

O PAPEL DA FAMÍLIA NA MANUTENÇÃO DE RESPOSTAS DE ANSIEDADE

Isabela Teixeira Santos de Souza
Juliana Oliveira Rotella
Larissa de Oliveira Brito
Rosângela Araújo Darwich

RESUMO:

Considerando que respostas emocionais, na perspectiva da Análise do Comportamento, resultam de interações históricas e atuais entre indivíduo e contexto ambiental, investiga-se, neste estudo, o papel da família na manifestação de ansiedade em trinta estudantes do primeiro semestre do curso de Nutrição da Universidade da Amazônia (UNAMA). Relaciona-se, assim, a ocorrência de respostas de esquiva ou de enfrentamento de situações ansiogênicas à experiência de sintomas de ansiedade em maior ou menor grau. Neste sentido, esta pesquisa descritiva e qualitativa identifica o grau de ansiedade relatado pelos participantes e o papel que apontam que a família exerce na configuração do quadro atual. Para tanto, lançou-se mão do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e de uma entrevista estruturada, que foram aplicados individualmente, em sala de aula. Com base nos resultados apresentados no BAI, 16 participantes com ansiedade severa e moderada compuseram o Grupo A, enquanto 14, com ansiedade leve e mínima, compuseram o Grupo B. 100% dos componentes do Grupo A e 79% dos componentes do Grupo B relataram apresentar resposta de esquiva quando se encontram em contato com situações ansiogênicas, sendo que 69% do Grupo A e 36% do Grupo B recebem ajuda da família para tanto. Respostas de enfrentamento de situações ansiogênicas não foram apresentadas por componentes do Grupo A e o foram por três do Grupo B, sendo que, destes, dois recebem ajuda familiar para que tentem solucionar os problemas em questão. Verificou-se que a esquiva favorece a apresentação de níveis mais elevados de ansiedade, sendo que a ajuda familiar para a ocorrência do não enfrentamento do que é temido se faz mais presente nos casos que se tornam mais graves. Os participantes que relataram ter superado algum medo específico no passado o fizeram

A família é fundamental para a construção da subjetividade e no processo saúde-doença do indivíduo, o que justifica a busca de variáveis possivelmente relacionadas à instalação e manutenção de ansiedade no contexto familiar. Considera-se que a família, por ter um papel importante, pode ajudar seus membros que apresentam problemas relacionados à ansiedade, colaborando para uma melhora significativa. Por outro lado, familiares também podem dificultar, seja por privilegiarem a esquiva do problema, seja deixando de dar a atenção devida, fazendo com que o indivíduo em sofrimento piore cada vez mais. A família pode também fazer parte da origem do problema ao oferecer modelos ou por meio das regras que compartilha, além das contingências que caracterizam as relações em seu seio (FILHO; BURD, 2004; HOPE, HEIMBERG, TURK, 2012).

Neste sentido, este estudo investiga a hipótese de que ansiedade, esquiva e apoio familiar para a esquiva são diretamente proporcionais, sendo, portanto, esperado que tenham sua situação agravada aqueles indivíduos que, além de não enfrentarem as situações que lhes são ansiogênicas, ainda recebem ajuda familiar para tanto. Por outro lado, indivíduos que enfrentam seus medos apresentam baixos níveis de ansiedade e são favorecidos quando recebem apoio familiar para a construção de um estilo de vida mais marcado pela ocorrência de reforçamento positivo do que negativo.

Para a Análise do Comportamento, o reforçamento é dito positivo quando a resposta apresentada é seguida do contato com um estímulo reforçador, o que costuma ser acompanhado por emoções como satisfação e alegria, enquanto o reforçamento negativo caracteriza a ocorrência de respostas de fuga ou esquiva que se mostram eficazes na eliminação ou no adiamento do contato com um estímulo aversivo (real ou imaginado), sendo costumeiramente acompanhado de sensação de alívio. Ambas as situações são reforçadoras por causa do efeito das relações estabelecidas sobre a frequência da resposta. Assim, sendo, tanto o contato com estímulo reforçador, quanto a ausência de contato com o aversivo favorecem repetições futuras de respostas da mesma classe. A partir da ocorrência de reforçamento negativo pode-se explicar também a alta frequência de respostas de ansiedade, sendo o alívio que acompanha a resposta apenas imediato. Na medida em que a situação não é resolvida, seu retorno se mantém provável, bem como a repetição do movimento de não enfrentamento daquilo que gera ansiedade (SKINNER, 1953/1970, DARWICH; TOURINHO, 2005).

Não há uma única conceituação para o termo “ansiedade” no campo da Psicologia. De acordo com Pessotti (1978, p. 97), “a evolução cultural impõe a cada período histórico um dado conceito dominante de ansiedade, seja ele clínico ou filosófico ou filosófico-clínico”. Neste estudo, cada participante define ansiedade de maneira particular, assinalando sintomas e enquadrando sua situação de acordo com seu próprio ponto de vista. Valoriza-se, assim, a subjetividade de cada um, considerando que sua construção tem origem social, com ênfase na participação da família na construção do comportamento verbal inicial.

Objetivou-se, em linhas gerais, identificar movimentos da família diante da presença de respostas de ansiedade em um de seus membros, em contextos caracterizados como de esquiva ou de enfrentamento. Para tanto, avaliou-se o nível de ansiedade descrito por trinta estudantes do primeiro semestre de nutrição da Universidade da Amazônia (UNAMA), dividindo-os em dois grupos: Grupo A, composto por participantes com ansiedade severa e

por meio de enfrentamento, o que não implica a adoção de postura semelhante nas circunstâncias atuais. De uma maneira geral, as famílias tendem a reforçar a resposta de esquiva dos participantes quando estão ansiosos, demonstrando falta de conhecimento sobre a ansiedade e sobre qual a forma mais adequada para ajudar em tais circunstâncias.

PALAVRAS-CHAVE: Análise do Comportamento, relações familiares, ansiedade.

moderada, e Grupo B, com ansiedade leve e mínima. A formação dos grupos resultou da identificação de sintomas de ansiedade, pelos participantes, mediante o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

A importância desta investigação decorre de um encadeamento de princípios teóricos que distanciam achados científicos de crenças divulgadas culturalmente, de maneira que os resultados alcançados podem se constituir em importante ferramenta para o questionamento de tais crenças, favorecendo que a ansiedade seja vivenciada de maneira mais natural, não precisando ser agravada a ponto de se caracterizar como um transtorno mental.

Ansiedade e relações familiares

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quinta edição, o DSM-V (APA, 2014, p. 189), “os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados”. Tais emoções, assim como a esquiva, causam “sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo” (p. 21). Assim sendo, o manual psiquiátrico americano, que não apresenta um conceito específico de ansiedade, a diferencia de emoções adaptativas pelo grau ou período de persistência e por suas consequências prejudiciais no cotidiano dos indivíduos afetados. Além disso, apresentam-se diferentes transtornos de ansiedade, como fobia específica, fobia social, agorafobia, transtorno do pânico e transtorno de ansiedade generalizada. Vale destacar que o Transtorno Obsessivo-Compulsivo deixou de ser considerado um transtorno de ansiedade, recebendo uma categoria própria.

De acordo com a Análise do Comportamento, a ansiedade, assim como todo comportamento, não deve ser definida por meio de suas características topográficas, como respostas fisiológicas ou mesmo tendência à esquiva, mas levando-se em conta um conjunto amplo de variáveis das quais deriva sua função. Segundo França (2012), “o objetivo é encontrar funcionalidade para os comportamentos do indivíduo por meio

de sua interação com o meio”, ou seja, realizar análises funcionais que destacam o comportamento no contexto em que ocorre.

Considera-se que “a apresentação de estímulos naturalmente aversivos seria seguida por respostas de medo” (ZAMIGNANI; BANACO, 2004). Por outro lado, a ansiedade se faz presente quando o contato com estímulos aversivos é antecipado, de maneira que estímulos que antes eram neutros passam a adquirir propriedades aversivas ou, mais especificamente, pré-aversivas (ESTES; SKINNER, 1941/1961). Como ocorre em qualquer contingência operante, as respostas envolvidas nos quadros ansiosos são emitidas na presença de um conjunto de estímulos que podem, juntamente com o estímulo eliciador, tornar-se estímulos relevantes para a emissão futura da resposta ansiosa (DARWICH; TOURINHO, 2005). Neste sentido, a ansiedade é “uma resposta emocional resultante da apresentação de um estímulo que antecede um estímulo aversivo, com efeitos no comportamento operante publicamente observável” (COÊLHO, 2006, p. 3). Assim sendo, componentes fisiológicos (respondentes), operantes não verbais e operantes verbais são de grande importância para a definição do fenômeno (SKINNER, 1953/1970).

Dentre as reações fisiológicas tipicamente relacionadas à ansiedade destacam-se a tensão muscular, respostas cardiovasculares, atividade alterada do sistema digestivo, alteração na reação da pupila, sudorese nas palmas das mãos, respiração acelerada e tremores, as quais podem ser acompanhadas por distúrbios motores e na fala, dificuldades na percepção e na memória, assim como problemas relacionados à aprendizagem complexa (SANTOS, 2000; FRANÇA, 2012).

Os componentes operantes da ansiedade estão mais diretamente relacionados à esquiva, de maneira que “o indivíduo tende a eliminar, diminuir a intensidade, postergar ou evitar a produção de estímulos” ansiogênicos (SIDMAN, 1995). Como exemplo, a pessoa com fobia social teme que os colegas percebam seu nervosismo e deixa de apresentar uma palestra no trabalho. Em tal caso, o sofrimento antecipado

vem acompanhado de esquiva de certas situações sociais e, segundo Zamignani e Banaco (2005), a alta frequência de respostas de esquiva ou evitação provoca ainda mais sofrimento significativo e perpetua a ansiedade.

Por outro lado, o enfrentamento das situações temidas poderia levar a consequências positivamente reforçadoras, combatendo indiretamente a ansiedade. Vale ressaltar que muitas das consequências temidas por indivíduos ansiosos são pouco prováveis de acontecer e, portanto, são fantasiadas por eles. Na medida em que não tentam agir de maneira diferente, mantêm também o pensamento segundo o qual seriam punidos e/ou de que não teriam como enfrentar possíveis punições (DARWICH; TOURINHO, 2005).

Atualmente, pessoas com transtornos mentais ainda sofrem preconceitos ou mesmo descaso pela falta de informação da sociedade perante as doenças psíquicas. Isso inclui diretamente o ambiente familiar, com o agravamento de que muitas famílias, desinformadas, não sabem como agir diante dos sintomas apresentados. Pode ocorrer de os familiares tentarem se esquivar do problema, ajudando o indivíduo em sofrimento a evitar enfrentá-lo, o que tende a agravar os sintomas devido o efeito do reforçamento negativo. Por exemplo, resolver os problemas do indivíduo para que não precise sair de casa e fortalecer ideias de que deixar a vida social de lado é melhor etc., tende a agravar cada vez mais o quadro clínico. Por outro lado, também ocorre de, por falta de informação, muitas pessoas não levarem a sério os sintomas presentes, achando assim que a pessoa que está sofrendo quer chamar atenção. Tal descaso social, muitas vezes da própria família, faz com que o sofrimento já enfrentado seja ainda maior para o indivíduo em questão, que não recebe apoio para realizar movimentos de enfrentamento. De acordo com Cordioli (2002, p. 254), “é comum que os sintomas sejam mais intensos em casa e diminuam de intensidade em outros lugares ou ambientes, como durante viagens, por exemplo”.

A família pode, por outro lado, é considerada como um dos fatores mais importantes

para a o quadro de melhora do indivíduo com transtorno mental. É muito importante para a família, portanto, receber também assistência psicológica e informação acerca de como proceder da melhor forma (BORBA et al., 2011).

Em casos de ansiedade, as intervenções com as famílias objetivam conscientizá-las acerca das crises ansiosas, auxiliá-las a aumentar a autonomia e a competência da pessoa e reforçar suas conquistas (CASTILLO et al., 2000). A assistência às famílias, no entanto, é algo relativamente recente, tendo se dado a partir da reforma psiquiátrica. Antigamente apenas os manicômios respondiam pelas necessidades de cuidados prestados na área da psicologia e psiquiatria. A interação entre instituição, paciente, família e comunidade se encontrava incipiente. Os tratamentos oferecidos pelos manicômios eram voltados somente para a doença propriamente dita, de maneira que a história de vida do cliente não era levada em consideração. Foi principalmente a partir da década de 1960 que pesquisas voltaram olhares para a família e buscaram compreender como as relações familiares estariam diretamente ligadas ao surgimento dos transtornos mentais (PEREIRA; PEREIRA JÚNIOR, 2003).

Percebe-se que a internação, o tratamento ambulatorial e a psicoterapia são alternativas historicamente oferecidas a casos de transtorno mental, dentre os quais questões referentes à ansiedade se destacam. De acordo com Okamoto (2012), a prevalência de transtornos de ansiedade na população mundial encontra-se acima de 10%. Além disso, Cordioli (2002, p. 253) destaca que “pesquisas demonstram que a maioria das esposas de pacientes com TOC [transtorno obsessivo-compulsivo] (88,2%) acaba se acomodando aos sintomas dos maridos, e que mais de 80% das famílias se adaptam aos rituais ou mudam seu comportamento”.

Diante de tal quadro, tem-se a construção de princípios, como a relação entre esquiva e altos níveis de ansiedade, e entre enfrentamento e baixos níveis ou ausência de ansiedade. Partindo de tal perspectiva, a forma com que cada família lida com novas situa-

ções, como a de conviver com um membro ansioso, varia enormemente, porém três posturas podem ser destacadas, de uma maneira geral: familiares se abstêm de intervir (conhecendo ou não, claramente, os problemas enfrentados por aquele membro acometido de ansiedade), auxiliam a esquiva, ou auxiliam o enfrentamento das situações temidas. Considerando que apenas o enfrentamento de situações ansiosas é apontado como eficiente na literatura da Análise do Comportamento o método adotado neste estudo busca esclarecer relações entre as variáveis investigadas.

Método

A pesquisa descritiva e quali-quantitativa realizada busca estabelecer relações entre variáveis por meio da aplicação de instrumentos de coleta de dados, respeitando a naturalidade da ocorrência dos fenômenos em questão (GIL, 2002). Para tanto, trinta estudantes, de um total de 63, de uma turma do primeiro semestre do curso de Nutrição da Universidade da Amazônia (UNAMA) participaram deste estudo. Todos os estudantes presentes em sala de aula quando da coleta de dados aceitaram o convite feito à turma, tendo sido, assim, selecionados. Destes, 16 passaram a compor o Grupo A (ansiedade severa e moderada) e 14, o Grupo B (ansiedade leve e mínima), após a avaliação de suas respostas aos instrumentos aplicados

Tabela 1- Identificação dos participantes

Grupo A	Grupo B
F1	F2
F4	F3
F5	F8
F6	F10
F7	F12
F9	F16
F11	F18
F13	F19
F14	F20
F15	F21
F17	F25
F22	F26
F23	M2
F24	M4
M1	
M3	

Os participantes, independentemente do grupo que integram, são identificados por meio das letras F e M, de acordo com o sexo, acrescidas de numeração em ordem crescente quanto à idade de cada um. Assim sendo, F1 identifica a mais jovem participante (ou uma das mais jovens), enquanto M4 identifica o participante mais velho (ou um dos mais velhos).

Os participantes, em sala de aula, inicialmente leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e, em seguida, foram orientados a preencher, individualmente, uma folha referente ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (BECK, 1988) e, então, uma outra, contendo uma entrevista estruturada.

As perguntas que compuseram a entrevista foram voltadas ao grau de ansiedade que o participante considera sentir, de 0 a 10, em quais situações, a ajuda familiar que recebe e no que esta se constitui, bem como o resultado que costuma acompanhar a atitude adotada diante dos sintomas. Perguntou-se, ainda, acerca de uma possível história de superação de medo. A entrevista voltou-se, portanto, à ocorrência de respostas de ansiedade no contexto de contingências familiares dos participantes, a fim de avaliar a relação entre diferentes níveis de ansiedade com a postura adotada pela família e consequentes respostas de esquiva ou de enfrentamento de situações temidas.

O BAI é composto por 21 questões de múltipla escolha, sendo utilizado para medir a severidade da ansiedade de um indivíduo. A soma das pontuações pode chegar no máximo a 63 pontos e a pontuação de 0 a 7 corresponde a um grau de ansiedade considerado mínimo, de 8 a 15, leve, de 16 a 25, moderado e de 26 a 63, severo.

Com base no grau de ansiedade identificada foram formados os Grupos A (ansiedade severa e moderada) e B (ansiedade leve e mínima), com 16 e 14 participantes, respectivamente. Além disso, com base nas respostas à entrevista estruturada, relações entre ocorrência

ou não de ajuda familiar e respostas de esquiva ou de enfrentamento por parte dos participantes foram correlacionadas, resultando em uma análise quali-quantitativa.

Possíveis riscos identificados quanto à participação neste estudo foram referentes à exposição dos participantes e à quebra do sigilo, o que se pretendeu solucionar por meio da substituição de seus nomes por letras e números e da divulgação restrita aos dados indicados como relevantes. Os benefícios, por outro lado, são referentes a um aumento do conhecimento sobre o tema a partir dos dados obtidos, contribuindo para o enriquecimento da Psicologia como ciência e profissão. Em linhas gerais, este estudo busca beneficiar indivíduos que sofrem com crises de ansiedade, assim como suas respectivas famílias, acrescentando dados à hipótese segundo a qual a ansiedade tende a ser agravada com a esquiva de situações temidas e, por outro lado, a ser evitada ou superada por meio de respostas de enfrentamento.

Os resultados dos dois grupos foram

comparados a fim de se verificar a ocorrência de contingências familiares que favorecem a manutenção ou a superação de comportamentos ansiosos apresentados pelos estudantes. Para tanto, foram identificadas respostas de esquiva ou de enfrentamento emitidas por cada participante de maneira a traçar um paralelo entre elas e as sensações comumente experienciadas.

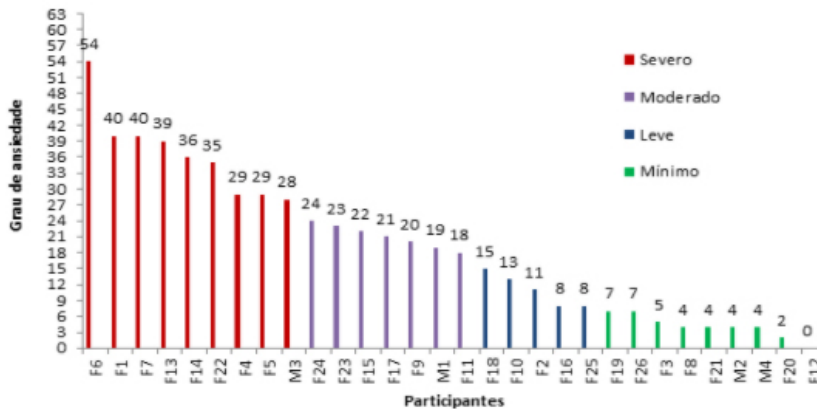
Resultados e discussão

Para que se contrastassem as experiências relatadas por participantes com grau elevado de ansiedade com as daqueles com grau baixo, eles foram divididos em dois grupos, a partir das respostas dadas ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

No caso deste estudo, nove participantes apresentaram ansiedade em grau severo, sete, em grau moderado, cinco, em grau leve, e nove, em grau mínimo. Assim sendo, o Grupo A foi composto pelos 16 participantes que apresentam ansiedade severa ou moderada e o Grupo B, pelos 14 restantes, com grau de ansiedade leve ou mínima (ver Tabela 2).

Tabela 2 - Grau de ansiedade de acordo com o BAI

Part.	Grupo A		Part.	Grupo B	
	Pontuação (0 - 63)	Grau de Ansiedade		Pontuação (0 - 63)	Grau de Ansiedade
F1	40	Severo	F2	11	Leve
F4	29	Severo	F3	5	Mínimo
F5	29	Severo	F8	4	Mínimo
F6	54	Severo	F10	13	Leve
F7	40	Severo	F12	0	Mínimo
F9	20	Moderado	F16	8	Leve
F11	18	Moderado	F18	15	Leve
F13	39	Severo	F19	7	Mínimo
F14	36	Severo	F20	2	Mínimo
F15	22	Moderado	F21	4	Mínimo
F17	21	Moderado	F25	8	Leve
F22	35	Severo	F26	7	Mínimo
F23	23	Moderado	M2	4	Mínimo
F24	24	Moderado	M4	4	Mínimo
M1	19	Moderado			
M3	28	Severo			



A Tabela 2 apresenta os resultados de cada grupo em ordem crescente quanto à idade dos participantes, iniciando por aqueles do sexo feminino. Por outro lado, o Gráfico 1 apresenta a pontuação referente ao grau de ansiedade em ordem decrescente, favorecendo a visualização das diferenças entre os grupos

Vale ressaltar que, de acordo com a autoavaliação realizada pelos participantes quanto ao preenchimento da entrevista estruturada, na qual deveriam indicar uma pontuação de 0 a 10 para o grau de ansiedade que sentem, 19 deles consideram

sentir ansiedade de 6 a 10 (grau alto de ansiedade), o que corresponderia ao Grupo A, e os 11 restantes, de 0 a 5 (grau baixo de ansiedade), compondo o Grupo B.

Assim sendo, os participantes F2, F18, F19, F26 e M4, que foram analisados enquanto participantes do Grupo B, em tal caso comporiam o Grupo A. Percebe-se, assim, a diferença entre identificação de sintomas (BAI) e autopercepção, de uma maneira geral, quanto à ansiedade comumente experienciada (entrevista estruturada). Todos os participantes que forneceram informações que geraram diferença

Tabela 3 - Grau de ansiedade: BAI e entrevista estruturada

Part.	Grupo A			Part.	Grupo B		
	BAI	Entrevista			BAI	Entrevista	
		Pontos	Grau			Pontos	Grau
F1	Severo	9	Alto	F2	Leve	7	Alto
F4	Severo	8	Alto	F3	Mínimo	5	Baixo
F5	Severo	5	Baixo	F8	Mínimo	5	Baixo
F6	Severo	9	Alto	F10	Leve	5	Baixo
F7	Severo	8	Alto	F12	Mínimo	1	Baixo
F9	Moderado	9	Alto	F16	Leve	5	Baixo
F11	Moderado	7	Alto	F18	Leve	6	Alto
F13	Severo	8	Alto	F19	Mínimo	6	Alto
F14	Severo	9	Alto	F20	Mínimo	4	Baixo
F15	Moderado	6	Alto	F21	Mínimo	4	Baixo
F17	Moderado	8	Alto	F25	Leve	3	Baixo
F22	Severo	10	Alto	F26	Mínimo	6	Alto
F23	Moderado	6	Alto	M2	Mínimo	1	Baixo
F24	Moderado	6	Alto	M4	Mínimo	7	Alto
M1	Moderado	5	Baixo				
M3	Severo	8	Alto				

Em negrito, destacam-se os participantes que forneceram informações que geraram diferença na classificação do grau de ansiedade entre os dois instrumentos utilizados.

na classificação do grau de ansiedade se perceberam mais ansiosos do que quando identificaram sintomas.

A discrepância resultante do confronto entre os dois instrumentos pode ser justificada pelo fato de, diante da entrevista estruturada, os participantes não terem levado em consideração os sintomas físicos de maneira isolada, conforme descritos no BAI, mas sim um contexto emocional mais amplo, como, por exemplo, “sou MUITO ansioso porque sofro diante de brigas com minha namorada” ou “sinto UM POUCO de ansiedade quando estou em época de provas”.

De acordo com Campbell (1986), a ansiedade pode ser definida como um aumento da taxa de batimentos cardíacos ou por meio de um simples autorrelato de preocupação ou sentimento desagradável. Tais diferenças quanto à definição é o que se compreende justificar o ocorrido neste caso.

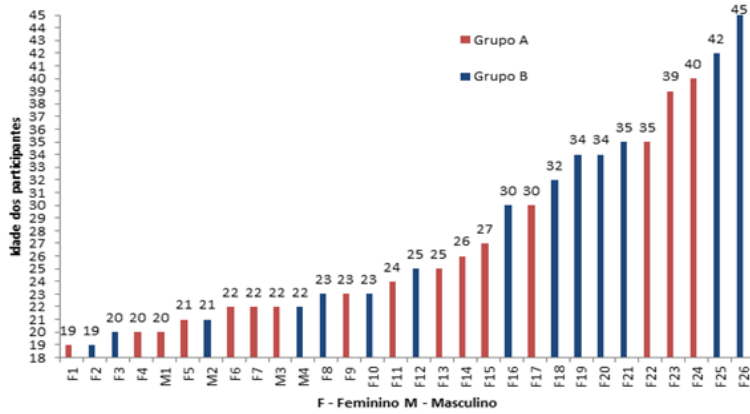
A Tabela 3 (ao lado) apresenta os dois tipos de resultado, de maneira a favorecer a comparação entre eles.

Na medida em que 83% das informações aos dois instrumentos foram congruentes, optou-se por manter os resultados advindos do BAI pelo fato de este ser um inventário construído especialmente com a finalidade de avaliar diferentes graus de ansiedade. Em todo o caso, partiu-se do princípio de que conhecer a perspectiva subjetiva dos participantes seria importante porque todos os demais dados coletados pertencem a essa categoria, ou seja, advêm da auto-observação que se reflete nas respostas à entrevista estruturada.

Quanto à idade dos participantes, esta variou entre 19 e 45 anos. Em ambos os grupos, os participantes mais jovens têm 19 anos, enquanto o mais velho do Grupo A tem 40 anos e o do Grupo B, 45 anos (ver Gráfico 2)

Considerando o total de 30 participantes, os 15 mais jovens encontram-se entre 19 e 24 anos (F1 a F11). Destes, nove pertencem ao Grupo A e seis, ao Grupo B. Quanto aos 15 mais velhos (F12 a F26), sete

Gráfico 2 – Idade dos participantes



pertencem ao Grupo A e oito, ao Grupo B. Verifica-se, portanto, que, dentre os mais jovens, a maioria (60%) apresenta grau mais elevado de ansiedade, enquanto que, dentre os mais velhos, pouco mais da metade (53%) apresenta grau menos elevado de ansiedade. Comparando-se os grupos, ou seja, de uma maneira geral, os mais jovens são mais ansiosos que os mais velhos.

Quanto à situação de residência, dentre os 16 participantes do Grupo A, um reside com amigos, dois, sós e 13, com a família. Foram consideradas enquanto “família” tanto as nucleares (pais, irmãos, avós), quanto as conjugais (esposo, filhos) e estendidas (tios, primos). Assim sendo, nove

Verificou-se que a maioria dos participantes do Grupo A (11, considerando os dois que moram também com outros familiares) reside principalmente com a família nuclear, enquanto a maioria dos participantes do Grupo B (seis, considerando aquele que mora também com a família nuclear) reside com a família conjugal. Trata-se de um conjunto de participantes que reside principalmente com a família nuclear, ainda que também com outros familiares (um total de 18) (ver Tabela 4).

Por meio da entrevista estruturada, as seguintes características dos participantes e suas relações familiares foram investigadas, além do grau de ansiedade percebida: (a) situações em que costuma sentir an-

Tabela 4 – Situação de residência

	Só	Amigos	Família Nuclear	Família Conjugal	Família Estendida	Nuclear e Conjugal	Nuclear e Estendida
Grupo A	2	1	9	1	0	2	1
Grupo B	0	0	4	5	3	1	1
TOTAL	2	1	13	6	3	3	2

participantes do Grupo A residem com a família nuclear, dois, tanto com nuclear, quanto conjugal, um, com a conjugal e um, tanto com nuclear, quanto estendida. No grupo B, todos os 14 participantes residem com a família. Destes, cinco residem com a família conjugal, quatro com a nuclear, três, com a estendida, um com nuclear e conjugal e um com nuclear e estendida.

siedade, (b) o que costuma fazer em tais situações e (c) se recebe ajuda familiar. No caso de ajuda, a descrição do contexto situacional foi importante para identificar qual movimento estaria sendo favorecido, se de esquiva ou de enfrentamento. Além disso, os participantes responderam (d) se consideravam estar apresentando, com o passar do tempo, mais ou menos sintomas de ansiedade, bem como (e) se já haviam superado algum medo específico. No caso

de superação, uma breve descrição de como a mudança aconteceu também favoreceu a compreensão da adoção de movimentos de esquiva ou de enfrentamento.

Os participantes citaram livremente situações que consideraram ansiogênicas, as quais foram categorizadas entre diferentes situações e expectativas, abrangendo, assim, ocorrências externas e pressões auto-infligidas. As diferentes frequências em que cada contexto foi citado pelos participantes de cada grupo são apresentadas na Tabela 5. Vale ressaltar que um mesmo participante pôde apontar mais de uma situação ansiogênica.

Os 16 participantes do Grupo A listaram 20 situações ansiogênicas e os 14 do Grupo B, 20. Considerando que o Grupo A é composto por dois participantes a mais que o Grupo B, pode-se considerar que, quanto ao número, as situações ansiogênicas se equivalem entre os grupos. Acerca dos contextos em questão, eles também pouco se diferenciam, pois expectativas variadas se fizeram mais presentes em ambos os grupos, situações acadêmicas foram citadas pelo mesmo número de participantes (o que significa que está um pouco mais presente no Grupo B) e os demais contextos foram citados apenas por dois ou mesmo por um ou nenhum participante em um dos grupos.

Acerca da atitude tomada pelos participantes diante de situações ansiogênicas, as respostas foram classificadas entre esquiva e enfrentamento (ver Gráfico 3). Em tais contextos, destaca-se também a ocorrência ou a não ocorrência de ajuda familiar, seja para que se esquivem ou para que enfrentem tais situações (ver Gráfico 4). Complementarmente, considerando a passagem do tempo em que as circunstâncias descritas se repetem, buscou-se verificar se os participantes percebem que os sintomas de ansiedade estão se agravando ou sendo superados (ver Gráfico 5). Esses três conjuntos de dados são apresentados na Tabela 6.

Todos os 16 participantes do Grupo A relataram esquivar-se de situações ansiogênicas, enquanto três dentre os 14 participantes do Grupo B apresentam mo-

Gráfico 3 - Atitude diante de situação ansiogênica

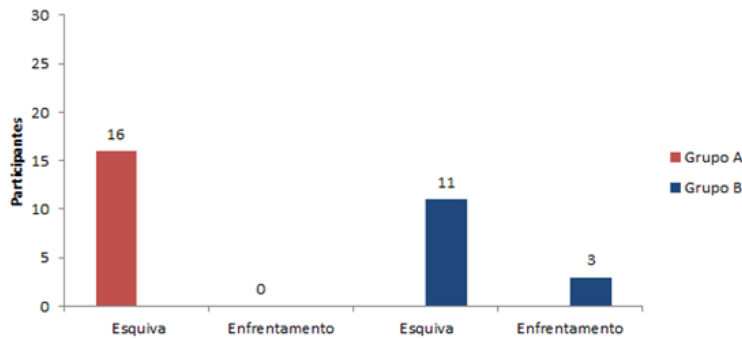


Gráfico 4 - Ajuda familiar diante de situação ansiogênica

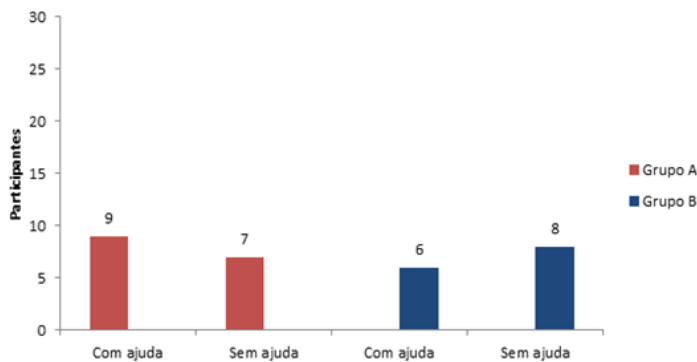


Gráfico 5 - Ajuda familiar diante de movimentos de esquiva e enfrentamento

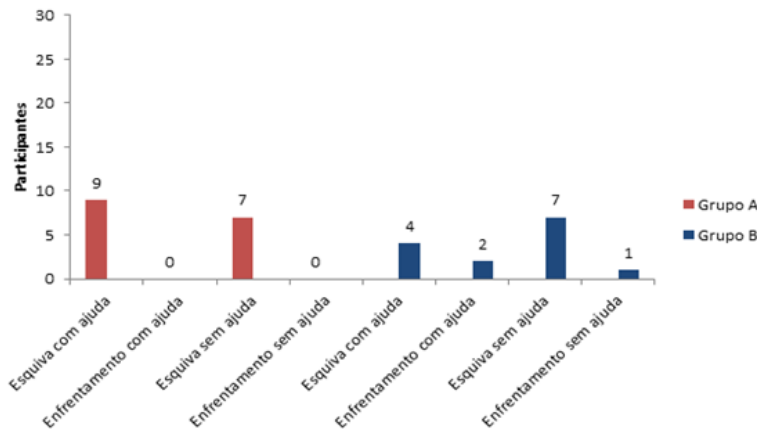
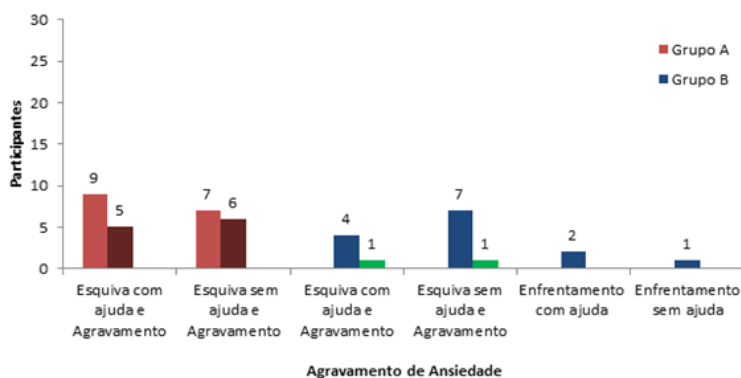


Gráfico 6 - Evolução de Sintomas de Ansiedade



vimento de enfrentamento diante do que lhes gera ansiedade.

Na medida em que apenas 10% do total de participantes dizem enfrentar as situações temidas, percebe-se a relação estabelecida entre esquiva e ansiedade. Tal posicionamento é exatamente o oposto do que o recomendado na literatura da Análise do Comportamento, de maneira geral. Segundo Cordioli (2014, p. 381), “expor-se aos medos temidos, enfrentá-los, abandonar comportamentos de esquiva são atitudes que constituem uma parte importante do tratamento de transtornos em que há ansiedade”.

Verifica-se que nove dos 16 participantes do Grupo A e seis, dentre os 14 do Grupo B, dizem receber ajuda familiar em situações ansiogênicas. Neste sentido, a ajuda familiar demonstra estar mais presente no caso dos participantes do Grupo A (56% em contraposição a 43% no Grupo B).

Todos os participantes do Grupo A apresentam resposta de esquiva diante de situações ansiogênicas, nove deles com ajuda familiar e os demais sem tal auxílio. Já entre os 14 participantes do Grupo B, quatro recebem ajuda familiar para que se esquivem e sete se esquivam ainda que sem tal ajuda. Assim sendo, apenas três enfrentam situações ansiogênicas, dois deles com ajuda familiar (F21 e F6). F2 apresenta enfrentamento, porém sem ajuda familiar. Verifica-se, assim, que dos 15 participantes dos dois grupos que recebem ajuda familiar, para 13, a grande maioria, tal ajuda é direcionada a movimentos de esquiva. Além disso, apenas dois participantes, de um total de 30, recebem ajuda familiar para que enfrentem situações ansiogênicas.

Destaca-se que, como “ajuda familiar”, os participantes indicaram ações dos familiares como, por exemplo, oferecer água ou dizer que tudo dará certo e outras mensagens positivas. Assim sendo, a família, procurando amenizar os sintomas, não colaboram para que o indivíduo solucione os problemas geradores da ansiedade, o que mantém tanto a situação não resolvida quanto a emoção que a acompanha.

De acordo com Wright, Basco e Thase

Tabela 6 - Ação diante de situação ansiogênica, ajuda familiar e evolução de sintomas

Part.	Grupo A			Part.	Grupo B		
	Ação	Ajuda	Agravamento		Ação	Ajuda	Agravamento
F1	Esquiva	Sim	Sim	F2	Enfrentamento	Não	Não
F4	Esquiva	Sim	Não	F3	Esquiva	Não	Não
F5	Esquiva	Sim	Não	F8	Esquiva	Sim	Não
F6	Esquiva	Não	Sim	F10	Esquiva	Sim	Sim
F7	Esquiva	Sim	Sim	F12	Esquiva	Não	Não
F9	Esquiva	Sim	Não	F16	Esquiva	Sim	Não
F11	Esquiva	Não	Não	F18	Esquiva	Não	Sim
F13	Esquiva	Não	Sim	F19	Esquiva	Sim	Não
F14	Esquiva	Não	Sim	F20	Esquiva	Não	Não
F15	Esquiva	Sim	Sim	F21	Enfrentamento	Sim	Não
F17	Esquiva	Não	Sim	F25	Esquiva	Não	Não
F22	Esquiva	Sim	Sim	F26	Enfrentamento	Sim	Não
F23	Esquiva	Não	Sim	M2	Esquiva	Não	Não
F24	Esquiva	Sim	Sim	M4	Esquiva	Não	Não
M1	Esquiva	Sim	Não				
M3	Esquiva	Não	Sim				

(2008, p. 125), “às vezes, o apoio da família pode ser bastante útil para superar a ansiedade, mas há o risco de que as tentativas de outras pessoas em ajudar possam, inadvertidamente, recompensar ou reforçar o comportamento evitativo e, assim, perpetuar os sintomas de ansiedade”.

Os efeitos do reforçamento negativo ficam mais claros mediante o Gráfico 6.

11 dos 16 participantes do Grupo A e 2 do Grupo B dizem que os sintomas de ansiedade vêm sendo agravados com o passar do tempo. Percebe-se assim que, nos demais casos, os sintomas vêm diminuindo ou se mantendo constantes, sem agravamento. Destaca-se que os três participantes que dizem apresentar resposta de enfrentamento também relatam que a ansiedade não vem aumentando.

As informações acima apresentadas estão reunidas na Tabela 6, de maneira a favorecer uma visão geral entre a atitude adotada pelos participantes de cada grupo (esquiva ou enfrentamento), a ocorrência ou não de ajuda familiar para tanto e o agravamento ou não dos sintomas ao longo do tempo.

Por fim, acerca da história de vida dos participantes em relação à superação de ansiedade, os participantes dos dois gru-

Tabela 7 - Medos superados pelos participantes

Medo Superado	Grupo A	Grupo B
Nadar	1	
Falar em público	1	3
Escuro		2
Timidez	1	1
Infecção hospitalar	1	
Ver cadáver	1	
Ser mãe	1	
Perder a visão		1
Extrair dente	1	
Curso superior	1	
Andar de moto	1	
TOTAL	9	7

pos descreveram diferentes experiências, apresentadas na Tabela 7.

Nove participantes do Grupo A e sete do Grupo B relataram que superaram medos ao longo de sua história de vida, todos eles por meio de estratégias de enfrentamento das situações temidas. Uma participante do Grupo A tem enfrentado seu medo de falar em público e relatou que a superação dele está “em andamento”. O enfrentamento das situações temidas apresenta, em todos os casos, um efeito claramente benéfico para a superação da ansiedade.

Vale ressaltar, no entanto, que mesmo a experiência própria, no passado, no caso de 56% dos participantes do Grupo A, não tem sido suficiente para que eles também enfrentem outras situações ansiogênicas, ainda vivenciadas no presente.

Considerações finais

Este estudo, de cunho descritivo e qualitativo, teve como enfoque principal identificar o papel da família na manifestação de respostas de ansiedade em estudantes universitários por meio da relação entre a ocorrência de respostas de esquiva ou de enfrentamento de situações ansiogê-

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p

BECK, A. T., BROWN, G., EPSTEIN, N. & Steer, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 893-897.

BORBA, L. O.; PAES, M.; GUIMARÃES, A. N.; LABRONICI, L. M.; MAFTUM, M. A. *A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar*. Ver. *Esc. Enferm. USP*, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>

CAMPBELL, R. J. *Dicionário de Psiquiatria*. São Paulo: Martin Fontes. 1970/1986

CASTILLO, A. R. GL; RECONDO, R; ASBAHRC, F. R; MANFRO, G. G. *Transtornos de ansiedade*. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2000, vol.22, suppl.2, pp. 20-23. ISSN 1516-4446.

COELHO, N. L.; TOURINHO, E.Z. *O Conceito de Ansiedade na Análise do Comportamento*. Belém, 2006, p. 154-155

CORDIOLI, A. V. *Terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo*. 2002. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1806/000358288.pdf?sequence=1#page=31>> Acesso em 24 de abril de 2015 às 16:20hs.

CORDIOLI, A. V. *TOC - Manual da terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014

DARWICH, R. A; TOURINHO, E. Z. *Respostas emocionais à luz do modo causal de seleção por consequências*. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo, v. 7, n. 1, jun. 2005.

ESTES, W. K.; SKINNER, B. F. (1961). *Some quantitative properties of anxiety*. Em B. F. Skinner (Ed.), *Cumulative record*. Enlarged Edition. 2ª Edição (pp. 393-404). New York: Appleton Century - Crofts. Publicado originalmente em 1941.

FRANÇA, T. P. *Transferência de Função Aversiva em Classes de Equivalência: Uma Visão Analítico-Comportamental dos Transtornos de Ansiedade*. Brasília. 2012.

GIL, A. C. *Como elaborar o projeto de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

nicas, com ou sem ajuda familiar, à experiência de sintomas de ansiedade em maior ou menor grau. Pretendeu-se, assim, investigar se a família, em seu papel de acolher, tende a favorecer a superação de quadros de ansiedade ou, pelo contrário, torna mais provável que tais situações se mantenham ou mesmo se agravem.

Participaram deste estudo trinta alunos do curso de Nutrição da UNAMA, que responderam a dois instrumentos, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e uma entrevista estruturada, em situação de sala de aula. A partir das respostas ao BAI, os participantes foram divididos em dois grupos: Grupo A (ansiedade severa e moderada), composto por 16 participantes e Grupo B (ansiedade leve e mínima), composto por 14 participantes. Por meio da entrevista estruturada foram investigadas, de uma maneira geral, situações ansiogênicas para o participante, o que ele costuma fazer em tais situações, se, para tanto, recebe ajuda familiar e se considera que os sintomas estão sendo superados, bem como foram buscadas informações acerca da postura adotada em sua história de vida diante de medos que tenham sido superados.

Verificou-se que diferentes situações foram consideradas ansiogênicas pelos participantes dos dois grupos, sendo que todos os 16 que compuseram o Grupo A descreveram movimentos de esquiva diante de tais contextos, o que também foi relatado por 11 dos 14 componentes do Grupo B (79%). Para além disso, 56% dos participantes do Grupo A recebem ajuda familiar para que se esquivem, o que ocorre com 29% daqueles que compuseram o Grupo B. Apenas três dentre todos os participantes (10%) disseram enfrentar as situações temidas (dois deles com ajuda familiar) e perceber uma diminuição nos sintomas experienciados. Vale ressaltar que a maioria dos participantes do Grupo A (69%) reside com a família nuclear, enquanto que a maioria dos participantes do Grupo B (43%) reside com a família conjugal. É possível, portanto, que familiares mais velhos, como pais de estudantes universitários, favoreçam a esquiva, ao contrário da influência exercida pelos cônjuges.

De uma maneira geral, no entanto, ajuda familiar se apresentou como sinônimo de favorecimento de esquiva, caracterizando a ocorrência de reforçamento negativo. É esperado que, diante de tal contingência, o indivíduo que se esquiva sinta alívio, justamente por não ter enfrentado o que temia. No entanto, como o problema relacionado à ansiedade não é resolvido, é provável que a situação se repita e, novamente diante dela e da sensação de ansiedade que daí resulta, a esquiva seja repetida. Assim se fecha o ciclo de esquiva, alívio, ansiedade e esquiva. Percebeu-se, ainda, que, de uma maneira geral, os mais jovens são mais ansiosos que os mais velhos (60% e 47%, respectivamente), o que poderia favorecer a hipótese de que, com o passar do tempo, experiências referentes à superação de respostas ansiosas tornassem os indivíduos mais aptos a lidar com situações ansiogênicas de maneira adequada, ou seja, por meio de enfrentamento. No entanto, um número ligeiramente maior de participantes do Grupo A (56% contra 50% do Grupo B) enfrentou situações temidas no passado e, com isso, superou a ansiedade que sentiam diante delas. Assim sendo, a experiência própria não parece ser suficiente para tais indivíduos enfrentarem as situações que atualmente os deixam ansiosos.

Neste sentido, cabe questionar se regras, por exemplo, familiares, acerca da importância da esquiva, não estariam se sobrepondo às experiências realizadas por meio do contato direto com contingências, o que pode ser investigado em estudos posteriores.

Ainda que deste estudo tenham participado apenas 30 pessoas, deve-se considerar que, tendo sido selecionadas de um ambiente universitário aleatório, seus relatos confirmaram a relação esperada entre esquiva e ansiedade. Assim sendo, os resultados apresentam-se como base para uma reflexão acerca de conflitos entre contingências e regras, bem como entre conhecimento científico e conhecimento difundido pelo senso comum quanto à melhor forma de lidar com emoções, como, neste caso, a ansiedade.

HOPE, D. A.; HEIMBERG, R. G.; TURK, C. L. *Vencendo a ansiedade social com a terapia cognitivo-comportamental: manual do paciente*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 184p.

MELLO FILHO, J. *Doença e família*. In J. Mello Filho & M. Burd (Orgs.), *Doença e família* (pp. 43-55). São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

OKAMOTO, C. T. *Revisão e análise de estudos e protocolos de intervenção comportamental para transtornos de ansiedade*. Londrina/PR, 2012

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA, J. A. *Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família*. *Rev. Esc. Enferm USP*. P. 92-100. 2003.

PESSOTTI, I. *Ansiedade*. São Paulo: EPU, 1978.

SANTOS, A. M. *Modelo comportamental da ansiedade*. Em R. R. Kerbauy (org), *Sobre Comportamento e Cognição*, Vol 5, (pp. 189). Santo André: SET. 2000.

SIDMAN, M. *Coerção e suas implicações*. Traduzido por Maria Amália Andery e Tereza Maria Sério. Campinas: Editora Psy, 1995

SKINNER, B. F. *Ciência e Comportamento Humano*. Brasília: FUNBEC (Original publicado em 1953), 1970.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M.E. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Tradução Mônica Giglio Armando. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. Vol. VII, nº 1, P. 077-092. São Paulo, 2005

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R.A. *Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade*. São Paulo, 2004. Disponível em <http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/outros/transtornos_de_ansiedade_banaco_zamignani_portugues.pdf>