

Gesiane Agostinho Barbosa Tinoco ¹
Renata Ferrarez Fernandes Lopes ²
Ederaldo José Lopes ³

Neuroticismo, emoções e comportamentos de risco em pacientes ambulatoriais

Neuroticism, emotions and risk behaviors in outpatients

RESUMO

Este estudo investigou relações entre emoções, neuroticismo e comportamentos de risco em pacientes atendidos em um ambulatório de saúde mental à luz da abordagem cognitivo-comportamental. Participaram da pesquisa 20 pessoas com média de idade de 40,3 anos, com os diagnósticos de transtornos da personalidade e transtorno do humor, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e dependência química. Foram utilizados como instrumentos a Escala Fatorial de Neuroticismo, a Escala de Comportamento de Risco e narrativas sobre comportamentos de risco (scripts). Os resultados indicaram que os comportamentos de risco social, risco à saúde e legal/ético apresentaram correlações positivas com desajustamento psicossocial e ansiedade. A raiva correlacionou-se positivamente com as intenções de apresentar os comportamentos de risco social e à saúde. Esses resultados são importantes para programas de prevenção e intervenção que devem considerar a natureza multidimensional do risco.

Palavras-chave: comportamento de risco, neuroticismo, pacientes ambulatoriais.

ABSTRACT

This study investigated the relationship among emotions, neuroticism and risk behavior in users of a mental health public service, in a cognitive-behavioral view. Twenty people, aged in about 40.3 years old, took part in this study. They were diagnosed with personality and mood disorders, anxiety, obsessive-compulsive disorder and addictive behavior. Neuroticism Factorial Scale, Risk Behavior Scale and reports on risk behaviors (scripts) were used as instruments. Results show that social, health and legal-ethical risk behaviors presented positive correlations with psychosocial maladjustment and anxiety. Angry presented positive correlation with intentions to engage in social and health risk behaviors. These results are important for prevention and intervention programs, which should take into account the risk multidimensional nature.

Keywords: neuroticism, outpatients, risk behavior.

¹ Mestre em Psicologia - (Psicóloga da Prefeitura Municipal de Uberlândia).

² Doutorado (Pós-doutorado) - (Professora Associada).

³ Doutorado (pós-doutorado) - (Professor Associado) - Uberlândia - MG - Brasil. Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia.

Correspondência:

Av. Maranhão, s/nº, Bloco 2C48. Campus Umuarama da UFU. Uberlândia - MG.
CEP: 38405-318.

Recebido em 28/9/2011.

DOI: 10.5935/1808-5687.20110014

As discussões sobre o risco permeiam as práticas profissionais em saúde pública associadas à promoção de saúde mental e física. Frequentemente os meios de comunicação anunciam ações do Ministério da Saúde para diminuir algum comportamento de risco. Campanhas contra o tabagismo, contra as drogas e em favor do sexo seguro são exemplos de algumas dessas ações. Entre os pacientes portadores de sofrimento psíquico atendidos nos ambulatórios de saúde mental, é crescente a queixa de sintomas característicos de ansiedade e de depressão especialmente associados ao engajamento em diversos comportamentos de risco. No exercício de sua prática profissional, o psicólogo inserido na rede pública de saúde depara-se com inúmeros comportamentos de risco praticados pelos pacientes, especialmente tentativas de suicídio, agressividade, abuso de álcool, drogas, condutas sexuais sem proteção e lesões autoprovocadas (Rabelo, Cardoso, & Melo, 2005).

Pesquisas mostram que existem diferenças individuais na forma de enfrentar o sofrimento mental, bem como os sintomas de depressão e ansiedade decorrentes de tal sofrimento. Algumas pessoas utilizam estratégias adaptativas para lidar com tais sintomas, enquanto outras fazem uso predominante de estratégias mal-adaptadas, caracterizadas, por exemplo, pelos comportamentos de risco (Nolen-Hoeksema, 2000). Em Beck (2007), encontramos alguns relatos de casos clínicos, cujos sinais e sintomas indicam comportamentos de risco. Esses casos são considerados desafios clínicos.

Embora existam vários motivos para uma pessoa se engajar em comportamentos de risco, estudos sugerem que uma das funções desse comportamento desadaptado é diminuir emoções desagradáveis e indesejáveis. Altos níveis de neuroticismo associam-se a aumento na frequência de condutas de risco (Auerbach, Abela, & Ringo Ho, 2007; Cooper, Agocha, & Sheldon, 2000). Estudos sobre essa função do comportamento de risco sugerem que tais ações promovem um alívio imediato dos sintomas depressivos e ansiosos à medida que podem promover alívio temporário de estados emocionais negativos. Esses comportamentos podem ter consequências prejudiciais no âmbito individual e coletivo, que intensificam os sintomas de depressão e de ansiedade iniciais, levando a um círculo vicioso, conforme salientam Bardone, Moffit, Caspi e Dickson (1996). As relações entre intenção de comportar-se arriscadamente, emoções subjacentes a situações de risco, neuroticismo, depressão e ansiedade foram foco de interesse desta pesquisa. Tais relações foram analisadas à luz da teoria beckiana.

O conceito de risco mais difundido na literatura relaciona-se com a teoria das probabilidades à medida que o comportamento e a percepção de risco baseiam-se na previsibilidade de acontecimentos futuros (Douglas, 1992; Vertzberger, 1998). Segundo Yates e Stone (1992), uma situação de risco deve apresentar pelo menos dois dos três componentes a seguir: potencial de perdas e danos, caracterizado pela não obtenção de resultados; relevância das perdas, entendida pela relação

direta entre o grau de perda potencial/risco; e a incerteza da perda. Hutz e Koller (1997) definem os comportamentos de risco como ações que aumentam a probabilidade de consequências prejudiciais para o funcionamento psicossocial das pessoas ou que favorecem o desencadeamento ou agravamento de patologias. Nesse contexto, o conceito de risco deve ser compreendido de forma mais ampla, que ultrapassa os critérios biomédicos e considera as variáveis sociais e psicológicas.

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

Na literatura internacional encontram-se principalmente trabalhos sobre fatores de risco para suicídio (Simon, Savarino, Operskalski, & Wang, 2006; Sokero et al., 2005) e comportamentos de risco relacionados à contaminação pelo vírus HIV (Carey et al., 1999; Chander, Himelhoch, & Moore, 2006). No trabalho de Sokero e colaboradores (2005), os resultados indicaram que as tentativas de suicídio entre pacientes com transtorno depressivo maior estavam associadas fortemente com a severidade dos sintomas depressivos, a ausência de relacionamento amoroso, tentativas de suicídio anteriores e duração do transtorno depressivo. Esse mesmo padrão é relatado por Wenzel, Brown e Beck (2009).

O neuroticismo, dentro do modelo dos Cinco Grandes Fatores, refere-se ao nível crônico de desajustamento e instabilidade emocional. O modelo dos Cinco Grandes Fatores, também conhecido como "Big Five", é uma versão moderna da Teoria de Traço e aparece como um consenso emergente entre os teóricos de traços. Segundo esse modelo, a personalidade é constituída por cinco traços, entre eles o neuroticismo. Os demais traços são: extroversão, abertura para experiência, amabilidade e consciência (Pervin & John, 2004).

Conforme Hutz e Nunes (2001), pessoas com altos níveis de neuroticismo são mais propensas a vivenciar sofrimento emocional, ideias dissociadas da realidade, ansiedade excessiva, dificuldade para tolerar frustração e respostas de *coping* mal-adaptadas. Adicionalmente, apresentam baixa autoestima e prejuízos em seu bem-estar psicológico, o que, por sua vez, pode aumentar sintomas depressivos e comportamentos de risco ligados ao suicídio (Ito, Gobitta, & Guzzo, 2007; Wenzel, Brown & Beck, 2009). Diversas pesquisas indicam que o traço de personalidade neuroticismo está associado ao aumento em comportamentos de risco, bem como a elevados níveis de afetos negativos (Auerbach et al., 2007; Cooper, Wood, Orcutt, & Albino, 2003; Vollrath, Torgersen, & Alnaes, 1995). Esses estudos indicam que indivíduos com altos níveis de neuroticismo apresentam dificuldades em analisar riscos potenciais em longo prazo e exibem com maior frequência sintomas de depressão e ansiedade.

Considerando essa linha de raciocínio, é importante lembrar que as emoções constituem parte fundamental da personalidade, ao lado das cognições e comportamentos. Na abordagem cognitiva isso fica evidenciado no modelo modal de Beck (2005). O comportamento humano é influenciado pelas emoções, definidas como fenômenos psicofisiológicos capazes de alterar as funções cognitivas, como atenção e memória, influenciando diretamente as percepções, o processamento de informação e as ações subsequentes (Beck, 2005; Damásio, 1995; Izard, 1991; Levenson, 1994).

Beck, Emery e Greenberg (1985) esclarecem que as emoções têm função vital associada às estratégias psicobiológicas de sobrevivência e procriação. Assim, sugerem que, por meio do afeto positivo (prazer) e do afeto negativo (disforia), os comportamentos adaptativos são reforçados. O afeto negativo tem a função de chamar a atenção do indivíduo para focalizar em alguma situação que o reduza, e o afeto positivo reforça as atividades direcionadas a objetivos. As emoções negativas intensas são capazes de interferir de maneira disfuncional nos processos cognitivos, prejudicando a resolução de problemas. Loewenstein, Weber, Hsee e Welch (2001) salientam a importância do afeto nos processos de tomada de decisão. Os autores consideram que as avaliações de risco não são baseadas apenas em processos cognitivos, mas também em processos emocionais.

Considerando as relações que podem ser estabelecidas entre comportamentos de risco e neuroticismo e a influência desses aspectos para o ajustamento emocional do indivíduo e sua qualidade de vida, este estudo objetivou avaliar as correlações entre a intenção de se comportar arriscadamente de pacientes com transtornos psiquiátricos atendidos em um ambulatório de saúde mental, por meio das respostas dadas pelos participantes em uma escala que afere a intenção de se comportar arriscadamente, e as emoções inferidas em contexto de risco a partir de narrativas envolvendo risco e níveis de neuroticismo (definido como um índice extraído a partir das seguintes variáveis aferidas: desajustamento psicossocial, vulnerabilidade, ansiedade e depressão) desses participantes.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Este estudo foi realizado com 20 participantes com idade média de 40,3 anos (DP = 8,9), sendo 11 mulheres ($M = 42,8$; DP = 6,9) e 9 homens ($M = 37,3$; DP = 10,47). A amostra foi selecionada dentre os pacientes maiores de 18 anos, atendidos em um ambulatório de saúde mental da cidade de Uberlândia (MG). Foram selecionados pacientes que estavam em acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, com escolaridade mínima de segundo grau incompleto, de ambos os sexos, e que não apresentassem transtornos psicóticos. A caracterização da amostra em função da psicopatologia apresentada (segundo

os critérios da *Classificação Internacional das Doenças - CID-10 - Organização Mundial da Saúde, 1993*) pode ser assim descrita: 55% dos participantes apresentavam transtorno do humor com ou sem comorbidade; 10% apresentavam transtorno obsessivo-compulsivo; 10% apresentavam transtorno de ansiedade; 15% eram dependentes de drogas e álcool e 15% apresentavam transtorno da personalidade. Além disso, 10 pacientes tomavam medicamentos antidepressivos e 7 tinham apresentado tentativas/ideação suicida.

INSTRUMENTOS

Foi empregada a Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo - EFN (Hutz & Nunes, 2001) - instrumento autoadministrável, composto por 82 itens, que permite a avaliação do neuroticismo/estabilidade emocional por meio de quatro dimensões: vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão. A dimensão vulnerabilidade avalia como as pessoas vivenciam sofrimentos em decorrência de sua não aceitação pelos outros. A dimensão desajustamento psicossocial contém itens que descrevem comportamentos sexuais de risco, consumo exagerado de álcool, hostilidade com pessoas ou animais, descaso com regras sociais, etc. A dimensão ansiedade avalia sintomas somáticos relacionados com ansiedade, irritabilidade, transtornos do sono, impulsividade, sintomas de pânico, etc. Por fim, a dimensão depressão contém itens relacionados com escalas de depressão, ideação suicida e desesperança. As respostas foram dadas em uma escala Likert de sete pontos, em que 7 corresponde à frase que descreve muito bem as opiniões e sentimentos ou atitudes do sujeito e 1 corresponde à frase que absolutamente não descreve bem. Trata-se de um instrumento psicométrico que apresenta excelente consistência interna ($\alpha = 0,94$), por isso permite aferir adequadamente variáveis de interesse deste estudo (Hutz & Nunes, 2001).

Utilizou-se também a Escala de Comportamentos de Risco (Lopes, Lopes, Barbosa-Tinoco, & Mundim-Masini, em preparação). A construção desse instrumento baseou-se na escala de comportamento e percepção de risco desenvolvida por Weber, Blais e Betz (2002). A escala utilizada é composta de 28 itens que avaliam quatro domínios: social, ético, financeiro e saúde/segurança. Entende-se por risco à saúde/segurança a probabilidade de determinado comportamento causar prejuízos à saúde psicológica ou física ou à segurança de quem o executa, bem como o agravamento de doenças. O risco legal/ético está relacionado à probabilidade de determinado comportamento infringir regras, leis ou convenções morais e causar punições legais ou éticas para quem a realiza. O risco financeiro compreende a probabilidade de determinado comportamento causar prejuízos financeiros ou materiais para quem o executa ou danos a propriedade. O risco social, por sua vez, diz respeito à probabilidade de determinado comportamento ter consequências sociais negativas para quem o realiza como rompimento ou prejuízo em

relacionamentos importantes para o indivíduo, tais como família, cônjuge, amigos e chefia. Os participantes devem indicar (em uma escala do tipo Likert de cinco pontos) a probabilidade de se engajarem em cada um desses comportamentos de risco. O grau 1 indica “extremamente improvável” e o grau 5 indica “extremamente provável”. A análise fatorial da escala apontou boa consistência interna ($\alpha = 0,80$).

Aplicou-se ainda um conjunto de *scripts* (narrativas/histórias) para avaliação das emoções inferidas a partir de situações que envolvem comportamento de risco adaptado em função do gênero do participante. Foram apresentados quatro *scripts* considerando os comportamentos de risco em saúde/integridade física, risco social, risco financeiro e risco legal/ético. As histórias foram elaboradas pelas próprias pesquisadoras, a partir dos tipos de risco e com base no trabalho de Weber e colaboradores (2002). O *script* de risco à saúde/integridade física apresenta uma narrativa detalhada sobre violência doméstica: “Um(a) homem(mulher) enfrenta muitos problemas com a(o) esposa(marido) alcoólatra que o(a) agride física e psicologicamente. Ele(a) tem três filhos, cuida da mãe doente e não trabalha, por isso depende financeiramente da(o) esposa(marido):”

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

O *script* de risco legal/ético apresenta uma história de envolvimento com tráfico de drogas: “Pedro(Ana) e sua família estão passando por sérias dificuldades financeiras e seu filho, amigo do traficante do bairro, resolve traficar drogas e com o dinheiro arrecadado ajudar a família”

Finalmente, o *script* de risco financeiro apresenta uma narrativa sobre envolvimento em jogos de azar: “Um homem trabalha como motorista(uma mulher trabalha como diarista) e pretende se casar ainda este ano, mas seu salário não é alto. Quase todos os dias ele(a) sai do trabalho e para em um bar onde existem máquinas caça-níquel. Ele(a) acredita que pode ganhar muito dinheiro se apostar o dinheiro do mês todo. Já perdeu muito dinheiro em apostas e, como fica sem salário, faz muitos empréstimos em lojas e financeiras”

Para cada um desses *scripts*, o participante deveria assinalar uma dentre as seguintes emoções: raiva, tristeza, medo ou nenhuma emoção; e deveria indicar a intensidade da emoção escolhida por meio de um cartão com uma escala Likert (5 pontos). Assim, para avaliar a intensidade da emoção de raiva, por exemplo, a escala foi apresentada da seguinte forma: nenhuma raiva (0), um pouco de raiva (1), uma raiva média (2), muita raiva (3) e completamente com raiva (4).

PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia e a autorização da coordenação da Unidade Básica de Saúde (UBS) da Prefeitura Municipal de Uberlândia. Foram feitas consultas aos prontuários arquivados no Setor de Psicologia da UBS para averiguar os pacientes com comportamentos de risco, tais como abuso de álcool, drogas, transtornos da alimentação, tentativas de autoextermínio, violência, dentre outros. Realizou-se contato telefônico com as pessoas cujos prontuários se enquadravam nos objetivos da pesquisa e que estavam em atendimento regular na unidade de saúde selecionada. Dos pacientes com os quais se realizou contato telefônico, cinco se negaram a participar da pesquisa.

Foram explicados os objetivos da pesquisa aos pacientes e verificou-se a disponibilidade para a participação. Mediante aceite, foram marcados três encontros com cada participante, na própria UBS, e individualmente, na presença de uma das pesquisadoras, cada um respondeu aos instrumentos do estudo. Todos os participantes foram voluntários e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além da autorização para publicação de dados. Cada instrumento foi respondido em três encontros e aleatorizou-se a ordem de apresentação dos instrumentos. Para análise dos dados utilizou-se o programa SPSS versão 12.0.

RESULTADOS

Os resultados obedecem a seguinte lógica de apresentação de dados: inicialmente serão apresentados os dados relativos à EFN a fim de evidenciar as características clínicas da amostra, os dados relativos à escala de comportamento de risco e os dados relacionados às emoções indicadas nos *scripts* sobre comportamentos de risco; na sequência serão apresentados os estudos correlacionais entre neuroticismo, emoção e comportamento de risco em função do tipo de risco avaliado na escala de comportamento de risco e em função da emoção avaliada via *scripts*. A análise da normalidade da amostra apontou para uma distribuição não normal, por isso, os dados foram analisados com base em estatística não paramétrica.

ANÁLISE DA AMOSTRA A PARTIR DA EFN, DA ESCALA DE COMPORTAMENTO DE RISCO E DAS EMOÇÕES INFERIDAS A PARTIR DOS SCRIPTS DESCRITIVOS DE COMPORTAMENTOS DE RISCO

A análise dos dados da EFN foi realizada conforme as informações fornecidas pelos autores da escala. Em relação aos níveis de neuroticismo, encontramos neste estudo as seguintes distribuições: 6 participantes (30%) apresentaram nível padrão de neuroticismo ($M = 114,85$; $DP = 3,58$) e 14 participantes

(70%) apresentaram nível alto de neuroticismo ($M = 123,34$; $DP = 4,39$). Nenhum participante apresentou nível baixo de neuroticismo, o que caracterizou o grupo de participantes como uma amostra clínica.

Em relação às subescalas da EFN, os participantes obtiveram as seguintes pontuações médias: vulnerabilidade ($M = 28,93$), desajustamento psicossocial ($M = 26,47$), ansiedade ($M = 31,40$) e depressão ($M = 33,99$). Esses resultados indicaram, portanto, que 70% dos participantes do estudo apresentaram nível de vulnerabilidade acima da média, demonstrando que a maioria da amostra apresentou dependência social, medo de ser abandonada pelos amigos ou familiares e insegurança. No que se refere ao fator desajustamento psicossocial, constatou-se que 50% dos participantes apresentaram esse fator acima da média, indicando que metade dos participantes da pesquisa apresentou níveis mais elevados de agressividade, hostilidade e gosto por envolvimento em situações perigosas. O fator ansiedade apresentou níveis ainda mais elevados (em 90% dos participantes), indicando que os participantes tendem a ser emocionalmente instáveis, irritáveis e que apresentam sintomas tais como taquicardia, transtorno do sono, vertigens, dentre outros sintomas somáticos de ansiedade. E finalmente o fator depressão indicou que todos os participantes (100%) apresentaram níveis acima da média nesse quesito. Isso significa que todos os participantes desta pesquisa apresentaram sintomas depressivos, baixa autoestima e por vezes ideação suicida.

Com a finalidade de observar diferenças de desempenho nas subescalas da EFN em função do sexo, submetem-se os escores de homens e mulheres ao teste Mann-Whitney. Foram observadas diferenças de desempenho apenas na subescala de depressão ($Z = -2,76$; $p < 0,006$); os homens apresentaram escores médios de 33,74, e as mulheres apresentaram escores médios de 34,19. Dessa forma, as mulheres apresentaram escores de depressão um pouco maiores do que os dos homens.

Quanto à escala de comportamento de risco, observou-se que a amostra teve pouca intenção de apresentar comportamentos de risco social ($M = 2,45$; $DP = 1,31$), sendo que 60% da amostra apresentou escores 1 e 2. Entretanto, 40% da amostra relatou comportamento de risco social em uma frequência de média a alta (escores 3, 4 e 5); os resultados também indicam que 75% da amostra relatou uma frequência baixa de intenção de apresentar comportamentos de risco legal-ético ($M = 1,95$; $DP = 0,75$) e 25% relataram intenção de apresentar comportamentos de risco legal-ético com uma frequência mediana (escore 3). Observa-se também que 70% da amostra afirmou ter pouca intenção de apresentar comportamentos de risco à saúde ($M = 2,05$; $DP = 1,19$), contudo, 30% da amostra relatou intenção de apresentar comportamentos de risco à saúde em uma frequência de média a alta (escores 3 e 4). Finalmente, os resultados indicaram que a amostra apresentou uma frequência muito baixa de intenção de apresentar comportamentos de risco financeiro. Assim, 85% dos participantes avaliaram como muito improvável a intenção

de engajar-se em comportamentos de risco financeiro ($M = 1,15$; $DP = 0,36$). Com o objetivo de observar diferenças de desempenho nas subescalas de risco em função do sexo, submetem-se os escores de homens e mulheres ao teste Mann-Whitney. Não foram observadas diferenças entre os sexos em nenhuma das subescalas.

Os quatro *scripts* focalizando riscos (social, legal-ético, financeiro e de saúde/integridade física) foram analisados em função de cada uma das emoções que foram associadas a eles. Notou-se que no *script* em que se descreveu risco social a emoção mais intensa presumida foi a de tristeza ($M = 1,25$; $DP = 1,58$); naquele em que se descreveu risco à saúde/integridade física, a emoção mais intensa presumida pelos participantes foi raiva ($M = 2,2$; $DP = 1,88$); no que se descreveu risco financeiro, a emoção mais intensa atribuída ao contexto descrito foi a tristeza ($M = 1,15$; $DP = 1,56$) e no *script* que abordou um contexto de risco legal-ético, a emoção mais intensamente referida foi a de medo ($M = 2,05$; $DP = 1,66$). Não foram observadas diferenças entre os sexos em nenhuma das emoções apontadas majoritariamente em cada um dos *scripts* testados.

ANÁLISE DAS CORRELAÇÕES

As correlações entre as dimensões da EFN e as dimensões da escala de comportamento de risco podem ser observadas na Tabela 1.

Em relação à intenção de apresentar comportamento de risco social, observaram-se as seguintes correlações positivas: com desajustamento ($p = 0,73$, $p < 0,01$) e com ansiedade ($p = 0,49$, $p < 0,05$). Foi verificada também uma correlação negativa com vulnerabilidade ($p = -0,72$, $p < 0,01$). Em relação à intenção de apresentar comportamento de risco legal, observaram-se as seguintes correlações positivas: com desajustamento ($p = 0,54$, $p < 0,05$) e com ansiedade ($p = 0,46$, $p < 0,05$). Com relação ao comportamento de risco à saúde, observaram-se as seguintes correlações positivas: com desajustamento psicossocial ($p = 0,59$, $p < 0,01$) e com ansiedade ($p = 0,48$, $p < 0,05$). Observaram-se também as seguintes correlações negativas: com vulnerabilidade ($p = -0,5$, $p < 0,05$) e com depressão ($p = -0,6$, $p < 0,01$). Finalmente, com relação ao risco financeiro, não foi obtida nenhuma correlação com os fatores da EFN.

A análise das correlações entre a EFN, a escala de comportamento de risco e as emoções indicadas nos *scripts* mostra o seguinte: (a) A emoção de medo relatada no *script* de risco financeiro apresentou correlação negativa com a EFN ($p = -0,45$, $p < 0,05$). Dessa forma, quanto maior o medo relatado pelo participante no contexto de risco financeiro, menor a instabilidade emocional apresentada nas questões referentes a finanças. (b) A emoção de raiva relatada nesse *script* correlacionou-se positivamente com os comportamentos de risco social ($p = 0,66$, $p < 0,01$), indicando que, quanto mais raiva um sujeito relata sentir, mais frequentemente relata intenção de engajar-se em comportamentos de risco social.

Tabela 1. Tabela de correlações (Spearman's rho) entre os fatores da escala EFN e a Escala de Comportamento de Risco.

	Soc	Leg	Sa/IF	Fin	Vuln	Desaj	Ansied	Depres	Idade
Soc	1,00								
Leg	0,67**	1,00							
Sa/IF	0,71**	0,79**	1,00						
Fin	0,21	0,22	0,10	1,00					
Vuln	-0,72**	-0,35	-0,50*	0,17	1,00				
Desaj	0,73**	0,54*	0,59**	-0,03	-0,54*	1,00			
Ansied	0,49*	0,46*	0,48*	-0,14	-0,26	0,31	1,00		
Depres	-0,43	-0,37	-0,60**	-0,01	0,52*	-0,39	-0,13	1,00	
Idade	-0,46**	-0,24	-0,14	-0,23	0,31	-0,31	-0,21	0,25	1,00

Soc: risco social; Leg: risco legal ético; Sa/IF: risco saúde e integridade física; Fin: risco financeiro; Vuln: vulnerabilidade; Desaj: desajustamento; Ansied: ansiedade; Depres: depressão. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; $N = 20$.

(c) No *script* de risco à saúde/integridade física, a emoção de raiva correlacionou-se positivamente com a intenção de apresentar comportamento de risco à saúde ($p = 0,49$, $p < 0,005$) etiva com a emoção de tristeza ($p = -0,89$, $p < 0,01$). Assim, no contexto do *script* que continha informações de risco à saúde e à integridade física, quanto maior a raiva presumida pelos participantes em relação à forma como era tratada a personagem do *script* (sofrendo agressões físicas e psicológicas), maiores também as intenções de se engajar em comportamentos de risco à saúde. Por sua vez, quanto maior a tristeza expressa pelos participantes, menor a raiva relatada.

DISCUSSÃO

Os altos índices de depressão e ansiedade dessa amostra, encontrados na EFN, eram esperados em virtude dos transtornos do humor apresentados por mais da metade dos participantes (55%). Todavia, o índice de depressão foi de 100%, ou seja, mesmo aqueles pacientes cujo transtorno principal diagnosticado não era um transtorno do humor apresentaram sintomas graves de depressão. Alguns trabalhos (Beck, 2007; Lotufo Neto, Yacubian, Scalco, & Gonçalves, 2001), baseados no modelo cognitivo da depressão, esclarecem que a doença causa prejuízos no desempenho social e ocupacional da pessoa, uma vez que a capacidade de sentir prazer e interesse por coisas e pessoas encontra-se prejudicada. Além disso, os mesmos autores citados anteriormente afirmam que o tema cognitivo predominante na depressão refere-se a perda ou privação pessoal e sentimentos de inferioridade, desesperança e culpa. Esses sentimentos se aliam às crenças de incompetência e em maior grau associam-se de forma significativa com as ideias suicidas em função da forte desesperança que emerge nesses contextos emocionais. Assim, pressupõe-se que pessoas com altos níveis de depressão apresentam crenças disfuncionais sobre si mesmas e sobre o mundo, interpretando os eventos a sua volta de forma distorcida, o que influencia as emoções e os comportamentos e promove a manutenção do quadro depressivo; portanto, é provável que essas variáveis estejam na base do engajamento em comportamentos de risco.

Outro aspecto analisado nessa amostra foi a ansiedade. De acordo com o modelo cognitivo, a ansiedade tem como tema principal a ameaça à integridade física ou psicológica com um sentimento aumentado de vulnerabilidade pessoal. Nos transtornos de ansiedade, ocorre uma percepção exagerada de perigo/ameaça alinhada a uma percepção reduzida da própria capacidade de lidar com a situação (Salkovskis, 2004; Shinohara & Nardi, 2001). Os pacientes deprimidos e ansiosos dessa amostra apresentaram altos índices de vulnerabilidade (entendida aqui como dependência social e medo do abandono) e parecem ter um repertório de interação social pobre e inadequado, o que pode explicar o alto índice de depressão, pois as fontes reforçadoras sociais são possivelmente escassas e de pouca qualidade. A análise do histórico dos participantes deste trabalho revela que, dentre os sete casos de internação psiquiátrica, quatro foram motivados por tentativas de suicídio. Os altos escores na subescala de depressão indicam risco para suicídio. De acordo com Beck (1967), a desesperança desempenha papel central nos eventos que levam pacientes depressivos a cometer suicídio, visto por tais pacientes como único meio de solução de problemas. Prieto e Tavares (2005) revisaram alguns estudos sobre fatores de risco para suicídio ou tentativa de suicídio e concluíram que existe uma correlação elevada entre o risco para o autoextermínio e a presença de algum transtorno psiquiátrico, especialmente transtorno do humor, transtorno relacionado a abuso de substâncias, esquizofrenia e transtorno da personalidade. Em concordância com esses resultados, os dados desta pesquisa indicam que todos os participantes que tentaram suicídio apresentam algum tipo de transtorno do humor ou abuso de substâncias psicoativas.

Com relação aos dados correlacionais relacionados ao comportamento de risco legal-ético, os resultados são confirmados pela pesquisa de Hutz e Nunes (2001) em que esclarecem que uma pessoa com níveis altos de desajustamento psicossocial apresenta comportamentos sexuais de risco, consumo exagerado de álcool, vandalismo, etc., que podem prejudicar a saúde, os relacionamentos interpessoais e

também o relacionamento com autoridades e com a lei. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes (Hjern, Lindblad, & Vinnerljung, 2002; Rezende, 2000).

Na análise das correlações em relação ao comportamento de risco à saúde, verificou-se que, quanto maiores os níveis de desajustamento psicossocial e ansiedade, mais frequentes foram as intenções relativas a apresentar comportamentos de risco à saúde e risco social. Indivíduos com altos níveis de ansiedade apresentam, dentre outros sintomas, impulsividade, irritabilidade e perda de autocontrole, características que também estão associadas a maior engajamento em comportamentos de risco (Logue, 1995; Souza & Abreu-Rodrigues, 2007).

Por sua vez, quanto mais um indivíduo apresenta dependência de outras pessoas, em função de sua vulnerabilidade, da presença de depressão e de baixa autoestima, menos relata intenção de se engajar em comportamentos que envolvam risco a sua saúde conforme os resultados desta pesquisa. Altos índices de vulnerabilidade indicam pessoas que têm muito medo de perder pessoas próximas em decorrência de seus erros. Por isso apresentam dificuldades em tomar decisões, temem fracassar, mostram-se inseguras e são capazes de ter atitudes que vão contra a sua vontade para agradar aos demais (Hutz & Nunes, 2001). Essa dependência em relação a outras pessoas pode explicar o menor engajamento em comportamentos de risco social, pois, possivelmente, para não perder o amor do outro, o indivíduo evita fazer críticas, expressar sua opinião, apresentando um nível baixo de assertividade. Esses resultados são concordantes com outros estudos sobre o tema (Luyten et al., 2006; Rabelo et al., 2005).

Contrariamente à pesquisa de Auerbach e colaboradores (2007), cujos resultados demonstraram que, quanto maiores os índices de depressão, mais frequentes eram os comportamentos de risco, este estudo obteve correlação negativa entre depressão e comportamento de risco, especificamente em relação à saúde/integridade física. É importante lembrar que para que uma pessoa com níveis de depressão severos engaje-se em um comportamento qualquer ela precisa ter um mínimo de energia para desempenhar a ação, e a severidade dos índices de depressão pode ter contribuído com esse resultado. É possível que o fato de estarem em tratamento psicológico e que as intervenções focais sobre risco à saúde tenham algum efeito sobre a natureza inversamente proporcional dessa correlação.

As correlações encontradas em relação ao comportamento de risco social confirmam que, quanto maiores os níveis de ansiedade e desajustamento psicossocial, mais frequentes foram as intenções de emitir comportamentos de risco social. Corroborando parcialmente os estudos de Hutz e Nunes (2001) e Ito e colaboradores (2007), que encontraram correlações positivas entre todas as subescalas da EFN, esse estudo obteve correlação negativa entre desajustamento psicossocial e vulnerabilidade. Uma provável explicação pode

estar relacionada com o fato de se tratar de uma amostra clínica, diferentemente da amostra de universitários dos estudos citados anteriormente.

Finalmente, com relação às correlações encontradas entre as emoções indicadas nos *scripts*, a EFN e a escala de comportamento de risco, várias pesquisas indicam que o medo está relacionado a escolhas menos arriscadas e a avaliações pessimistas do risco (Clardie & Redd, 2007; Lerner & Keltner, 2001). Assim, emoções negativas não conduzem necessariamente ao maior engajamento em comportamentos de risco, visto que o medo está associado a aversão ao risco. Quanto à emoção raiva, os dados revelaram que essa foi a única emoção que teve correlação positiva com os comportamentos de risco, especificamente risco social e risco à saúde. Várias pesquisas mostram a relevância da emoção raiva para o entendimento dos comportamentos de risco (Beck, 1999; Caspi et al., 1997; Novaco, 1994). Os estudos sobre as bases cognitivas da raiva, da violência e da hostilidade desenvolvidos por Beck (1999) revelam que, nos comportamentos agressivos e violentos, o agressor se vê como vítima e vulnerável, e a vítima real da agressão é vista como agressor, inimigo e hostil. Nesse contexto, o agressor acredita firmemente que sua causa é justa e que seus direitos foram violados, tem a visão de si como bom e correto e vê o outro como mau e errado. Assim, em uma perspectiva egocêntrica, o agressor analisa os fatos segundo o próprio ponto de vista. Sob estresse ou sentimentos de ameaça, os pensamentos autocentrados acentuam-se e as preocupações são estendidas para eventos irrelevantes. Nesse sentido, o comportamento de risco pode ser um preço pequeno, aos olhos da pretensa vítima, para se restabelecer um contexto mais "justo".

A perspectiva teórica apresentada por Loewenstein, Weber, Hsee e Welch (2001) nos permite aprofundar a compreensão dos resultados anteriormente mencionados. Segundo os autores, o comportamento é determinado pela interface entre as avaliações cognitivas e avaliações afetivas do risco, sendo que essas reações emocionais frequentemente divergem da avaliação cognitiva e, quando há esse conflito, a tomada de decisão é orientada pela emoção. As emoções são produtos da percepção da situação contexto. Se o contexto é percebido como potencialmente perigoso, a emoção despertada é o medo. No entanto, se o contexto gera desesperança, a emoção sentida é a tristeza. A raiva, por sua vez, tem origem na percepção de contextos marcados por injustiças ou hostilidade. Esses dados parecem corroborar o conceito cognitivo de especificidade dos esquemas. Os tipos de padrão de ação e emoção são dependentes da interpretação específica do contexto avaliado pela pessoa (Beck, Freeman, & Davis, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os padrões de correlação apresentados neste trabalho indicam que os indivíduos com níveis elevados de desajustamento psicossocial e ansiedade tendem a apresentar maior intenção de

emitir comportamentos de risco nos domínios legal-ético, social e saúde/segurança. No entanto, quanto maiores os níveis de depressão e vulnerabilidade, menos frequentes foram as intenções de apresentar comportamentos de risco à saúde, o que pode ser efeito das intervenções psicoterápicas, a maioria de orientação cognitivo-comportamental, realizadas com essa amostra em ambulatório de saúde mental. Os níveis elevados de vulnerabilidade também estão associados a intenções reduzidas de apresentar comportamentos de risco social. Essas noções podem ajudar o terapeuta cognitivo a elaborar melhor as conceituações de caso de pacientes que apresentam níveis moderados de neuroticismo no que tange a comportamentos de risco.

Os dados desta pesquisa podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção realizadas junto a esses pacientes na medida em que reforçam a necessidade do profissional de saúde estar atento não só para as avaliações cognitivas que o paciente faz de uma situação de risco, mas também para o papel importante que as emoções exercem na tomada de decisão sobre emitir ou não um comportamento de risco.

Vale ressaltar algumas limitações desta pesquisa. Uma delas é que envolve um número reduzido de participantes avaliados e, por isso, deve-se ter cautela na generalização dos resultados, sendo necessárias novas pesquisas que envolvam um número maior de participantes. Outra limitação refere-se à utilização de escala de autorrelato, o que poderia comprometer a sinceridade das respostas se essas informações não fossem contrapostas a dados de prontuário, entrevistas e *rapport*. Futuras pesquisas podem investigar outros traços de personalidade que possam estar envolvidos nos comportamentos de risco em pacientes que apresentam doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

- Alves, H., Kessler, F. & Ratto, L. (2004). Comorbidade: Uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26(suppl 1), 51-53.
- Auerbach, R., Abela, J., & Ringo Ho, M. (2007). Responding to symptoms of depression and anxiety: Emotion regulation, neuroticism and engagement in risky behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2182-2191.
- Bardone, A., Moffit, T., Caspi, A., & Dickson, N. (1996). Adult mental health and social outcomes of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 8(4), 811-829.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence*. New York: Harper-Collins.
- Beck, A. (2005). Para além da crença: Uma teoria de modos, personalidade e psicopatologia. In P. Salkovskis (Ed.), *Fronteiras da terapia cognitiva* (pp. 61-82). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed.
- Carey, M., Carey, K., Maisto, S., Gleason, J., Gordon, C., & Brewer, K. (1999). HIV-risk behavior among outpatients at a state psychiatric hospital: Prevalence and risk modeling. *Behavior Therapy*, 30(3), 389-406.
- Caspi, A., Begg, D., Dickson, N., Harrington, H., Langley, J., Moffitt, T. et al. (1997). Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: Evidence from a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1052-1063.
- Chander, G., Himelhoch, S., & Moore, R. (2006). Substance abuse and psychiatric disorders in HIV-positive patients: Epidemiology and impact on antiretroviral therapy. *Drugs*, 66(6), 769-789.
- Clardie, J., & Redd, S. (2007, February). *The influence of emotions on risk behavior: An experimental examination*. Paper presented at the annual meeting of the International Studies Association 48th Annual Convention, Hilton Chicago, Chicago. Disponível em http://www.allacademic.com/meta/p180161_index.html
- Cooper, M., Agocha, V., & Sheldon, M. (2000). A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, 68(6), 1059-1088.
- Cooper, M., Wood, P., Orcutt, H., & Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 390-410.
- Damásio, A. (1995). Toward a neurobiology of emotion and feeling: Operational concepts and hypothesis. *The Neuroscientist*, 1(1), 19-25.
- Douglas, M. (1992). *Risk and blame: Essays in cultural theory*. London: Routledge.
- Hjern, A., Lindblad, F., & Vinnerljung, B. (2002). Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: A cohort study. *Lancet*, 360(9331), 443-448.
- Hutz, C., & Koller, S. (1997). Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 2(1), 175-197.
- Hutz, C., & Nunes, C. (2001). *Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo - EFN*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ito, P., Gobitta, M., & Guzzo, R. (2007). Temperamento, neuroticismo e autoestima: Estudo preliminar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(2), 143-153.
- Izard, C. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Lerner, J., & Keltner, D. (2001). Fear, anger and risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 146-159.
- Levenson, R. (1994). Human emotions: A functional view. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion* (pp. 123-126). New York: Oxford University Press.
- Loewenstein, G., Weber, E. U., Hsee, C., & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127, 267-286.
- Logue, A. (1995). *Self-control: Waiting until tomorrow for what you want today*. New Jersey: Prentice Hall.
- Lopes, R. F., Lopes, E. J., Barbosa-Tinoco, G., & Mundim-Masini, A. (em preparação). *Escala de percepção e comportamento de risco*.
- Lotufo Neto, F., Yacubian, J., Scalco, A., & Gonçalves, L. (2001). Terapia comportamental-cognitiva dos transtornos afetivos. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 275-286). Porto Alegre: Artmed.

- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C. et al. (2006). Dependency and self-criticism: Relationship between major depressive disorder, severity of depression and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24(8), 586-596.
- Malbergier, A., & Andrade, A. (1999). Transtornos depressivos em usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV: Um estudo controlado. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(4), 217-224.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511.
- Novaco, R. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. Steadman, *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pervin, L., & John, O. (2004). *Personalidade: Teoria e pesquisa*. Porto Alegre: Artmed.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154.
- Rabelo, A., Cardoso, E., & Melo, A. (2005). Características sociodemográficas da população psiquiátrica internada nos Hospitais do S.U.S. do estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 29(1), 43-56.
- Rezende, M. (2000). Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: Algumas considerações. *Revista de Biociência*, 6(1), 49-55.
- Rondina, R., Gorayeb, R., & Botelho, C. (2007). Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33, 592-601.
- Salkovskis, P. (2004). A abordagem cognitiva dos transtornos de ansiedade: Crenças de ameaça, comportamento de busca de segurança e o caso especial de ansiedade e obsessões relativas a saúde. In P. Salkovskis (Ed.), *Fronteiras da terapia cognitiva* (pp. 61-82). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Shinohara, H., & Nardi, A. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 217-229). Porto Alegre: Artmed.
- Simon, G., Savarino, J., Operskalski, B., & Wang, P. (2006). Suicide risk during antidepressant treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 163(1), 41-47.
- Sokero, T., Melartin, T., Rytsälä, H., Lestelä, U. S., & Lestelä-Mielonen, P. S., Isometsä, E. T. (2005). Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 314-318.
- Souza, A., & Abreu-Rodrigues, J. (2007). Réquiem para um sonho: Uma visão comportamental da impulsividade e adicção. In A. K. Farias & M. Ribeiro (Orgs.), *Skinner vai ao cinema* (pp. 115-136). Santo André: ESETEC.
- Stumpf, B. P., Rocha, F. L., & Proietti, A. B. F. C. (2006). Infecções virais e depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(2), 132-141.
- Valença, A., Nardi, A., Nascimento, I., Mezzasalma, M., Lopes, F., & Zin, W. (2001). Transtorno de pânico e tabagismo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 229-232.
- Vertzberger, Y. (1998). *Risk taking and decision making: Foreign military intervention Decisions*. Stanford: Stanford University Press.
- Vieira, R. (1998). Alcoolismo em transtorno bipolar: Curso da doença e avaliação da relação familiar-genético na co-ocorrência e co-transmissão. *Psychiatry on line Brazil*, 3(6). Disponível em www.priory.com/psych/bipolar.htm
- Vollrath, M., Torgersen, S., & Alnaes, R. (1995). Personality as long-term predictor of coping. *Personality and Individual Differences*, 18(1), 117-125.
- Weber, E., Blais, A., & Betz, N. (2002). A domain-specific risk-attitude scale: Measuring risk perceptions and risk behaviors. *Journal of Behavioral Decision Making*, 15, 263-290.
- Wenzel, A., Brown, G., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients*. Washington: American Psychological Association.
- Yates F., & Stone E. (1992). The risk construct. In F. Yates (Org.), *Risk-taking behavior* (pp. 1-25). Chichester: Wiley.