M.I. Salgado & G. Freire (Orgs), *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina* (pp. 427-443). Belo Horizonte: Inede.

Stumpf, B., Rocha, F., & Proietti, A. (2006). Infecções virais e depressão. *J. Bras. de Psiquiatria*, 55(2), 132-141.

Tarrier, N., Gooding, P., Gregg, L. Johnson, J. & Drake, R. (2007). Suicide schema in schizophrenia: the effect of emotional reactivity, negative symptoms and schema elaboration. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 290-297.

Thase, M., & Beck, A. (1993). An overview of cognitive therapy. In J. Wright et al. *Cognitive Therapy with inpatients: developing a cognitive Milieu.* New York: The Guilford Press.

Tremblay, R., Masse, B., Perron, D., Leblanc, M., Schwartzman, A., Ledingham, J. (1992) . Early disruptive behavior, poor school achievement, delinquent behavior, and delinquent personality: Longitudinal analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 64-72.

Trimpop, R. (1994). *The Psychology of Risk Taking Behavior.* North-Holland: Elsevier.

Tucci, A., Kerr-Corrêa, F., & Dalben, I. (2001). Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distimia e depressão dupla. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 23 (2), 79-87.

Tucker, J. (2004). Contributions of behavioral economics for understanding and resolving substance use disorders. *NAD Publication*, 44, 35-48.

Valença, A., Nardi, A., Nascimento, I., Mezzasalma, M., Lopes, F. & Zin, W. (2001). Transtorno de Pânico e Tabagismo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (4), 229-232.

Vermelho, L., Barbosa, R. & Nogueira, S. (1999). Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. *Cad. Saúde Pública*, 15 (2), 369-379.

Vertzberger, Y. (1998). *Risk Taking and Decision making: Foreign Military Intervention Decisions*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Vieira, R. (1998). Alcoolismo em Transtorno Bipolar. *Psychiatry on line Brazil Current Issues*. 6 (3) . Acesso em 23 abril, 2009. Disponível em http://www.priory.com/psych/bipolar.htm.

Vogeltanz-Holm, N., Wonderlich, S., Lewis, B.,Wilsnack, S., Harris, T., Wilsnack, R. et al. (2000). A Longitudinal predictors of binge eating, intense dieting and weight concerns in a national sample of women. *Behavior Therapy*, 31(2), 221-235.

Vollrath, M., Torgersen, S., & Alnaes, R. (1995). Personality as long-term predictor of coping. *Personality and Individual Differences*, 18, 117-125.

Walsh, F. (1996). The Concept of Family Resilience: crisis and challenge. *Family Process*, 35, 261-281.

Watt, K., Purdie, D., Roche, A. & McClure, R. (2006). Injury severity: role of alcohol, substance use and risk-taking. *Emergency Medicine Australasia*, 18(2), 108-117.

Weber, E., Blais, A., & Betz, N. (2002). A Domain-specific Risk-attitude Scale: measuring risk perceptions and risk behaviors. *J. Behav. Dec. Making*, 15, 263-290.

Weber, E., Johnson, J. & Wilke, A. (2004). Beyond a trait view of risk taking: a domain-specific scale measuring risk perceptions, expected benefits and perceived-risk attitudes in germain-speaking populations. *Polish Psychological Bulletin*, 35(3), 153-172.

Weinstein, N. (1984). Why it won't happen to me: perception of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3 (5), 431-457.

Weinstein, N. (1989). Optimistic Biases about Personal Risks. *Science*, 8, 1232-1233.

Weinstein, N. (1999). What does it mean to understand a Risk ? Evaluating Risk Comprehension. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, 15-20.

Weinstein, N., & Klein, W. (1995). Resistance of Personal Risk Perceptions to Debiasing Interventions. *Health Psychology*, 14(2), 132-140.

Weinstein, N., Klotz, M., & Sandman, P. (1988). Optimistic Biases in Public Perceptions of the Risk from Radon. *American Journal Public Health*, 78 (7), 796-800.

Weishaar, M. (2004). Fatores cognitivos de risco para o suicídio. In P. Salkovskis (Ed). *Fronteiras da Terapia Cognitiva* (pp 201-219). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wetzel, J. (1994) Depression: Women at Risk. *Social Work in Health Care*, 19 (3), 85-108.

Wilde, G. J. (2005). *O Limite Aceitável de Risco: Uma nova psicologia sobre segurança e saúde. O que funciona? O que não funciona? E por que?* Tradução de R. J. A. Rozestraten. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Woodruff-Borden, J., Stanley, M., Lister, S. & Tabacchi, M. (1997). Nonclinical panic and suicidality: prevalence and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 35(2), 109-116.

World Health Organization. (2001). *Saúde mental: 128ª sessão do comitê executivo*. [Versão eletrônica]. Acesso em 12 de Agosto de 2007, Disponível em http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce128_04-p.pdf

World Health Organization. (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Department of Mental Health and Substance Abuse.Geneva. [Versão eletrônica]. Acesso em 14 de Maio de 2007, Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf

Yates F., & Stone E. (1992). The Risk Construct. In: F. Yates (org.), *Risk-taking behavior (pp.1-25)*. Chichester: Wiley.

Zajonc, R. (1980). Feeling and Thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35(2), 151-175.

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. New York: Cambridge University Press.

Zuckerman, M. (2000). Are you a risk taker? *Psychology Today*, 33, 52-56.

Zuckerman , M., & Kuhlman, M. (2000). Personality and risk taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68, 999-1029.

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO – COORDENAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, na qualidade de coordenadora e responsável desta Unidade Básica de Saúde declaro que estou ciente do projeto de pesquisa "neuroticismo, emoções e comportamentos de risco em pacientes de ambulatório de saúde mental", realizado como parte dos estudos de Mestrado em Psicologia (UFU) da pesquisadora Gesiane Agostinho Barbosa Tinoco, sob orientação da Prof.ª Drª Renata F.F. Lopes , e autorizo que o mesmo seja desenvolvido neste serviço, me comprometendo a facilitar as condições necessárias para a realização do mesmo.

Uberlândia ___ de _____ de 2007.

_____

Maria das Graças Coelho

ANEXO B
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFU

Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4531

ANÁLISE FINAL Nº 474/07 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU: 302/07

Projeto Pesquisa: *"Regulação Emocional, neuroticismo e comportamentos de risco em pacientes de ambulatório de saúde mental."*

Pesquisador Responsável: Renata F. F. Lopes

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:
a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data para entrega do **Relatório Final: Março/2009**

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO.

Uberlândia, 07 de Dezembro de 2007.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:
(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.

ANEXO C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **"NEUROTICISMO, EMOÇÕES E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM USUARIOS DE AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL**" sob a responsabilidade dos pesquisadores Gesiane Agostinho B. Tinoco (mestranda) e Prof.a Drª Renata F. F. Lopes.

Nesta pesquisa estamos buscando entender a relação entre o traço de personalidade (neuroticismo), as emoções e os comportamentos de risco em pacientes que freqüentam o serviço de saúde mental. Na sua participação você responderá a perguntas sobre emoções, aspectos da personalidade e comportamentos de risco apresentadas na forma de escalas e histórias.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e mesmo assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum ônus e ganho financeiro por participar da pesquisa. Não haverá risco para você, pois será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade e caso sejam detectadas alterações nos aspectos investigados neste estudo, tanto você quanto o psicólogo da Unidade Básica de Saúde serão informados.

Você é livre para parar de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo para o senhor, ou seja, caso desista de participar isso não terá qualquer implicação para o atendimento psicológico que vem tendo na UBS. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a). Qualquer dúvida a respeito da pesquisa o senhor (a) poderá entrar em contato com os pesquisadores:

Gesiane A. Barbosa Tinoco. Telefone Avenida Para 1720, Bloco 2C.Telefone: 3218-2235 - ramal 38

Prof.a. Drª Renata F. Fernandes Lopes: Avenida Para 1720, Bloco 2C. Telefone: 3218-2235 - ramal 38

Comitê de Ética em Pesquisa: Av. João Naves de Ávila, 2121 - Bloco 1J, Campus Santa Mônica Uberlândia - MG CEP 39.400-902 · Fone/Fax: (34) 3239 - 4531

Uberlândia, _____ de _____ de 2008.

Assinatura dos pesquisadores: _____

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido esclarecido.

Participante da pesquisa: _____

ANEXO D
ESCALA DE COMPORTAMENTO DE RISCO

Abaixo encontram-se algumas questões que devem ser avaliadas duas vezes por você.
Na primeira coluna em branco, coloque um número que corresponda à sua resposta, considerando a escala abaixo:

Para cada sentença abaixo, indique ***quanto risco você percebe*** nas situações citadas. Numere de 1 a 5, utilizando a escala a seguir:				
1 Nenhum risco	2 Pouco risco	3 Risco moderado	4 Muito risco	5 Risco extremo

Na segunda coluna, coloque um número que corresponda à sua resposta, considerando a escala:

Para cada uma das sentenças abaixo, indique a ***probabilidade de você realizar*** cada atividade ou comportamento. Forneça uma nota de 1 a 5, conforme a escala abaixo:				
1 Muito improvável	2 Improvável	3 Incerto	4 Provável	5 Muito provável

	Quanto risco você percebe?	***Qual a probabilidade de realizar?***
1 - Admitir que a sua opinião é diferente da opinião dos seus amigos.		
2 - Comprar drogas ilegais.		
3 - Gastar grande quantidade de dinheiro em loterias.		
4 - Agredir fisicamente outra pessoa.		
5 - Ser avalista de alguém.		
6 - Criticar ou apontar defeitos de uma pessoa importante para você.		
7 - Dirigir bêbado.		
8 - Falsificar documentos.		
9 - Consumir bebida alcoólica em excesso.		
10 - Ignorar dor física persistente não indo ao médico.		
11 - Fazer cópias ilegais (xerocar livros, copiar CDs, etc).		
12 - Fazer sexo sem usar preservativo (camisinha).		
13 - Não utilizar filtro solar.		
14 - Não usar cinto de segurança.		
15 - Praticar esportes radicais.		
16 - Roubar pequenos objetos (caneta, bala, folha de papel, etc).		
17 - Usar drogas.		
18 – Fumar cigarro.		
19 - Defender um assunto polêmico em uma ocasião social.		
20 - Gastar dinheiro impulsivamente, sem pensar nas conseqüências.		
21 - Fazer gatos de TV a cabo ou energia.		
22 - Comprar objetos que estão em promoção sem haver necessidade.		
23 - Vestir roupas não convencionais ou provocativas.		
24 - Dirigir em alta velocidade.		
25 - Trair esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a) com outra pessoa.		
26 - Mentir para alguém.		
27 - Investir em um negócio que possui grandes chances de não dar certo.		
28 - Emprestar para amigo / familiar a maior parte do seu salário ou renda mensal.		

ANEXO E
SCRIPTS APRESENTADOS AOS PARTICIPANTES

VERSAO FEMININA

Risco saúde/integridade física: Uma mulher enfrenta muitos problemas com o marido alcoólatra que a agride fisicamente e psicologicamente. Ela tem 3 filhos, cuida da mãe doente e não trabalha por isso depende financeiramente do marido.

Qual das emoções destes cartões você sentiria?

( ) RAIVA

( ) TRISTEZA

( ) MEDO

Classifique sua emoção na escala abaixo:

RAIVA

(0) nenhuma raiva

(1) um pouco de raiva

(2) uma raiva média

(3) muita raiva

(4) completamente com raiva

TRISTEZA

(0) nenhuma tristeza

(1) um pouco de tristeza

(2) uma tristeza média

(3) muita tristeza

(4) completamente com tristeza

MEDO

(0) nenhum medo

(1) um pouco de medo

(2) um medo médio

(3) muito medo

(4) completamente com medo

Risco social: Em um grupo realizado na comunidade para ajudar as pessoas a resolverem seus problemas, todos falam de suas dificuldades e Maria participa pela primeira vez e deseja dar sua opinião sobre o problema de vida de um outro participante que apresenta dependência de remédio para dormir. Todos falam o que pensam para o colega, mas Maria percebe que sua opinião é muito diferente das outras.

Qual das emoções destes cartões você sentiria?

( ) RAIVA

( ) TRISTEZA

( ) MEDO

Classifique sua emoção na escala abaixo:

RAIVA

(0) nenhuma raiva

(1) um pouco de raiva

(2) uma raiva média

(3) muita raiva

(4) completamente com raiva

TRISTEZA

(0) nenhuma tristeza

(1) um pouco de tristeza

(2) uma tristeza média

(3) muita tristeza

(4) completamente com tristeza

MEDO

(0) nenhum medo

(1) um pouco de medo

(2) um medo médio

(3) muito medo

(4) completamente com medo

Risco legal/ético: Ana e sua família estão passando por sérias dificuldades financeiras e seu filho, amigo do traficante do bairro, resolve traficar drogas e com o dinheiro arrecadado ajudar a família.

Qual das emoções destes cartões você sentiria?

( ) RAIVA

( ) TRISTEZA

( ) MEDO

Classifique sua emoção na escala abaixo:

RAIVA

(0) nenhuma raiva

(1) um pouco de raiva

(2) uma raiva média

(3) muita raiva

(4) completamente com raiva

TRISTEZA

(0) nenhuma tristeza

(1) um pouco de tristeza

(2) uma tristeza média

(3) muita tristeza

(4) completamente com tristeza

MEDO

(0) nenhum medo

(1) um pouco de medo

(2) um medo médio

(3) muito medo

(4) completamente com medo

Risco Financeiro: Uma mulher trabalha como diarista e pretende se casar ainda este ano mas seu salário não é alto. Quase todos os dias ela sai do trabalho e para em um bar onde existem máquinas caça níquel. Ela acredita que pode ganhar muito dinheiro se apostar o dinheiro do mês todo. Já perdeu muito dinheiro em apostas e como fica sem salário, faz muitos empréstimos em lojas e financeiras.

Qual das emoções destes cartões você sentiria?

( ) RAIVA

( ) TRISTEZA

( ) MEDO

Classifique sua emoção na escala abaixo:

RAIVA

(0) nenhuma raiva

(1) um pouco de raiva

(2) uma raiva média

(3) muita raiva

(4) completamente com raiva

TRISTEZA

(0) nenhuma tristeza.

(1) um pouco de tristeza

(2) uma tristeza média

(3) muita tristeza.

(4) completamente com tristeza

MEDO

(0) nenhum medo

(1) um pouco de medo

(2) um medo médio

(3) muito medo

(4) completamente com medo

VERSÃO MASCULINA

Risco saúde/Integridade física: Um homem enfrenta muitos problemas com a esposa alcoólatra que o trai, alem de agredi-lo fisicamente e psicologicamente. Ele tem 3 filhos, cuida da mãe doente e não trabalha por isso depende financeiramente da esposa.

Qual das emoções destes cartões você sentiria?

( ) RAIVA

( ) TRISTEZA

( ) MEDO

Classifique sua emoção na escala abaixo:

RAIVA

(0) nenhuma raiva

(1) um pouco de raiva

(2) uma raiva média

(3) muita raiva

(4) completamente com raiva

TRISTEZA

(0) nenhuma tristeza

(1) um pouco de tristeza

(2) uma tristeza média

(3) muita tristeza

(4) completamente com tristeza

MEDO

(0) nenhum medo

(1) um pouco de medo

(2) um medo médio

(3) muito medo

(4) completamente com medo

Risco social: Em um grupo realizado na comunidade para ajudar as pessoas a resolverem seus problemas, todos falam de suas dificuldades e João participa pela primeira vez e deseja dar sua opinião sobre o problema de vida de um outro participante que apresenta dependência de remédio para dormir. Todos falam o que pensam para o colega, mas João percebe que sua opinião é muito diferente das outras.

Qual das emoções destes cartões você sentiria?

( ) RAIVA

( ) TRISTEZA

( ) MEDO

Classifique sua emoção na escala abaixo:

RAIVA

(0) nenhuma raiva

(1) um pouco de raiva

(2) uma raiva média

(3) muita raiva

(4) completamente com raiva

TRISTEZA

(0) nenhuma tristeza

(1) um pouco de tristeza

(2) uma tristeza média

(3) muita tristeza

(4) completamente com tristeza

MEDO

(0) nenhum medo

(1) um pouco de medo

(2) um medo médio

(3) muito medo

(4) completamente com medo

Risco legal/ético: Pedro e sua família estão passando por sérias dificuldades financeiras e seu filho, amigo do traficante do bairro, resolve traficar drogas e com o dinheiro arrecadado ajudar a família.

Qual das emoções destes cartões você sentiria?

( ) RAIVA

( ) TRISTEZA

( ) MEDO

Classifique sua emoção na escala abaixo:

RAIVA

(0) nenhuma raiva.

(1) um pouco de raiva.

(2) uma raiva média

(3) muita raiva

(4) completamente com raiva

TRISTEZA

(0) nenhuma tristeza

(1) um pouco de tristeza

(2) uma tristeza média

(3) muita tristeza

(4) completamente com tristeza

MEDO.

(0) nenhum medo

(1) um pouco de medo

(2) um medo médio

(3) muito medo

(4) completamente com medo

Risco Financeiro: Um homem trabalha como motorista e pretende se casar ainda este ano mas seu salário não é alto. Quase todos os dias ele sai do trabalho e para em um bar onde existem máquinas caça níquel. Ele acredita que pode ganhar muito dinheiro se apostar o dinheiro do mês todo. Já perdeu muito dinheiro em apostas e como fica sem salário, faz muitos empréstimos em lojas e financeiras.

Qual das emoções destes cartões você sentiria?

( ) RAIVA

( ) TRISTEZA

( ) MEDO

Classifique sua emoção na escala abaixo:

RAIVA

(0) nenhuma raiva.

(1) um pouco de raiva

(2) uma raiva média

(3) muita raiva

(4) completamente com raiva

TRISTEZA

(0) nenhuma tristeza.

(1) um pouco de tristeza

(2) uma tristeza média

(3) muita tristeza

(4) completamente com tristeza

MEDO

(0) nenhum medo

(1) um pouco de medo

(2) um medo médio

(3) muito medo

(4) completamente com medo