

Estratégias de enfrentamento e níveis de ansiedade de mulheres em tratamento psicológico

Coping strategies and level of anxiety of women in psychological treatment

Estrategias de afrontamiento y nivel de ansiedad de la mujer en tratamiento psicológico

Rui Mateus **Joaquim**¹
Maria de Lourdes Merighi **Tabaquim**¹
Tânia Gracy Martins **do Valle**²

¹Laboratório de Neuropsicologia. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, HRAC/USP - Universidade de São Paulo, Brasil

²Departamento de Psicologia. Faculdade de Ciências de Bauru, UNESP- Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Brasil

Resumo

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

Descritores: Estratégias; Ansiedade; Mulheres.

Abstract

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

Descriptors: Strategies; Anxiety; Women.

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue realizar evaluar las estrategias de afrontamiento y el nivel de ansiedad en las mujeres sometidas a atención psicológica del Centro de Apoyo Psicossocial de Bauru. El estudio incluyó a 40 mujeres de 40 a 62 años, los pacientes psiquiátricos en tratamiento psicológico. Los instrumentos utilizados para la investigación fueron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Folkman y Lázaro. Para el análisis estadístico, se utilizó el test no paramétrico de Mann-Whitney para comparar dos grupos utilizando un nivel de significación del 5%. Los resultados revelaron un puntuaciones de ansiedad BAI considerados graves en este grupo de mujeres en el estudio y mostraron significación estadística en las estrategias para la pasividad y Apoyo Social de afrontamiento. El análisis de las alternativas que constituyen los factores de apoyo social, Escape y Dodge Pasividad caracterizada en términos de perfil de las mujeres ansiosas de este estudio de afrontamiento.

Descriptores: Estrategias; Ansiedad; Mujeres.

INTRODUÇÃO

A mulher brasileira na atualidade tem assumido, dia após dia, diferentes papéis e múltiplas tarefas em seu cotidiano. Ela é parte integrante de uma sociedade que nas últimas décadas tem passado por profundas transformações demográficas, sócio-econômicas e culturais, as quais repercutiram intensamente nas diferenças esferas da vida familiar. As tendências que mais se destacaram quanto às formas de organização doméstica, foram redução do tamanho das famílias e o crescimento da proporção destas, cujas pessoas responsáveis são mulheres¹. Leone² a partir de seus estudos, durante as últimas décadas do século XX, afirma que o trabalho da mulher e o crescimento da renda familiar na região metropolitana de São Paulo, estavam nas mãos de mulheres-chefes de família, com idade acima de 25 anos. Além das mulheres experimentarem alguns estressores que só fazem parte da condição do sexo feminino como a tensão pré-menstrual (TPM), a gravidez, a menopausa e as alterações hormonais. Ela tem também de lidar com situações conflitantes, como por exemplo, o controle da natalidade e a responsabilidade em manter a estrutura familiar, além de contar com sua participação econômica, a mulher, hoje, têm papel mais ativo na sociedade.

E é considerando esta atuação da mulher, no presente século, que se tornam pertinentes pesquisas a respeito da mesma, principalmente quando se tem o foco em estudos como os de Calais³ em que o risco de alguém apresentar sintomas de stress e ansiedade a partir dos desgastes sofridos nas suas interações com o seu contexto, não são iguais para todas as pessoas. Pesquisa realizada em 2003 por Calais et al.⁴ sobre escolaridade e estresse, mostrou que as mulheres eram mais afetadas pelo estresse do que os homens em todas as faixas etárias pesquisadas. Em 2004, Oliveira⁵ também observou uma diferença percentual expressiva ao comparar o nível de ansiedade e estresse em uma amostra de juízes e servidores públicos da cidade de Campinas. A frequência deste em mulheres (79%)

superou o percentual masculino (60%). Em um estudo sobre *estresse* e qualidade de vida de pais de crianças com leucemia e o *stress* da criança, Urbano⁶ verificou um número maior de meninas estressadas se comparadas aos meninos, assim como maior incidência de estresse nas mães dessas crianças do que nos pais, o que dá suporte à conclusão de Lipp⁷ de que o sexo feminino necessita de mais atenção quanto ao estresse emocional.

A mulher também é mais discriminada do que o homem pela sociedade e ainda precisa lutar contra as exigências de patrões, falta de recursos adequados em creches e escolas maternas, enfrenta sobrecarga de trabalho e tem maridos que não ajudam⁸. Na literatura, encontramos referências a respeito do ônus desigual pago pelas mulheres nos casais que optam pelo estilo de vida imposto pela situação de duplo trabalho, ou seja, o remunerado e o doméstico. Tal ônus está relacionado, principalmente, com o acúmulo de jornadas de trabalho, o desempenho de múltiplos papéis e funções e o alto nível de exigência pessoal⁹⁻¹¹.

A mulher trabalha para receber o pagamento e complementar ou até mesmo ter o maior salário da família e, em outras situações, ser o único salário que o grupo familiar pode contar e ainda é responsável pela maioria das tarefas de casa e pelo cuidado com os filhos, tal situação se revela agravada quando resultados de estudos, como os de Perlin e Diniz¹² (2005) apontam que, ainda em nosso contexto social, há realidades, em que a mulher se transforma em dupla mercadoria: na esfera doméstica, pertencendo ao marido; no emprego, pertencendo ao capitalismo. Um dos resultados gerados por esse descompasso é o da insatisfação feminina com relação à divisão do trabalho doméstico¹⁰.

Pode-se considerar com base nos estudos de Diniz¹³ que a falta de igualdade na divisão de tarefas domésticas, na administração da casa e na educação e cuidado dos filhos são fatores geradores de ansiedade e estresse na esfera familiar. E quando o foco está na

esfera profissional, o trabalho feminino, segundo o autor tem como características: desigualdade de salários com os homens, diferenças de acesso à promoção, à realização e aos investimentos profissionais como fontes desencadeadoras de tensões.

Para Perlin e Diniz¹² neste início de século XXI, em algumas famílias quando a esposa trabalha fora de casa, já está havendo uma maior participação dos esposos nas tarefas do lar e no cuidado com os filhos. No entanto, estas ações não têm sido suficientes quando consideramos a carga que a mulher geralmente assume. E é provável que isto ocorra devido à pressão social, que não permite que as mulheres e os homens rompam completamente com os papéis tradicionais de gênero a eles atribuídos.

No referente ao trabalho da mulher, encontra-se na literatura disponível, estudos avaliando outros aspectos pertinentes a este tema, a serem considerados e analisados. Para eles, o que parece ser estressante não é trabalhar ou permanecer em casa, mas a atitude das mulheres perante essas escolhas. A mulher que necessita trabalhar quando prefere ficar em casa está sob maior tensão do que aquela que deseja trabalhar. Da mesma maneira, a mulher que permanece em casa quando prefere ir trabalhar está mais sob tensão do que aquela que prefere não trabalhar, mas tem que fazê-lo. A mulher precisa aprender a enfrentar as barreiras que a sociedade ainda impõe a ela e realizar escolhas que tragam realizações⁸.

Em oposição Verbrugge¹⁴ encontrou que a atuação das mulheres em múltiplos papéis beneficia tanto a saúde física quanto o bem-estar psicológico; Rosenfield¹⁵ confirmou com o resultado de sua pesquisa que as mulheres só apresentam um índice mais elevado de depressão quando as mesmas estão desempenhando papéis tradicionais, e que as mulheres casadas que trabalham são mais saudáveis do que as que não possuem um trabalho remunerado.

Outros autores enfatizaram a importância das requisições de papel para dar sentido à vida de uma pessoa^{16,17} pois as identidades são sustentadas através

dos relacionamentos de papéis, assim quanto mais posições o indivíduo ocupar, maior será sua segurança existencial, o que eles consideram de vital importância para o bem-estar psicológico.

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

COPING

Os esforços realizados pelas pessoas para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas, buscando desenvolver estratégias para tais situações têm se constituído objeto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, encontrando-se fortemente atrelado ao estudo das diferenças individuais¹⁸. A perspectiva de estratégias de enfrentamento em que se baseia este trabalho é a da psicologia cognitiva e caracteriza o *coping* como uma série de táticas utilizadas pelos indivíduos na tentativa de se adaptarem a uma demanda estressante específica.

Como estratégia de adaptação o *coping* tem como função gerir um problema e modular a resposta emocional a este. Segundo Lazarus e Folkman¹⁹ o estresse é resultado da relação entre o indivíduo e o ambiente e o termo *coping* é empregado referindo-se ao conjunto de esforços utilizados pelos indivíduos objetivando protegê-los de aspectos considerados ameaçadores ao seu bem estar. O *coping* é um processo dinâmico visto que se relaciona com mudanças nas avaliações e reavaliações que os indivíduos fazem sobre eventos²⁰.

Estratégias de *coping* são classificadas em dois tipos: focalizados na emoção e focalizados no problema. O *coping* focalizado na emoção visa alterar

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

As estratégias utilizadas dependem e implicam :

1) Do evento estressante específico e de como a pessoa avalia a situação no momento em que ela ocorre, o que centraliza o foco na situação e na interpretação atual da pessoa. 2) Possui a função de administrar a situação estressora; 3) Enfatiza a noção de como o evento é percebido e interpretado pelo indivíduo; 4) É uma situação por meio da qual os indivíduos empreenderão esforços cognitivos e comportamentais para administrar (minimizar ou tolerar) a demanda estressante que surgiu em sua interação com o ambiente¹⁹. Nos estudos realizados com crianças, observou-se o uso de estratégias de enfrentamento, com mais frequência, focalizadas na emoção, pois elas, geralmente, lançam mão de recursos menos elaborados para lidarem com situações conflitantes²¹.

Quando a pesquisa com sujeitos na fase da infância tem como meta a variável gênero, a escolha de respostas de enfrentamento pode ser diferencial porque meninos e meninas são socializados de forma diferente. As meninas podem ser socializadas para o uso de estratégias pró-sociais enquanto os meninos podem ser socializados para serem independentes e

utilizarem estratégias de enfrentamento competitivas²². Para Savóia²³, quando o indivíduo usa estratégias centradas na emoção é porque avaliou que diante de tal situação ameaçadora nada poderia ser feito para modificá-la. No entanto, as formas centradas no problema são mais prováveis quando tais condições são avaliadas como fáceis de mudar. As estratégias de enfrentamento se instalam ao longo do desenvolvimento humano e dependem da resposta do indivíduo às variáveis do contexto²⁴.

Todo esse contexto, envolvendo estímulo-resposta-resultado, tem sido compreendido como processo de enfrentamento. E por enfrentamento, compreende-se a resposta às condições de vida reais ou não, que nos causam desconforto, com vistas ao bem-estar geral²⁵. O enfrentamento é considerado por Savóia²³ uma resposta cujo objetivo é aumentar a percepção de controle pessoal e a tendência a escolher determinada estratégia de enfrentamento depende do repertório individual, como habilidades sociais e valores, e de experiências anteriormente reforçadas de maneira diferencial. De acordo com Folkman e Lazarus¹⁹ existem vários recursos que podem ajudar o indivíduo a enfrentar as situações de ansiedade e estresse, entre eles: saúde e energia, crenças positivas, habilidades para resolução de problemas, habilidade social, busca de suporte social e recursos materiais.

Na literatura disponível fica demarcada compreensão de que problemas com saúde podem afetar o equilíbrio das emoções humanas. Neves²⁶ realizou um estudo com trinta mulheres diagnosticadas com câncer. A pesquisa avaliou estratégias de enfrentamento e o nível de tensão das pacientes. Em relação às estratégias de enfrentamento (avaliadas com o Inventário de Estratégias de *Coping*¹⁹) as mais utilizadas pelos participantes foram à fuga e esquivas (esforços no sentido de evitar a situação aversiva) e o suporte social.

Para analisar a relação entre estratégias de enfrentamento, ansiedade e depressão Chaves e Cade²⁷ pesquisaram 78 mulheres em tratamento para

hipertensão arterial no Instituto do Coração. Para o estudo os pesquisadores utilizaram três Inventários – Enfrentamento de Folkman e Lazarus, Ansiedade de Spilberger e Depressão de Beck. Os dados foram submetidos a análise estatística, com nível de significância de 5%. Os resultados apontaram que a amostra, em sua maioria, apresentava média de traço e de estado ansiedade moderada, média de sintomas depressivos compatível com ausência de depressão e fuga-esquiva foi a estratégia de enfrentamento que prevaleceu. Os dados mostraram forte associação entre depressão e estratégias de enfrentamento menos efetivas ($p = 0,003$) e não houve diferença estatisticamente significativa entre estratégias de enfrentamento e ansiedade.

Medeiros e Peniche²⁸ verificaram a relação entre o estado de ansiedade e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes, no período pré-operatório, e investigaram uma amostra composta por 40 pacientes cirúrgicos. Para a coleta dos dados utilizaram dois instrumentos auto-aplicáveis: o questionário de estado de ansiedade de Spielberger e o inventário de estratégias de *coping* de e Lazarus e Folkman.

A amostra compôs-se, em sua maioria, por pacientes do sexo feminino com uma idade média de 46 anos, com baixo grau de escolaridade, com experiência cirúrgica anterior e sem intercorrências anteriores. As estratégias de enfrentamento mais comumente utilizadas foram as de suporte social e a de resolução de problemas. Em relação à ansiedade e às estratégias de enfrentamento, obteve-se uma correlação negativa entre o estado de ansiedade e o suporte social e a resolução de problemas. As estratégias de enfrentamento utilizadas dependem ainda dos recursos culturais, materiais, valores, crenças, habilidades sociais e apoio social de cada indivíduo²⁹. De acordo com Beresford³⁰ as estratégias de enfrentamento devem ser compreendidas como independentes do seu resultado positivo ou negativo. Deste modo, determinada estratégia precisa ser avaliada considerando-se o contexto no qual ocorreu o episódio

de estresse, as características do próprio evento e os indivíduos envolvidos¹⁸.

Alegrance³¹ et al. realizaram um estudo com 82 mulheres com idade média de 57,4 anos para verificar o impacto do linfedema (complicação do tratamento de câncer de mama pode levar às limitações físicas, funcionais, psicológicas e sociais) nos fatores biopsicossociais das portadoras, identificando as estratégias de enfrentamento e avaliando a qualidade de vida de mulheres com e sem linfedema, após câncer de mama. Os instrumentos de avaliação foram: questionário de caracterização; questionários de qualidade de vida *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-30* e *BR-23*; Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman. O linfedema apresentou-se em 39,03% e parece não interferir muito na qualidade de vida dessas mulheres, sendo a função social a mais prejudicada. Nas portadoras de linfedema, apenas os sintomas relacionados a algum tipo de alterações nos braços foram estatisticamente maiores, e o autocontrole foi a estratégia de enfrentamento estatisticamente mais utilizada. Outras estratégias utilizadas foram: reavaliação, resolução de problemas, fuga, suporte social e autocontrole. Conclui-se que o uso de estratégias ativas e positivas para enfrentar o câncer de mama parece resultar na boa adaptação psicossocial.

Além das alterações da saúde dos indivíduos, o cotidiano demanda respostas (pensamentos e ações) no sentido de promoção de ajuste psicológico das pessoas e estudos podem ser citados, dentre eles: Moeller³², a partir de suas investigações científicas afirmou que a pessoa com maior capacidade de enfrentamento consegue reunir condições internas para emitir uma melhor reação. Isso exige uma elevada autoconsciência, relacionar variáveis presentes no ambiente e a influência destas no comportamento, motivação e disposição para aprender. A pessoa não fica imune aos efeitos de suas vivências, mas se torna apta a administrar e enfrentar as situações de forma eficiente e satisfatória, obtendo êxito. Também

demarcou que as pessoas que não desenvolvem tais habilidades tendem a apresentar comportamentos de fuga e esquiva, não assumindo a responsabilidade de seus atos, passivas, tendem a usar estas estratégias de afastamento.

Borcsik³³ investigou a presença de ansiedade em executivos após a quebra de vínculo empregatício; o estudo objetivou um identificar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos sujeitos e relacionar a influência do nível de ansiedade no enfrentamento da situação de desemprego. Participaram da pesquisa 35 indivíduos, de 35 a 56 anos, sendo 27 homens e oito mulheres, desempregados há mais de um mês e em processo de recolocação no trabalho. O material utilizado para a coleta de dados foram o Inventário de Ansiedade Traço-Estado e a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas EMEP. Os dados foram submetidos ao *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 13.0 para Windows. Os resultados apontaram que o grau de ansiedade encontrava-se dentro da média esperada e houve correlação positiva significativa entre Ansiedade-Traço e Estado. Quanto ao enfrentamento e grau de ansiedade, houve correlação negativa entre ansiedade estado e o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema. De acordo com a autora quanto mais ansiedade, menos os sujeitos se orientam na resolução do problemas; houve correlação positiva entre ansiedade-estado e estratégias focalizadas nas emoções desagradáveis, indicando que quanto maior o estado ansioso mais os sujeitos se utilizavam de estratégias que inibem ações habilidosas e adaptativas. Enfrentamentos baseados em práticas religiosas e pensamentos fantasiosos também estiveram correlacionados com estratégias focalizadas na emoção (sentimentos negativos) podendo sugerir caráter adaptativo menos eficaz. Não foi encontrada correlação entre desemprego e ansiedade, porém quanto maior tempo de desemprego, menor a utilização de práticas religiosas ou pensamento fantasioso.

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

Portanto, cabe-se salientar, que se entende por adaptação, a condição em que os esforços de enfrentamento proporcionam controle do problema ou das conseqüências advindas do mesmo, de acordo com a avaliação pessoal do indivíduo. Nesse caso, a pessoa emite comportamentos e pensamentos buscando afastar ou minimizar a experiência conflitante e ansiogênica, ocorrendo à adaptação, situação que deve existir equilíbrio entre a situação de conflito e os recursos de enfrentamento, minimizando a ansiedade e melhorando o bem-estar³⁴. Aspecto importante a ser considerado à adaptação ao estresse é o funcionamento social, ou seja, como o indivíduo concretiza seus papéis sociais, sua satisfação com as relações interpessoais, como se percebem e como percebem a vida. Estudiosos têm realizado esta avaliação, explorando as emoções, apesar de não terem um consenso a respeito das emoções específicas envolvidas. Investigações científicas têm analisado queixas somáticas, ansiedade e depressão, como sinais de desadaptação aos eventos estressores³⁵.

Outros estudos também apontam que a pessoa em estado de ansiedade apresenta dificuldade de

concentração e sensação de incompetência para resolver problemas, influenciando negativamente nas possíveis formas de enfrentamento, pois tais condições, a escolha e a elaboração atitudinal de estratégias eficazes, ficam prejudicadas, no sentido de solucionar o problema apresentado pelo seu contexto³⁶.

Portanto, o presente estudo surgiu com a intenção de avaliar as estratégias de enfrentamento usadas por mulheres em sua fase adulta e com suas condições emocionais alteradas, principalmente com níveis de ansiedade considerados preocupantes. Fator a ser salientado é que estas mulheres estavam vinculadas a atendimentos psiquiátrico e psicológico, numa unidade municipal de apoio social, onde são disponibilizados a população atendimentos ambulatoriais da área médica e psicológica. Desenvolver pesquisas em tais situações e com indivíduos com tais características, pode gerar conhecimentos específicos para auxiliar os atendimentos ministrados pelos profissionais da área da saúde junto a mulheres em condições similares.

O objetivo geral do presente trabalho foi avaliar estratégias de enfrentamento e o nível de ansiedade de mulheres, pacientes em atendimento psicológico bem verificar as relações de variáveis sócio-demográficas – idade, estado civil e ocupação – em relação aos resultados dos instrumentos BAI e Inventário de Estratégias de *Coping* e finalmente comparar os grupos classificados pelo BAI em relação ao Inventário de Estratégias de *Coping*.

MATERIAL E MÉTODO

Participaram deste estudo 40 mulheres com idade entre 40 e 62 anos, pacientes psiquiátricos, em atendimento psicológico. As participantes eram pacientes com idade entre 40 a 65 anos de idade, configurando a fase adulta do desenvolvimento humano, de acordo com Bee³⁷ e Papalia e Olds³⁸. Pacientes em controle contínuo no setor de Psicologia, com dois (2) atendimentos semanais no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), da Prefeitura Municipal

de Bauru. A presente Unidade de Saúde Municipal é um ambulatório de especialidades que disponibiliza gratuitamente à sociedade, entre outros: atendimento psiquiátrico e psicológico.

Primeiramente foi utilizado o *Inventário Beck de Ansiedade* – BAI³⁹, instrumento que mede a intensidade de sintomas de uma das emoções mais básicas do ser humano. O BAI é constituído de 21 itens que descrevem sintomas de ansiedade devendo ser avaliados pelo sujeito referindo a si mesmo, numa escala que vai até quatro pontos, referindo-se níveis de gravidade crescente de cada sintoma, como absolutamente não, levemente, moderada e gravemente. Num segundo momento foi utilizado o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus adaptado por Savóia et al.⁴⁰. Este é um questionário composto por 66 itens que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. Geralmente o evento é relatado em entrevista, com breve descrição de quem estava envolvido, o local em que se deu o evento e o que aconteceu.

Para analisar as respostas alcançadas com a aplicação do Inventário Beck de Ansiedade (BAI), foi utilizado o manual segundo Cunha⁴¹. As alternativas de respostas do BAI são consideradas de 0 a 3, embora as respostas sejam descritas de forma qualitativa a soma dos itens constitui o escore total, que pode variar de 0 a 63.

As respostas obtidas com a aplicação do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus foram avaliadas com base as adaptações propostas por Savóia et al.⁴⁰. Estes autores subdividiram as 66 respostas do instrumento original em nove categorias: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação e responsabilidade, fuga e esquivas, resolução de problemas, reavaliação positiva e, passividade e aceitação. Estas nove categorias de análise são partes integrantes da escala para grupos não acadêmicos

(Quadro 1), onde os eventos estressantes são de grande variedade.

A análise dos fatores de *Coping* agrupados no Quadro 2, consistiu na soma dos elementos referentes a um fator específico (as questões) multiplicadas pelos valores 1, 2, 3.

Tal operação permitiu o estabelecimento de um

critério que considerou a pontuação total possível para cada item. O valor mais alto na pontuação total de um fator em questão significa que o sujeito enfrenta mais adaptadamente as situações difíceis e tem melhores atitudes para enfrentar problemas. Os valores foram classificados do seguinte modo: P - pouco / B - bastante / GQ - grande quantidade.

Quadro 1. Inventário de Estratégias de *Coping*.

<i>Fatores</i>	<i>Característica</i>	<i>Questões</i>	<i>Pontuação Máxima</i>
Fator 1	Confronto	07, 17, 21, 28, 34, 47	18
Fator 2	Afastamento	41, 13, 44, 16, 32, 37, 66	21
Fator 3	Auto controle	15, 14, 43, 54, 35, 02, 19, 65	24
Fator 4	Suporte Social	42, 45, 08, 31, 18, 22	18
Fator 5	Aceitação	51, 09, 29, 48, 25, 62, 06	21
Fator 6	Fuga e Esquiva	58, 03, 33, 40, 50	15
Fator 7	Resolução de Problemas	49, 26, 46, 01, 61, 10, 39, 64, 52	27
Fator 8	Reavaliação Positiva	38, 56, 60, 30, 20, 36, 63, 23, 05, 27	30
Fator 9	Passividade Aceitação	04, 11, 12, 24, 53, 55, 57, 59	24
TOTAL			198

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados primeiramente descrevendo dados sociodemográficos dos participantes. Em seguida serão abordados os dados referentes aos níveis de ansiedade presentes nas mulheres, alvo deste estudo, bem como os resultados alcançados pelas mesmas no que tange ao uso de estratégias de enfrentamento (*coping*).

Na sequência, serão expostos os resultados obtidos por meio do uso do teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparação de dois grupos (2 faixas-etárias / casadas e não casadas / trabalham e não

trabalham) com nível de significância de 5%. Finalmente serão descritos os dados obtidos pela comparação entre os grupos classificados pelo BAI em relação ao Inventário de Estratégias de *Coping*. No que tange à idade, essa variou de 40 a 62 anos (M= 49,10; DP= 6,012). Para fins de análises estatísticas, dois grupos etários foram estipulados, no primeiro as participantes foram alocadas mulheres entre 40 e 50 anos e foi composto por 24 (60%) mulheres e o segundo grupo, com idade entre 51 e 62, foi composto por 16 (40%) mulheres.

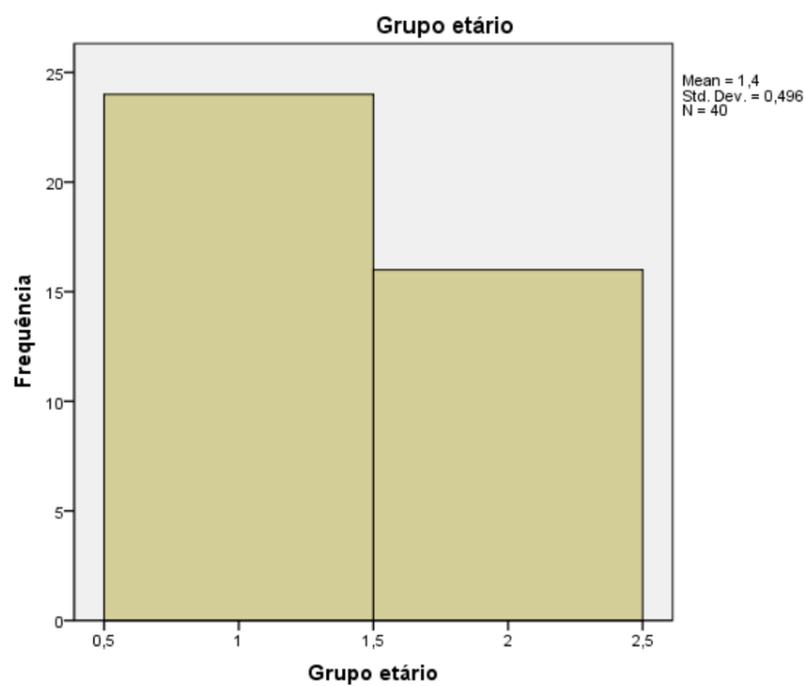


Figura 1. Grupo Etário

Esses dados podem ser melhores visualizados na Figura 1. Em relação ao estado civil das participantes, 30 (75%) eram casadas e 10 (25%) não casadas (duas eram solteiras, seis divorciadas e duas viúvas). Esses dados aparecem na Figura 2.

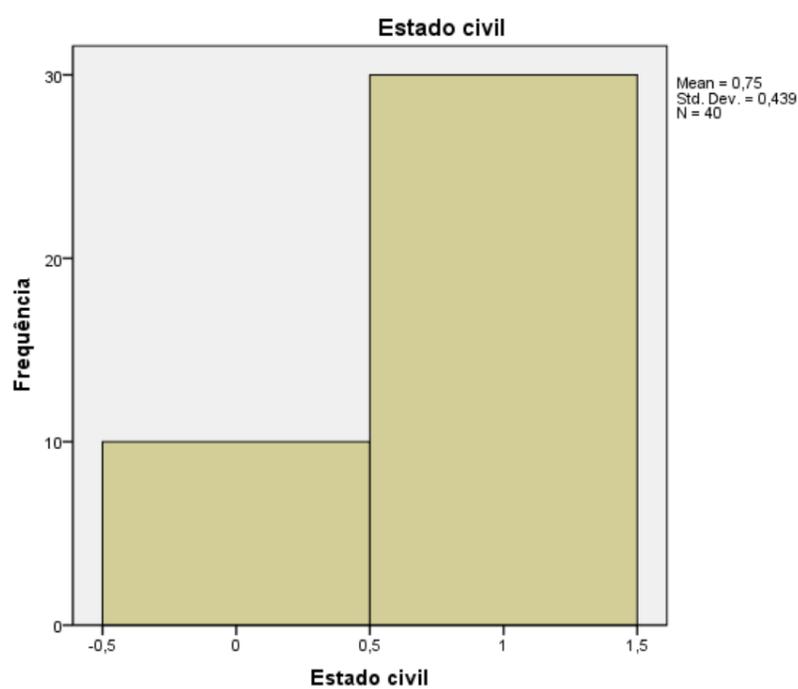


Figura 2. Estado Civil

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

Quanto ao nível de ansiedade das participantes estabeleceu-se a comparação das pontuações obtidas

individualmente no instrumento de coleta de dados BAI, em busca da média, o resultado alcançado está descrito no Quadro 2.

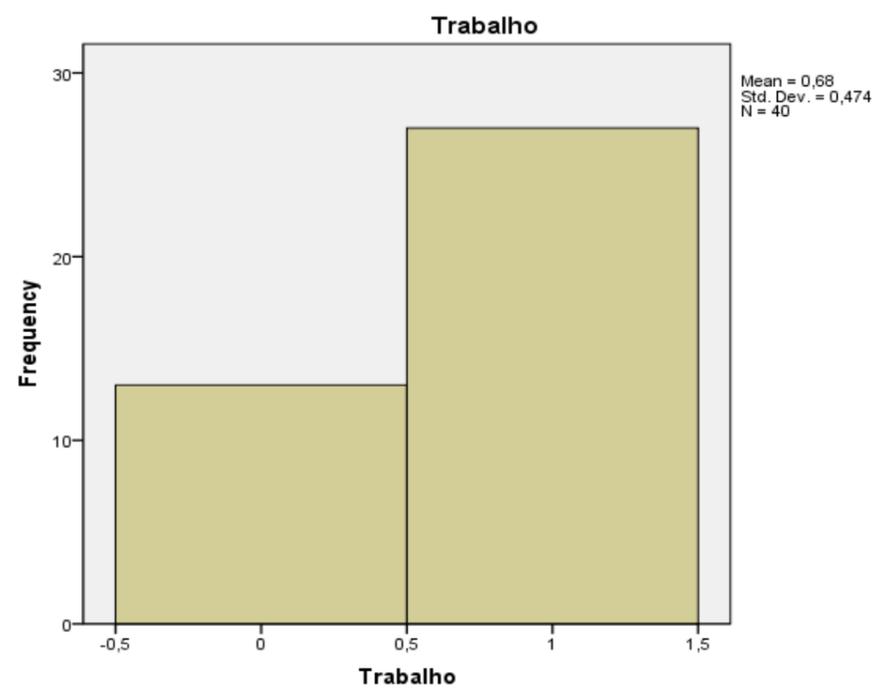


Figura 3. Ocupação

Quadro 2. Média das respostas das participantes avaliadas pelo BAI

	BAI
Média	35,38
Desvio Padrão	11,29

Em relação a esta média das participantes, na pontuação do BAI, o escore médio pode ser classificado como grave, comparando-se com as normas do teste⁴¹. Mais especificamente, na amostra estudada, 17 (42,5%) das pacientes que se enquadraram no grupo moderado e, por conseguinte, 23 (57,5%) foram classificadas como grave. Esses dados podem ser observados na Figura 4.

O quadro 3 apresenta os tipos de estratégias de enfrentamento utilizados pelas participantes deste estudo. Os resultados das médias de respostas são comparados aos resultados das medianas, salienta-se as três dimensões do Inventário de Estratégia de *Coping* onde as médias obtidas tem valores acima da mediana (Fatores 4, 6, e 9).

No Fator 4 – Suporte Social, a pontuação variou de 2 a 18, sendo que o valor máximo a ser obtido nesta dimensão é 18 (Quadro 1), portanto o valor médio (mediana) a ser alcançado seria 9 e as mulheres aqui estudadas obtiveram 10,83. Quando o foco é Fator 6 – Fuga e Esquiva, a pontuação variou de 3 a 15, sendo que o valor máximo para esta dimensão é 15 (Quadro 1), o valor médio a ser obtido seria 10,5 e as participantes deste estudo alcançaram 8,63. O Fator 9 – Passividade variou sua pontuação entre 5 a 24 sendo que o valor máximo a ser alcançado seria 24 (Quadro 1), o valor médio seria 12 e as participantes alcançaram 13,00.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística por meio do teste não paramétrico de Mann-

Whitney para a comparação de dois grupos, com nível de significância de 5%.

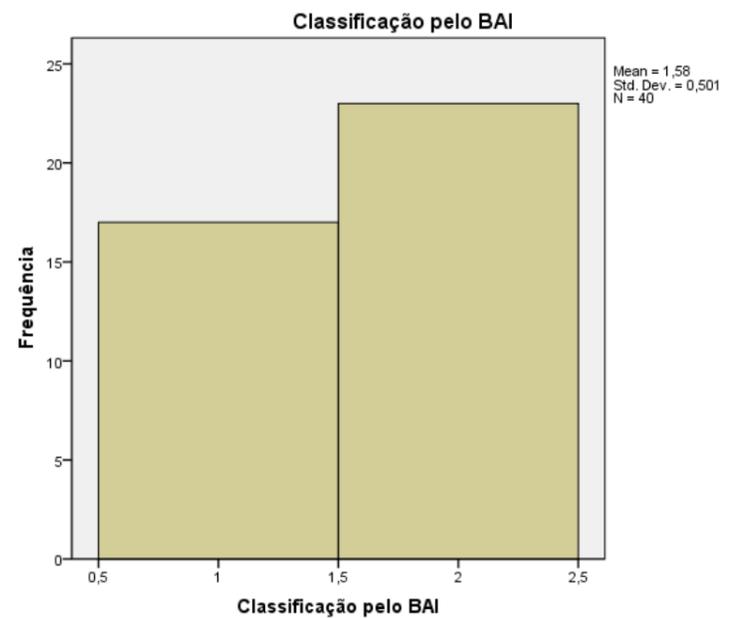


Figura 4. Classificação dos participantes pelo BAI

Quadro 3. Médias das respostas das participantes avaliadas pelo Inventário de Estratégia de *Coping*

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

Os resultados referentes à variável sociodemográfica idade, como pode ser observado na Tabela 1, mostram que não houve diferença estatisticamente significativa nas médias de respostas aos instrumentos aplicados em relação ao grupo etário.

Contudo verifica-se no Fator 9 – Passividade a maior diferenciação de respostas entre os grupos, sendo que a parcela de participantes com idade entre 40 e 50 anos apresentou média de 17,96, e o grupo de

51 a 62 anos média de 24,31.

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

o grupo de casadas teve média de 22,07.

Quanto à variável sociodemográfica, mulheres que trabalham e não trabalham, e as médias de respostas aos instrumentos aplicados em relação a estas pessoas, podem ser visualizado na Tabela 3.

Salienta-se que houve diferença

estatisticamente significativa no Fator 9 - Passividade da Escala de *Coping*. Nesse sentido, na presente pesquisa, participantes que não trabalhavam apresentaram médias superiores na dimensão passividade quando comparadas às participantes que trabalhavam.

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

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

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

Diante dos dados expostos pode-se afirmar que para a amostra de mulheres aqui estudadas, a variável sociodemográfica trabalhar com remuneração e não, pode ter relação com o tipo de estratégia de enfrentamento escolhida para lidar com demandas internas e externas de um evento estressante específico.

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

	Estado civil	Média	U	P
Pontuação no BAI	Não casadas	18,65	131,50	0,563
	Casadas	21,12		
Fator 1 Confronto	Não casadas	18,50	130,00	0,529
	Casadas	21,17		
Fator 2 Afastamento	Não casadas	17,10	116,00	0,286
	Casadas	21,63		
Fator 3 Autocontrole	Não casadas	15,80	103,00	0,140
	Casadas	22,07		
Fator 4 Suporte Social	Não casadas	19,20	137,00	0,683
	Casadas	20,93		
Fator 5 Aceitação	Não casadas	22,55	129,50	0,521
	Casadas	19,82		
Fator 6 Fuga e Esquiva	Não casadas	19,90	144,00	0,850
	Casadas	20,70		
Fator 7 Resolução de Problemas	Não casadas	22,55	129,50	0,521
	Casadas	19,82		
Fator 8 Reavaliação	Não casadas	20,10	146,00	0,900
	Casadas	20,63		
Fator 9 Passividade	Não casadas	21,75	137,50	0,694
	Casadas	20,08		
Coping	Não casadas	19,80	143,00	0,827
TOTAL	Casadas	20,73		

Os dados sugerem que aquelas mulheres que não têm trabalho remunerado optam por estratégias que envolvem sentimentos e atitudes de aceitação e passividade. Com relação à amostra de mulheres das 40 mulheres, participantes deste estudo às que apresentaram nível de ansiedade grave foram as que mais se utilizaram da estratégia de enfrentamento suporte social.

DISCUSSÃO

Pessoas que estão em atendimento psicológico podem potencialmente constituir-se num possível grupo de participantes de pesquisa, onde se tem como meta avaliar níveis de ansiedade.

Buscar indivíduos em um Centro de Apoio

Psicossocial Municipal foi à maneira encontrada para obter participantes que pudessem caracterizar a amostra desejada para este estudo. Os resultados encontrados serão discutidos a seguir em relação aos achados da literatura disponível e às hipóteses lançadas.

Considerando estudos que compõem a literatura específica^{4,6} a incidência da ansiedade em mulheres é mais prevalente do que em homens, informação que direcionou a coleta de dados deste estudo, chegando a resultados que reafirmam estes autores, considerando que todas as mulheres avaliadas, do referido ambulatório, alcançaram pontuações nos diferentes níveis de ansiedade.

Para atender um dos critérios de inclusão da

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

	Trabalho	Média	U	P
Pontuação no	Não trabalham	16,38		
BAI	Trabalham	22,48	122,00	0,122
Fator 1	Não trabalham	19,54		
Confronto	Trabalham	20,96	163,00	0,716
Fator 2	Não trabalham	22,54		
Afastamento	Trabalham	19,52	149,00	0,442
Fator 3	Não trabalham	25,27		
Autocontrole	Trabalham	18,20	113,50	0,072
Fator 4	Não trabalham	18,73		
Suporte Social	Trabalham	21,35	152,50	0,505
Fator 5	Não trabalham	22,92		
Aceitação	Trabalham	19,33	144,00	0,362
Fator 6	Não trabalham	22,62		
Fuga e Esquiva	Trabalham	19,48	148,00	0,424
Fator 7	Não trabalham	22,42		
Resolução de Problemas	Trabalham	19,57	150,50	0,469
Fator 8	Não trabalham	23,31		
Reavaliação	Trabalham	19,15	139,00	0,291
Fator 9	Não trabalham	27,19		
Passividade	Trabalham	17,28	88,50	0,011
Coping	Não trabalham	23,27		
TOTAL	Trabalham	19,17	139,50	0,298

amostra, os níveis de ansiedade deveriam estar entre moderado e grave, resultado obtido por 40 mulheres, corroborando com outros autores^{42,43} que constataram em seus estudos a maior incidência de ansiedade nas mulheres.

Salienta-se que a média das participantes obtida na pontuação do BAI configurando o escore médio classificado como grave, demarca pessoas de risco, merecedoras de ajuda específica por estarem em sofrimento, constatações também alcançadas por Polisseni et al.⁴⁴ em seus estudos com um grupo de mulheres na mesma faixa etária das participantes desta pesquisa.

A literatura contempla um conjunto de estudos que procuram investigar as razões da

presença de níveis acentuados de ansiedade na mulher contemporânea e apontam para transformações demográficas, sócio-econômicas e cultural, nas últimas décadas, que tem repercutido na dinâmica familiar e atingido de forma diferencial as mulheres brasileiras, impulsionadas a assumir, concomitantemente, diferentes papéis e múltiplas tarefas. Destaca-se resultados de algumas investigações científicas que tiveram tais focos de estudo: aumento da proporção das famílias, cujas pessoas responsáveis são mulheres¹; crescimento da renda familiar onde o chefe de família é uma mulher²; ônus desigual no contexto familiar, pela situação da dupla jornada de trabalho da mulher^{9-11,13}; subjugação da mulher ao

contexto masculino, em determinadas situações ao marido e em outras ao padrão¹²; maior incidência da ansiedade no sexo feminino⁵⁻⁷. Os estudos citados são exemplos, outros poderiam compor esta listagem, dando suporte aos diferentes motivos que sustentam a afirmação que a mulher em pleno século XXI ainda sofre desigualdades de tratamento em seus relacionamentos, e é provável que isto ocorra devido à pressão social, que não permite que as mulheres e os homens rompam por completo com seus papéis tradicionais de gênero a eles atribuídos ao longo da

história¹².

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

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

	Grupos BAI	Média	U	P
Fator 1	Moderado	20,53		
Confronto	Grave	20,48	195,00	0,989
Fator 2	Moderado	19,88		
Afastamento	Grave	20,96	185,00	0,773
Fator 3	Moderado	18,62		
Autocontrole	Grave	21,89	163,50	0,379
Fator 4	Moderado	15,18		
Suporte Social	Grave	24,43	105,00	0,013
Fator 5	Moderado	16,85		
Aceitação	Grave	23,20	133,50	0,089
Fator 6	Moderado	22,21		
Fuga e Esquiva	Grave	19,24	166,500	0,425
Fator 7	Moderado	17,38		
Resolução de Problemas	Grave	22,80	142,500	0,146
Fator 8	Moderado	17,68		
Reavaliação	Grave	22,59	147,500	0,188
Fator 9	Moderado	20,50		
Passividade	Grave	20,50	195,500	1,000
Coping	Moderado	17,06		
TOTAL	Grave	23,04	137,000	0,109

Os resultados dos tipos de estratégias de enfrentamento utilizados pelas participantes estão apresentados pelas médias na seção dos Resultados e apontam para três dimensões do Inventário de Estratégias de Coping que foram mais utilizadas, sendo

a primeira o suporte social (conversei com outra pessoa sobre o problema, aceitei a compreensão das pessoas, procurei ajuda profissional, falei com alguém como estava me sentindo), dados encontrados também em estudos como os de Medeiros e Peniche²⁸ e Alegrance et al.³¹. Em seguida fuga-esquiva (procurei trabalhar

para me distrair; procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação; desejei que a situação desaparecesse) e passividade (deixei o tempo passar, esperei que um milagre acontecesse, aceitei o meu destino), estas duas dimensões corroboram com os resultados obtidos por Chaves e Cade²⁷ e Alegrance et al.³¹.

Nota-se que a ação destas mulheres em direção a problemas encontrados no contexto de vida, tem muito presente o evitar de confrontos e parecem pouco assertivas na medida em que ações concretas para gerir o problema parecem não ocorrer. Em acordo com Moeller³² pessoas com modos de enfrentamentos pouco assertivos, tendem a apresentar comportamentos de evitação, não assumindo a responsabilidade de suas ações, são passivas e tendem a usar estratégias de afastamento.

Comportamentos de evitação podem ser eliciados pela necessidade de eliminação de estímulos aversivos, como discutem Zamignani e Banaco⁴⁵ e o enfrentamento de uma determinada situação pode vir atrelado a condições punitivas, de modo que a constatação de tais condições aversivas pode produzir respostas de esquiva. Chaves e Cade²⁷ obtiveram resultados semelhantes, visto que as 78 mulheres cardíacas, alvo de seus estudos, apresentaram ansiedade moderada, sintomas depressivos e a estratégia de enfrentamento mais utilizada foi fuga esquiva.

Estes dados dão indícios de que as mulheres em condições de risco escolhem estratégias menos eficientes para enfrentar situações desafiadoras. Lazarus e Folkman¹⁹ afirmam que para a pessoa alcançar maior efetividade no uso de estratégias de *coping* é necessário obter equilíbrio no uso das diferentes dimensões. Para Savóia⁴⁶ as estratégias de resolução de problemas e de reavaliação positiva possibilitam que a pessoa lide mais resolutivamente com a situação conflituosa e se adapte melhor ao evento estressor.

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

No entanto, salienta-se quanto à idade – passividade, que a diferença entre os dois grupos etários (40-50 anos/ M: 17,96 e 51-62 anos/ M: 24, 31), possa ser um dado desafiador para a realização de outros estudos com maior número de participantes. Isto, considerando não somente este estudo, mas também pelos resultados de outras pesquisas, onde as pessoas mais idosas tendem a ser mais ansiosas e depressivas⁴⁷ condições desfavoráveis para fazer uso de estratégias de enfrentamento de forma eficiente.

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

Estudos, como o de Leone² apontam que o crescimento da renda familiar em regiões metropolitanas está nas mãos de mulheres-chefes de família, que a atuação das mulheres em múltiplos papéis favorece tanto a saúde física quanto o bem-estar psicológico¹⁴ e que a identidade da pessoa é sustentada através dos relacionamentos de papéis, assim quanto mais posições o indivíduo ocupar, maior será sua segurança existencial^{16,17}.

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

Como último objetivo, este estudo propôs

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

Focalizando as alternativas que compõem o fator suporte social, somadas às já mencionadas acima, cita-se: “falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema” e “procurei um amigo ou parente para pedir conselhos”, indica como este tipo de estratégia está centrada na emoção e provavelmente é utilizada pois a pessoa se avalia impotente para modificar a situação²³.

Também é importante demarcar que o uso desta estratégia isoladamente, não contribui para a pessoa lidar com demandas internas e externas que surgem no cotidiano, muitas vezes de forma desafiadora, gerando desconforto e não solucionando o problema existente. Tal achado encontra concordância com os resultados obtidos por Chaves e Cade²⁷.

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

Os problemas de saúde das mulheres aqui avaliados podem ter comprometido sobremaneira a sua adaptação ao estresse e, conseqüentemente, o uso de estratégia de enfrentamento, resultados respaldados pelos estudos de Endler e Parker⁴⁸ que afirmam queixas somáticas, ansiedade e depressão, são sinais de desadaptação aos eventos estressores. E também a pessoa em estado de ansiedade apresenta dificuldade de concentração e sensação de incompetência para

resolver problemas, influenciando negativamente nas possíveis formas de enfrentamento^{36,48}.

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

CONCLUSÃO

Avaliou-se que as estratégias de enfrentamento das mulheres pacientes psiquiátricas em atendimento psicológico são reduzidas, voltadas para a emoção, não favorecem a adaptação da pessoa a adaptação ao evento estressor. Em sequência observou-se que o nível de ansiedade das mulheres, alvo deste estudo, está classificado em moderado e grave, com maior incidência do nível grave, justificando as condições biopsicossociais inadequadas em que se encontram. Identificaram-se os tipos de estratégias de enfrentamento utilizados pelas mulheres que integram a amostra desta pesquisa e são eles: suporte social, fuga e esquiva e passividade, demarcando a falta de efetividade nas escolhas de tais estratégias, situando – as em condições desfavoráveis para lidarem com situações conflituosas. Verificou-se também que as relações das variáveis sociodemográficas – idade, estado civil e ocupação – em relação aos resultados dos instrumentos utilizados para coleta de dados, não foram estatisticamente significantes no referente às variáveis idade e estado civil. No entanto, para a variável ocupação houve uma diferença estatisticamente significativa na dimensão passividade da Escala de Fatores de *Coping*.

As constatações decorrentes demonstraram que as participantes desta investigação científica vivenciam relações internas e externas pouco adaptáveis. Na comparação dos grupos classificados pelo BAI em ansiedade moderada e grave em relação aos dados obtidos com o uso do Inventário de Estratégias de *Coping* observou-se diferença estatisticamente significativa na dimensão suporte social da Escala de

Fatores de Coping. Considerando que esta estratégia está centrada na emoção, possivelmente foi utilizada porque as mulheres se avaliaram impotentes para modificar as relações por elas vivenciadas no cotidiano. Diante de situações desafiadoras é necessário equilíbrio entre as condições conflitantes e os recursos de enfrentamento efetivo.

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

REFERÊNCIAS

1. Dessen MA, Costa Junior ALA. Ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed; 2005
2. Leone ET. (2000). Renda familiar e trabalho da mulher na região metropolitana de São Paulo nos anos 80 e 90. In: Rocha MIB. Trabalho e Gênero: mudanças, permanências e desafios. São Paulo: Editora 34; 2000. p.85-110.
3. Calais SL. Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. In: Lipp MEM. Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p.87-90.
4. Calais SL, Andrade LMB, Lipp MEN. (2003). Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. *Psicol Reflex Crit* 2003;16(2):257-63.
5. Oliveira JB. Fontes e sintomas de *stress* em juízes e servidores públicos: diferenças entre homens e mulheres. [dissertação de mestrado]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2004.
6. Urbano MFG. *Stress* e qualidade de vida dos pais de crianças com leucemia e o *stress* da criança. [dissertação de mestrado]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2004.
7. Lipp MEN. O *stress* e a beleza da mulher. São Paulo: Connection Books; 2001.
8. Shaevitz MH. Síndrome da super mulher. Rio de Janeiro: Record; 1986
9. Oliveira MC. A família brasileira no limiar do ano 2000. *Rev Estud Fem* 1996;4 (1):55-63.
10. Dios VC. A interação entre trabalho e família em mulheres profissionais na área de saúde. [dissertação de mestrado]. Brasília: Instituto de Psicologia da UNB; 1997.
11. Jablonski B. Atitudes frente à crise do casamento. In: Féres-Carneiro T. Casamento e família: do social à clínica. Rio de Janeiro: Nau;2001. p.81-95
12. Perlin G, Diniz G. Casais que trabalham e são felizes: mito ou realidade? *Psic Clin* 2005;17(2):15-29.
13. Diniz G. Homens e mulheres frente à interação casamento-trabalho: aspectos da realidade brasileira. In: Féres-Carneiro T. Casamento e família: do social à clínica. Rio de Janeiro: Nau;2001. p.31-54.
14. Verbrugge LM. Multiple roles and physical health of women and men. *J Health Soc Behav* 1983; 24 (3):16-30.
15. Rosenfield S. Sex differences in depression: Do women always have higher rates? *J Health Soc Behav* 1980;21(1):33-42.
16. Thoits PA. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *Am Sociol Rev* 1983;48(2):174-87.
17. Vandewater EA, Ostrove JM, Stewart AJ. Predicting women's well-being in midlife the importance of personality development and social role involvements. *J Pers Soc Psychol*. 1997;72 (5):1147-60.
18. Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O conceito de *coping* : Uma revisão teórica. *Estud Psicol* 1998;3:42-54.
19. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
20. Vivan AS, Argimon IIL. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(2):436-44.
21. Lisboa C, Koller SH, Ribas FF, Bitencourt K, Oliveira L, Porciuncula LP, Marchi RB. Estratégias de *coping* de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicol Reflex Crit* 2002;15(2):345-62.

22. Lopez DF, Little TD. Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain. *Developmental Psychology* 1996; 32(2): 299-312.
23. Savóia MG. Instrumentos para a avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*) em situações de estresse. In: Gorenstein LHS, Andrade AWZ. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos-Editorial; 2000. p.377-87.
24. Zakir NS. Mecanismos de *coping*. In: Lipp MEM, Mecanismos neuropsicofisiológicos do *stress*: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.p. 93-8.
25. Cerqueira ATAR. O conceito e a metodologia de *coping*: existe consenso e necessidade? In: Kerbauy RR. Sobre comportamento e cognição. Santo André: Esetec ; 2000. v.5. p.279-89.
26. Neves EML. Estratégias de enfrentamento após o diagnóstico de câncer. [monografia]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2002
27. Chaves EC, Cade NV. Enfrentamento e sua relação com a ansiedade e com a depressão em mulheres com hipertensão. *Rev Bras de Ter Comp Cogn* 2002; 4(1): 1-11.
28. Medeiros VCC, Peniche ACG. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré- utilizadas no período pré-operatório. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(1):86-92
29. Ravagnani LMB, Domingos NAM, Miyazaki MCOS. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estud psicol* 2007; 12(2):177-84.
30. Beresford BA. Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *J Child Psychol Psychiatr* 1994; 35(1): 171-209
31. Alegrance FC, Souza CB, Mazzei RL. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em mulheres com e sem linfedema pós-câncer de mama. *Rev Bras Cancerol* 2010; 56(3):341-51.
32. Moeller JE. A resiliência no perfil do empreendedor catarinense, a partir da aplicação das cinco características identificadas por Daryl R.Conner. [dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
33. Borcsik SPL. Avaliação da ansiedade e do enfrentamento de executivos em situação de desemprego. [dissertação de mestrado]. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 2010.
34. Monsen RB; Floyd L, Brookman JC. Stress, coping-adaptation: Concepts for nursing. *Nursing Form* 1992; 27 (4) 27 – 32.
35. Endler NS, Parcker JDA. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58 (5):844-54.
36. Fishel AH. Nursing management of anxiety and panic. *Nurs Clin North Am* 1998; 33 (1):135-51.
37. Bee H. O ciclo vital. Porto Alegre: Artmed; 1997.
38. Papalia DE, Olds SW. Desenvolvimento Humano. 8ªed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
39. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio (Tx): Psychological Corporation; 1993.
40. Savóia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicol USP* 1996; 7(1/2): 183-201.
41. Cunha JA. Manual da Versão em Português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
42. Zinbarg RE¹, Brown TA, Barlow DH, Rapee RM. Anxiety sensitivity, panic, and depressed mood: a reanalysis teasing apart the contributions of the two levels in the hierarchical structure of the Anxiety Sensitivity Index. 2001 *J Abnorm Psychol*;110(3):372-7.
43. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety*. 2002;16(4):162-71.
44. Polisseni AF, de Araújo DA, Polisseni F, Mourão Junior CA, Polisseni J, Fernandes ES, Guerra Mde O. Depression and anxiety in menopausal women: associated factors. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009 Mar;31(3):117-23.
45. Zamignani DR, Banaco RA. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Rev*

Bras de Ter Comp Cogn 2005;7:77-92

46. Savóia MG. Relação entre eventos vitais e mecanismos de coping no transtorno do pânico.[tese de doutorado] São Paulo: Instituto de Psicologia da USP; 1995.
47. Oliveira KL, Santos AAA, Cruvinel M, Néri AL. Relação entre ansiedade depressão e desesperança em idosos. Psicol estud 2006;11(2): 351-59.
48. Clark DM. Estados de ansiedade, pânico e ansiedade generalizada. In: Hawton PM, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos um guia prático. São Paulo: Martins Fontes; 1997.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Rui Mateus Joaquim

Laboratório de Neuropsicologia.
Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - HRAC/USP
ruimateus@usp.br

Submetido em 15/04/2014

Aceito em 30/04/2014