



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS
DE ENFERMAGEM E SUA RELAÇÃO COM O
RECONHECIMENTO DAS EXPRESSÕES FACIAIS**

Riza Maria Morsch von Montfort

João Pessoa - PB
Dezembro 2010

RIZA MARIA MORSCH VON MONTFORT

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS
DE ENFERMAGEM E SUA RELAÇÃO COM O
RECONHECIMENTO DAS EXPRESSÕES FACIAIS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social – Mestrado da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social.

Orientador: Nelson Torro Alves

João Pessoa, dezembro de 2010

M784a Montfort, Riza Maria Morsch von.

Ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem e sua relação com o reconhecimento das expressões faciais/ Riza Maria Morsch von Montfort. - - João Pessoa : [s.n.], 2010.

107f.: il.

Orientador: Nelson Torro Alves.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA.

1.Psicologia social. 2.Percepção social. 3.Expressões faciais. 4.Profissionais de Saúde- Ansiedade e Depressão. 5. Ansiedade e Depressão-Sintomas.

Riza Maria Morsch von Montfort

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM E SUA RELAÇÃO COM O RECONHECIMENTO
DAS EXPRESSÕES FACIAIS**

Aprovada em 17 de dezembro de 2010:

Banca Examinadora

Prof. Dr. Nelson Torro Alves
Orientador

Prof. Dr. Julio Rique
Membro Interno

Prof^a. Dr^a Ângela Elizabeth Lapa Coêlho
Membro Externo

**Dedico este trabalho a toda minha família
pelo companheirismo, compreensão e
incentivo em todos os momentos da
minha vida.**

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Michael, que com sua paciência e carinho me ajudou a aperfeiçoar o trabalho.

A minha querida mãe Maria e meu pai Adão (em memória), meus primeiros “orientadores” nesta vida.

A minha irmã Adriana pelo seu amor, que com paciência e disposição esteve sempre presente em todos os momentos deste desafio.

Aos meus filhos Marcelo, Bernardo e Guilherme, pelo carinho e compreensão neste momento.

Ao meu cunhado José e aos meus sobrinhos José Ignácio e Maria Clara pela sua paciência.

A todos os professores do programa de pós-graduação do Mestrado em Psicologia Social pelos seus ensinamentos.

Ao professor e orientador Nelson Torro, pelo apoio e atenção no acompanhamento deste trabalho.

Aos colegas do mestrado pelo nosso agradável convívio.

Com especial carinho, agradeço aos profissionais de Enfermagem e demais profissionais que participaram da pesquisa, trazendo valiosas informações, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

E por fim a todos que de diferentes formas contribuíram para que este caminho fosse percorrido.

**Superação é ter a humildade de aprender com
o passado, não se conformar com
o presente e desafiar o futuro.**

(Hugo Bethlem)

RESUMO

No presente estudo, objetivou-se avaliar se fatores como ansiedade e depressão relacionados ao ambiente de trabalho do profissional de Enfermagem podem interferir na decodificação de sinais sociais, especialmente no que se refere à percepção de expressões faciais das emoções de alegria, medo, raiva e tristeza. A amostra foi composta por 120 participantes, divididos em três grupos: 40 profissionais de Enfermagem pertencentes ao quadro funcional do Hospital Napoleão Laureano no setor de oncologia, 40 profissionais de Enfermagem pertencentes ao quadro funcional da Maternidade Frei Damião e 40 profissionais de diferentes áreas pareados ao grupo de profissionais de Enfermagem com relação ao sexo, faixa etária e escolaridade. Ambas as instituições localizadas no município de João Pessoa – Paraíba. Os participantes responderam um questionário bio-demográfico e, posteriormente, ao Inventário de Beck de Ansiedade (BAI - *Beck Anxiety Inventory*), ao Inventário de Beck de depressão (BDI - *Beck Depression Inventory*) e ao Inventário de Ansiedade Traço-estado (IDATE), para verificação dos escores de ansiedade e depressão. O teste SRQ 20 - *Self Report Questionnaire* foi utilizado para avaliar a presença de distúrbios psíquicos menores. O teste de reconhecimento das expressões faciais foi realizado através da apresentação de fotografias de expressões faciais de alegria, tristeza, medo, raiva de diferentes intensidades emocionais. O *software Superlab 4.0* foi utilizado no controle da apresentação das expressões faciais e coleta de dados. Os dados foram submetidos a análises estatísticas descritivas para a caracterização da amostra. Foram realizadas ANOVAs para comparação dos grupos de participantes com relação aos escores de ansiedade, depressão, presença de DPM (Distúrbios Psíquicos Menores) e o reconhecimento das expressões faciais. Foi aplicado um teste de correlação de *Pearson* entre os escores obtidos nos inventários de ansiedade e depressão e o número de acertos no teste de reconhecimento de expressões faciais. A análise estatística indicou uma tendência de manifestação de depressão entre os profissionais de Enfermagem do Hospital Napoleão Laureano. Em relação à ansiedade e aos distúrbios psíquicos menores não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. No teste do reconhecimento de expressões faciais, o grupo de participantes do Hospital Napoleão Laureano apresentou um menor desempenho na tarefa quando comparados aos demais grupos. As análises estatísticas indicaram também um efeito de interação entre os grupos de participantes e o reconhecimento das expressões faciais. O grupo de profissionais de Enfermagem da Maternidade Frei Damião teve um melhor desempenho no reconhecimento da emoção de alegria, em comparação com o grupo de profissionais do Hospital Napoleão Laureano, o que sugere que a especialidade da instituição de trabalho pode influenciar a decodificação de expressões faciais. Assim como a especialidade em oncologia do Hospital Napoleão Laureano, parece interagir para o surgimento dos sintomas de depressão entre os profissionais de Enfermagem. O grupo controle apresentou um maior número de acertos no reconhecimento de expressões faciais de raiva em comparação com os outros grupos. Para as emoções de medo e tristeza não houve diferenças significativas entre os grupos de participantes. Diante dos resultados obtidos conclui-se que a especialidade de trabalho da instituição está relacionada com a presença de sintomas de depressão, que podem afetar o reconhecimento das expressões faciais nos profissionais de Enfermagem. Este estudo poderá servir de base para futuras pesquisas no campo da percepção social e na investigação dos aspectos não verbais da comunicação interpessoal.

Palavras chave: Enfermagem; ansiedade; depressão; expressões faciais.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate whether factors such as anxiety and depression, related to the work environment of nursing staff, can interfere with the decoding of social signals, especially with regard to the perception of facial expressions of emotions as happiness, fear, anger and sadness. The sample was composed by 120 participants, divided in three groups: 40 nurses belonging the workforce of Napoleão Laureano's Hospital, 40 nurses belonging the workforce of the Maternity Frei Damião and 40 professionals from different areas paired to nurses with regard to gender, age and education. Both institutions were located in the city of João Pessoa – Paraíba. The participants answered a bio-demographic questionnaire and subsequently to the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Anxiety Trace-State Inventory (IDATE) for verification of scores of anxiety and depression. The Self Report Questionnaire (SRQ-20) was used to assess the presence of psychological distress. The test for the recognition of facial expressions was performed by the presentation of pictures of facial expressions of happiness, fear, anger and sadness of different emotional intensities. The Superlab 4.0 software was used to control the presentation of facial expressions and data collection. Experimental data were analyzed by descriptive statistics to characterize the sample. ANOVAs were performed to compare groups of participants in relation to the scores of anxiety, depression, presence of psychological distress (minor mental disorders) and the recognition of facial expressions. Pearson's correlation test was applied between the scores on the inventories of anxiety and depression and the number of the hits in the test of facial expression recognition. Statistical analysis indicated a trend of occurrence of depression among the nursing staff of Napoleão Laureano's Hospital. In relation to anxiety and minor mental disorders were not statistically significant between groups. In the test of facial expression recognition, the group of participants Napoleão Laureano's Hospital presented a lower performance on the task when compared to other groups. Statistical analysis also indicated an interaction effect between groups of participants and recognition of facial expressions. The group of nurses Maternity Frei Damião performed better in recognizing the emotion of happiness, compared with the group of professionals from Napoleão Laureano's Hospital, which shows that the proprietary institution's work can influence the decoding of facial expressions. In contrast, the specialty of oncology, of Napoleão Laureano's Hospital, seems to interact for the emergence of symptoms of depression among nursing professionals. The control group showed a greater number of hits in the recognition of facial expressions of anger compared to other groups. For the emotions of fear and sadness there were no significant differences between groups of participants. Based on these results we concluded that the specialty of the institution's work is related to the presence of symptoms of depression, which may affect recognition of facial expressions in nursing professionals. This study may serve as a basis for future research in the field of social perception and in the investigation of the non-verbal aspects of interpersonal communication.

Keywords: nursing, anxiety, depression, facial expressions.

SUMÁRIO

RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	xii
LISTA DE TABELAS.....	xiii
INTRODUÇÃO.....	14
Parte 1. Estudo da percepção social e reconhecimento de expressões faciais.....	16
1 PERCEPÇÃO SOCIAL.....	17
1.1 A comunicação como facilitador da percepção e os profissionais de Enfermagem.....	21
2 EXPRESSÕES FACIAIS.....	24
2.1 Reconhecimento das expressões faciais.....	24
3 A ANSIEDADE, DEPRESSÃO E O RECONHECIMENTO DAS EXPRESSÕES FACIAIS.....	28
Parte 2. Ansiedade e Depressão de profissionais de Enfermagem e o reconhecimento de emoções faciais.....	31
4 ENFERMAGEM HISTÓRIA E PROFISSÃO.....	32
4.1 Relações sociais de sexo e trabalho.....	35
4.2 O “cuidar” como identidade social.....	37
4.3 A saúde do profissional de Enfermagem.....	39
5 ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	44
5.1 O conceito de ansiedade.....	44
5.2 O trabalho do profissional de Enfermagem e a ansiedade.....	48
5.3 Depressão: Perspectivas históricas e conceituais.....	50
5.4 O trabalhador de Enfermagem e a prevalência dos sintomas de depressão.....	52
6 JUSTIFICATIVA E HIPÓTESES.....	54
6.1 Objetivos.....	54
6.1.1 Objetivo geral.....	54
6.1.2 Objetivo específico.....	55
7 MÉTODO.....	56
7.1 Aspectos Éticos.....	56
7.2 Participantes.....	56
7.3 Material e equipamento.....	57

7.3.1 Questionário biodemográfico.....	57
7.3.2 Inventário Beck de Ansiedade (BAI – Beck Anxiety Inventory).....	57
7.3.3 Inventário Beck de Depressão (BDI – Beck Depression Inventory).....	59
7.3.4 Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE).....	60
7.3.5 Questionário SRQ-20 (Self Report Questionnaire).....	61
7.3.6 Teste de reconhecimento de expressões faciais de alegria, tristeza, medo e raiva da série Nimstim (Tottenham, Tanaka, e Leon, 2009).....	62
7.4 Procedimentos.....	62
8 RESULTADOS.....	64
8.1 Análise de dados.....	64
8.2 Características biodemográficas da amostra.....	64
8.3 Estatística descritiva dos instrumentos de ansiedade, depressão e distúrbios psíquicos menores de profissionais de Enfermagem e grupo controle.....	67
8.3.1 Análise estatística inferencial dos instrumentos de ansiedade, depressão e distúrbios psíquicos menores de profissionais de Enfermagem e grupo controle.....	71
8.4 Análise das médias de acerto do reconhecimento das expressões faciais com emoção.....	72
8.5 Análise de correlação.....	76
9 DISCUSSÃO.....	78
Referências.....	83
ANEXOS.....	95
ANEXO A - Aprovação Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa-PB.....	96
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97
ANEXO C - Questionário biodemográfico.....	99
ANEXO D - Inventários Beck de Ansiedade (BAI - Beck Anxiety Inventory).....	100
ANEXO E - Inventário de Beck de Depressão (BDI - Beck Depression Inventory)	101
ANEXO F- Inventário de ansiedade estado (IDATE - E).....	103
ANEXO G - Inventário de ansiedade traço (IDATE - T).....	104
ANEXO H - Questionário SRQ-20 (Self Report Questionnaire).....	105
ANEXO I - Teste de reconhecimento de expressões faciais de alegria, tristeza, medo e raiva da série Nimstim.....	107

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Duchenne demonstrando a mecânica da expressão facial em um paciente idoso.....	25
Figura 2. Duchenne demonstrando diferentes expressões faciais através da eletroestimulação em um paciente idoso.....	25
Figura 3. Características das seis expressões faciais definidas por Paul Ekman.....	27
Figura 4. Juramento das escolas de formação de Florence Nightingale.....	34
Figura 5. Modelo esquemático da apresentação das faces com emoção. A tela de opções de resposta permanece até o participante identificar a emoção que corresponde à face apresentada.....	63
Figura 6. Média de acertos das emoções de alegria, tristeza, medo e raiva dos três grupos.....	73
Figura 7. Emoção de alegria nas intensidades de 25%, 50%,75 e 100%.....	74
Figura 8. Emoção de medo nas intensidades de 25%,50%,75% e 100%.....	75
Figura 9. Emoção de raiva nas intensidades de 25%, 50%,75% e 100%.....	75
Figura 10. Emoção de tristeza nas intensidades de 25%,50%,75% e 100%.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Níveis dos escores do BAI, para pacientes psiquiátricos, quando empregada a versão em português de 1993.....	58
Tabela 2. Níveis dos escores do BDI, para pacientes psiquiátricos, quando empregada a versão em português.....	59
Tabela 3. Composição da amostra, conforme sexo, idade, estado civil, filhos.....	64
Tabela 4. Composição da amostra, conforme realização de atividade física escolaridade e profissão, média de horas trabalhada e de tempo na profissão.....	65
Tabela 5. Faixa etária dos profissionais de Enfermagem.....	66
Tabela 6. Faixa etária do grupo controle.....	67
Tabela 7. Média e desvio padrão dos três grupos dos instrumentos BAI, BDI, IDATE-E, IDATE-T e SRQ-20.....	68
Tabela 8: Escores do BAI, BDI, SRQ-20.....	70
Tabela 9. Escores do IDATE-E, IDATE-T.....	71
Tabela 10. Reconhecimento de expressões faciais de emoções nas intensidades de 25%, 50%, 75% e 100%.....	74

INTRODUÇÃO

O mundo contemporâneo se caracteriza pelos avanços tecnológicos cada vez mais rápidos e surpreendentes nas mais diversas áreas do conhecimento humano. Nas últimas seis décadas houve grande desenvolvimento tecnológico na área de saúde que possibilitou alternativas diagnósticas e terapêuticas no tratamento de diversas patologias, possibilitando uma diminuição das taxas de mortalidade e melhoria na qualidade do atendimento nos diversos segmentos da saúde. Em contrapartida, exige dos profissionais da saúde uma qualificação cada vez maior para que se adéqüe a esta nova realidade tecnocientífica.

O dia-a-dia do profissional de Enfermagem transcorre por diferentes situações, situações de alegria, de sofrimento, de morte que por sua vez desencadeiam diferentes emoções. Estas refletem-se no ambiente de trabalho, podendo ser geradores de ansiedade e em alguns casos até mesmo depressão podendo comprometer a interpretação dos sinais sociais e a comunicação interpessoal.

O reconhecimento das emoções e sentimentos pode ocorrer não só através da comunicação verbal como também pela comunicação não verbal e neste contexto as expressões faciais assumem uma posição de destaque na comunicação. Aristóteles (384 a 322 AC), afirmava que as expressões faciais, são um reflexo das emoções e estados internos do indivíduo.

Atualmente, as expressões faciais tem sido objeto de estudo do funcionamento emocional, tanto em indivíduos com transtornos psiquiátricos, quanto em indivíduos saudáveis. Estudos apontam que pessoas com sintomas de depressão tendem a interpretar mais negativamente expressões faciais quando comparadas com pessoas saudáveis.

Este estudo tem por objetivo investigar as relações existentes entre os níveis de ansiedade e depressão e o reconhecimento de expressões faciais de alegria, tristeza, medo e raiva tanto em profissionais de Enfermagem e comparar os resultados deste grupo com o grupo controle composto de profissionais de diferentes profissões. Busca-se verificar se a presença de sintomas de ansiedade e depressão contribui para alteração da percepção das expressões faciais.

Neste intuito a pesquisa foi estruturada em duas partes: a primeira refere-se ao estudo da percepção social e destaca o papel do reconhecimento das expressões faciais com emoção nas relações humanas.

A segunda parte diz respeito ao estudo do trabalho do profissional de Enfermagem e pretende verificar se estes profissionais, como representantes dos profissionais de saúde, apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão, possivelmente relacionados ao ambiente de trabalho.

O profissional de Enfermagem, durante o desempenho de suas atividades como educador e prestador de cuidados, necessita do domínio da habilidade em comunicar-se e interpretar os estados emocionais daqueles sob seus cuidados.

Questiona-se: se a presença de sintomas de ansiedade e depressão poderia alterar o reconhecimento de expressões faciais de profissionais de Enfermagem e, por conseguinte, se alterações da percepção facial poderiam comprometer o atendimento clínico destes profissionais para com aqueles sob seus cuidados.

Parte 1

Percepção social e reconhecimento de expressões faciais.

1 PERCEPÇÃO SOCIAL

O ser humano como ser social é freqüentemente impelido a explicar o comportamento das outras pessoas e para tal se utiliza da linguagem verbal e de sinais de comunicação não-verbais, tais como os envolvidos na gesticulação, na postura corporal, no tom de voz e nas expressões faciais.

Heider (1958) comenta que tal como cientistas amadores reunimos informações a partir do que nossos olhos e ouvidos captam e atribuímos uma lógica para explicar as causas do comportamento social. No campo da Psicologia Social, a maneira como formamos impressões e fazemos inferências sobre as outras pessoas é denominada de percepção social (Camino, 1996).

Segundo Heider (1958), Kelley (1967) citado no livro de Camino (1996), a busca pela compreensão do comportamento das outras pessoas nos ajuda a compreender e prever o mundo social em que vivemos. Heider, considerado como “pai da teoria da atribuição”, menciona que podemos fazer uma atribuição disposicional, ou seja, decidir se a causa do comportamento é intrínseca a fatores do próprio indivíduo, sua personalidade ou caráter, ou decidir se a causa de determinado comportamento é situacional, fruto da situação vivenciada no momento.

Estudos realizados por Gilbert (1989, 1991, 1993) e Krull (1993) citados por Camino (1996) mostraram que quando atribuímos uma causa ao comportamento das outras pessoas passamos por duas etapas, a primeira é mais rápida e espontânea, atribuindo a causa do comportamento ao próprio indivíduo, a segunda, exigindo um raciocínio maior, leva-nos a reajustar a atribuição levando em conta também à situação vivenciada naquele momento. Quando um indivíduo está preocupado, ansioso ou

mesmo distraído poderá fazer atribuições internas como a causa do comportamento, sem questionar a situação vivenciada pelo outro, podendo cometer um erro de atribuição.

Hoffman, Lau e Johnson (1986) e Camino (1996) relatam a hipótese de que a cultura na qual se vive (oriental ou ocidental) e as relações sociais são fatores que influenciam a maneira como atribuímos causalidade a distintos comportamentos. Na cultura ocidental em que há estímulos a independência individual, os indivíduos tenderão a ter uma atribuição disposicional. Nas culturas orientais, onde o coletivismo é estimulado, haverá uma tendência de atribuição situacional. No entanto, em uma situação em que se necessite fazer uma atribuição de causalidade os dois fatores deverão ser levados em conta, minimizando desta maneira os erros de atribuição e facilitando as relações sociais.

As relações humanas dependem em grande parte da capacidade de se interpretar corretamente os sinais do ambiente social. Embora esteja correto que o comportamento verbal ocupe um lugar de destaque, boa parte da comunicação social ocorre através da observação de comportamentos não-verbais, tais como aqueles envolvidos no gestual, na postura corporal e nas expressões faciais.

De acordo com Camino (1996), o comportamento não-verbal tem quatro funções importantes para o ser humano: comunicar traços da personalidade, transmitir atitudes, expressar emoções e facilitar a comunicação verbal. Dentre os sinais de comunicação não-verbal, as expressões faciais assumem um papel de destaque.

Aristóteles, filósofo grego (384 - 322 AC), afirmava que as expressões faciais eram um reflexo das emoções e estados internos do indivíduo. Charles Darwin, um dos primeiros estudiosos das expressões faciais, publicou em 1872 um livro intitulado “A expressão das emoções nos homens e nos animais”, o qual repercutiu sobre diferentes áreas de estudo. Segundo Camino (1996), Darwin defendia a idéia de que as emoções

ditas primárias, expressões de raiva, felicidade, surpresa, medo, nojo e tristeza são universais, ou seja, todos os seres humanos expressam ou codificam essas emoções da mesma maneira e são capazes de interpretá-las de maneira precisa.

O interesse de Darwin era buscar argumentos para comprovar a teoria da evolução de que as pessoas descendem de um antepassado comum. Darwin verificou em suas observações que no reino animal as expressões emocionais têm propósitos específicos: preparar o animal para uma ação e ao mesmo tempo comunicar ao outro animal sua intenção. Estas mensagens são interpretadas pelo o outro animal de forma clara e com um sentido específico; a luta pela vida e a seleção natural.

Darwin verificou que também na espécie humana as expressões faciais têm objetivos específicos. Segundo Bruce e Young (1998), o trabalho de Darwin reivindica três princípios fundamentais para as expressões faciais. O primeiro princípio indica que as expressões faciais agem como um serviço de utilidade pública, ou seja, prestam informações importantes aos indivíduos que vão além do ato biológico da mecânica facial, comunicam um sentimento. Como exemplo cita ações biológicas como fazer careta quando sentir dor, cuspir o alimento com gosto repugnante, mostrar os dentes em uma expressão de raiva ou hostilidade, ou ainda, sulcar o rosto ou chorar em sinal de desgosto e tristeza. Para Darwin, esses atos foram herdados através das gerações como ato instintivo. O segundo princípio refere-se à antítese, a dualidade, ou seja, as expressões dos sinais sociais devem ser visivelmente contrastantes entre emoções opostas. Um ato expressivo de amizade é acompanhado por uma emoção e deve ser distintamente diferente de uma expressão de hostilidade. O terceiro princípio faz referência às ações relacionadas ao funcionamento do corpo e do sistema nervoso como, por exemplo, corar frente a uma situação embaraçosa ou sentir-se trêmulo por uma emoção.

Em 1971, um estudo de Ekman e Friesen foi ao encontro das expectativas de Darwin. A pesquisa realizada em uma tribo pré-letrada na Nova Guiné, os Fore do Sul, que até então não tinham tido nenhum contato com a civilização ocidental, mostrou que os indivíduos foram capazes de interpretar as seis emoções primárias ou básicas, sugerindo que estas habilidades são independentes da cultura em que se vive.

Embora tenha sido constatada a universalidade das seis emoções básicas, a sociedade na qual o indivíduo vive determina as regras de manifestação das emoções, ou seja, quando e como as emoções serão expressas. Por exemplo, a cultura americana desestimula manifestações de tristeza e choro nos homens, mas permitem esta manifestação social nas mulheres. Já a cultura japonesa determina que as mulheres não exibam um sorriso aberto e desinibido, assim elas, freqüentemente, escondem o sorriso atrás das mãos.

Atualmente, na nossa sociedade, a percepção das emoções através das expressões faciais é um meio eficaz, natural e imediato de se obter informações sobre emoções alheias e o reconhecimento das expressões faciais assume um papel de relevância na percepção do ambiente social. Segundo Bruce e Young (1998), as expressões faciais são capazes de comunicar sentimentos e condutas sociais, como a expressão facial de nojo perante uma situação de injustiça ou diante de uma atitude moralmente reprovável cometida por alguém.

Camino (1996) relata que o sexo feminino é mais eficiente, quando comparado ao masculino, na interpretação de pistas não-verbais. Porém, na presença de mentiras, o sexo feminino tende a ser mais cordato, aceitando o valor aparente das comunicações e deixando-se enganar mais facilmente. A explicação para este fenômeno está na Teoria do Papel Social, proposta por Eagly (1987), que pressupõe que na maioria das sociedades há uma divisão de trabalho com base nas diferenças de sexo, e esta divisão

gera expectativas diferentes para os dois sexos. Supõe-se que ao sexo feminino cabe ser mais carinhoso, cordial, expressivo e sensível que o sexo masculino. Desta forma, homens e mulheres desenvolveram habilidades e atitudes pertinentes ao comportamento social baseados nos papéis de seu sexo.

1.1 A comunicação como facilitador da percepção e os profissionais de Enfermagem

Segundo Stefanelli (1993), Atkinson e Murray (1989), no âmbito do profissional da Enfermagem, a comunicação é denominada de comunicação terapêutica. Tem por objetivo identificar e atender necessidades referentes à saúde do usuário, contribuindo para melhorar a prática de Enfermagem e estimular sentimentos empáticos de confiança e segurança naquele que está sendo cuidado.

O profissional de Enfermagem, no desempenho de suas atividades cotidianas como educador e prestador de cuidados, além de ser o elo entre a equipe multidisciplinar, necessita de um maior domínio da habilidade de se comunicar. Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti e Silva (1998) referem que a habilidade de realizar uma leitura de sinais de comunicação não-verbal pode ser obtida com treinamento e tende a facilitar o reconhecimento de um sentimento ou emoção. Dobro, Sousa e Fonseca (1998) enfatizam a importância do conhecimento dos mecanismos de comunicação verbal e não-verbal para toda equipe que compõe os profissionais de saúde, e em especial para os enfermeiros, por ser este em geral o primeiro profissional de saúde a fazer contato com o usuário nas instituições de saúde.

O entendimento desses sinais facilita o desempenho das funções deste profissional, assim como melhora o relacionamento entre o indivíduo promotor de saúde e o indivíduo sob seus cuidados. Segundo Silva (1996), o toque é uma forma de

comunicação não-verbal que deve estar presente durante a assistência do profissional de Enfermagem, e não deve se condicionar apenas a procedimentos científicos, mas também ser uma demonstração do respeito, da ética, do carinho e segurança para aquele que está sendo cuidado.

Já a percepção das expressões faciais é fundamental à interação social e a manutenção dos relacionamentos interpessoais (Ekman, 1999). O reconhecimento das expressões faciais pode ser útil para psicoterapeutas, entrevistadores, e outros profissionais como enfermeiros que necessitam no seu dia-a-dia da comunicação interpessoal, para interpretação dos eventos relacionados ao processo do “cuidar”.

Pesquisadores como Damas, Munari, e Siqueira (2004) trazem em seu objeto de pesquisa um importante questionamento: o ato de cuidar daquele que cuida, considerando a importância do profissional de Enfermagem sentir-se bem, integrado com ele mesmo para que possa ser mais efetivo no desempenho de suas atividades profissionais, ou seja, a atenção dispensada ao outro deve ser equivalente àquela dispensada ao cuidador.

Nesse sentido, muitas questões podem ser feitas. A equipe de Enfermagem foi preparada para enfrentar com saúde física e mental sua rotina de trabalho? Em sua formação recebeu suporte para enfrentamento de situações críticas? Como esses profissionais extravasam as tensões acumuladas no ambiente de trabalho? É possível atender ao seu paciente e se relacionar com a equipe de forma humanizada, quando a humanização não se aplica ao ambiente de trabalho?

Elias e Navarro (2006) utilizam o conceito de sublimação para entender a relação entre prazer e a dor no trabalho dos profissionais de Enfermagem. O “prazer”

entendido como a satisfação do ato de cuidar e verificar o restabelecimento da saúde do paciente sob seus cuidados e a “dor” de perceber que há situações de saúde que são irreversíveis. De acordo com essas pesquisadoras, as decepções vividas na rotina de trabalho nos hospitais podem ser minimizadas por saber que o ato de “cuidar” praticado por esses profissionais é socialmente valorizado.

Garner, Mogg e Bradley (2006) trazem como consenso entre os pesquisadores e profissionais da saúde mental que o funcionamento social adequado depende da capacidade dos indivíduos de extrair informações relevantes a partir da comunicação verbal e não-verbal, nas quais emoções, sentimentos, mensagens e idéias podem ser compartilhadas e influenciar as dinâmicas de relacionamento social.

O entendimento dos padrões de percepção nestes profissionais e o entendimento de padrões de alteração perceptiva para a avaliação emocional poderá contribuir para a elaboração de programas de intervenção que auxiliem os profissionais de Enfermagem e contribuam para o melhora do atendimento clínico.

2 EXPRESSÕES FACIAIS

2.1 Reconhecimento das expressões faciais

O rosto é a parte mais visível e expressiva do corpo, sendo capaz de produzir mais de dez mil expressões (Freitas-Magalhaes, 2007). Os trabalhos de Sir Charles Bell foram de grande relevância neste campo por serem precursores no estudo das expressões faciais. Em 1806, em sua primeira publicação intitulada “Ensaio sobre a anatomia de expressão na pintura”, retratou o crânio, a forma da cabeça, os músculos da face no homem e comparou com os dos animais. Em 1821, descreveu a paralisia facial periférica, paralisia do sétimo par craniano, que leva seu nome, paralisia de Bell. Em 1844, seu primeiro livro foi reeditado e seu título alterado para: “A anatomia e a filosofia de expressão relacionadas com as artes plásticas”.

Duchenne de Boulogne, outro estudioso das expressões faciais, foi pioneiro no uso da eletricidade como recurso terapêutico, contribuiu no estudo das doenças musculares (miopatias), descrevendo a patologia hoje referida como distrofia muscular de Duchenne. Seus experimentos com eletricidade na musculatura facial influenciaram pesquisadores como Darwin e Sir Charles Bell. Duchenne buscava determinar a anatomia dos movimentos faciais através da estimulação elétrica, ou seja, como os músculos produziam as diferentes expressões faciais. Em 1862, publicou o livro “A Mecânica da Fisionomia Humana” e foi precursor na correlação entre emoções e a mecânica das expressões faciais humanas registradas através de fotografias.

Com o objetivo de demonstrar a mecânica da expressão facial, Duchenne realizou experimentos em um paciente idoso que apresentava anestesia facial total, podendo usar a estimulação elétrica sem provocar desconforto ou dor (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Duchenne demonstrando a mecânica da expressão facial em um paciente idoso.



Figura 2. Duchenne demonstrando diferentes expressões faciais através da eletroestimulação em um paciente idoso.

Mendes (2008) menciona que Duchenne identificou diferentes maneiras de sorrir, mas acreditava que somente uma estaria relacionada à emoção de alegria, denominado por ele como “sorriso genuíno”. O sorriso como expressão de alegria é o resultado da contração muscular do músculo zigomático maior, músculo de contração voluntária e o orbicular dos olhos de contração involuntária, sendo este o responsável pelo “sorriso genuíno”.

As pesquisas de Sir Charles Bell, Darwin e Duchenne abriram espaço para compreensão da face como um órgão de comunicação. Atualmente, o estudo da anatomia e do comportamento aliado as técnicas de computação gráfica, permitem que este conhecimento seja utilizado em cirurgias plásticas, na reconstrução de faces e também com aplicações nas artes, educação e entretenimento.

Ekman e Friesen (1978) concentraram seus estudos na expressão facial das emoções e chegaram a um protótipo morfológico de mapeamento da movimentação muscular das emoções básicas e face neutra. Consideram como básicas e universais as

seguintes manifestações de emoções: alegria, tristeza, raiva, nojo, surpresa e medo. Desenvolveram o FACS – *Facial Action Coding System* (Sistema de Codificação das Expressões Faciais), determinando a forma como a contração de cada músculo facial, isoladamente ou em combinação com outros músculos, muda a aparência do rosto, possibilitando o estudo científico do reconhecimento das expressões faciais.

Para compreensão do movimento facial, o FACS divide o rosto em unidades de ação (AU), que corresponde à unidade mínima embasada anatomicamente (Ekman, Friesen, & Hager, 2002). De acordo com Freitas-Magalhaes (2007), as AUs podem ser compostas por um único músculo ou por um grupo de músculos que agem em sinergia. No manual do FACS estão descritas 46 AUs com inúmeras possibilidades de combinação. Além de mapear as emoções, o FACS demonstra que não é possível expressar simultaneamente emoções positivas (alegria) e negativas (tristeza) porque são mediadas por hemisférios diferentes. De acordo com a teoria de Davidson (1995), emoções positivas são mediadas pelo hemisfério esquerdo e as emoções negativas pelo hemisfério direito.

A categorização entre emoções positivas e negativas está relacionada com a ocorrência de efeitos desejáveis ou não pelo indivíduo (Torres e Smaira, 2003). A emoção como reação psicofisiológica depende de aspectos individuais e da interação entre o indivíduo e o meio em que vive. Segundo as autoras, seria dizer que algumas emoções tendem a conduzir o indivíduo a uma desorganização enquanto outras agem facilitando o comportamento organizativo e construtivo. As emoções de alegria e surpresa são classificadas como positivas, sendo as demais caracterizadas como emoções negativas.

De acordo com Faustino, Cláudio e Carmo (2006), consideram-se como básicas ou primárias as seis emoções identificadas nas pesquisas de Darwin. Estas parecem ser

facilmente reconhecidas em todas as culturas e cada uma delas é composta por uma combinação específica de músculos. A Figura 3 mostra a descrição das emoções relacionadas à mecânica facial.

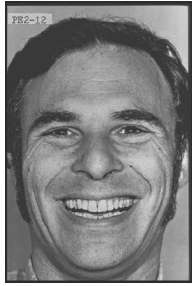
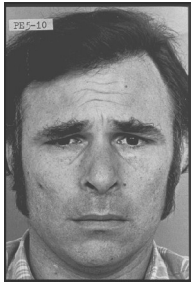
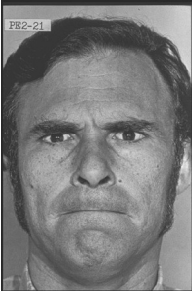
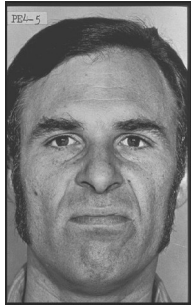
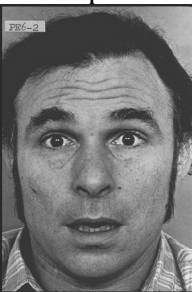
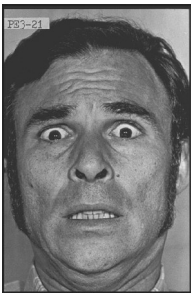
Expressão	Descrição	Expressão	Descrição
<p>Alegria</p> 	<p>Sobrancelhas relaxadas. Boca aberta com os cantos da boca direcionados para cima, na linha de segmento das orelhas.</p>	<p>Tristeza</p> 	<p>Internamente as sobrancelhas se elevam e aproximam do nariz. Os olhos se mantêm ligeiramente fechados. E a boca se mantém relaxada.</p>
<p>Raiva</p> 	<p>As sobrancelhas contraem se simultaneamente para baixo e aproximam-se do nariz. Os lábios pressionam-se um contra o outro ou abrem-se ligeiramente, mostrando os dentes.</p>	<p>Nojo</p> 	<p>Sobrancelhas e pálpebras relaxadas. O lábio superior eleva-se ligeiramente de maneira assimétrica, com uma pequena curva.</p>
<p>Surpresa</p> 	<p>Sobrancelhas elevadas. Pálpebras superiores afastadas e as inferiores relaxadas. Boca aberta, maxilar inferior significativamente afastado do maxilar superior.</p>	<p>Medo</p> 	<p>Sobrancelhas se elevam. Os olhos estão tensos, abertos em alerta.</p>

Figura 3. Características das seis expressões faciais definidas por Paul Ekman.

3 ANSIEDADE, DEPRESSÃO E O RECONHECIMENTO DAS EXPRESSÕES FACIAIS

Atualmente, expressões faciais tem sido objeto de estudo no processamento das emoções tanto em indivíduos com transtornos psiquiátricos, quanto em indivíduos saudáveis. Embora os teóricos difiram com relação às dificuldades interpessoais no transtorno de ansiedade e depressão sobre o reconhecimento das expressões faciais, parece haver um consenso no que se refere a uma tendência à detecção mais rapidamente de emoções ditas negativas como a raiva e tristeza.

Mikhailova, Vladimirova, Iznak, Tsusulkovskava e Sushko, (1996), por exemplo, indicam que a depressão está associada com um déficit no reconhecimento das expressões faciais. Asthana, Mandal, Khurana e Haque-Nizamie, (1997) verificaram que pacientes diagnosticados com depressão maior apresentam um aumento na sensibilidade para a percepção de estímulos negativos em faces neutras. Bouhuys, Geerts e Mersch (1997), e Suslow, Dannlowski, Lalee-Mentzel, Donges e Kersting (2004) relatam que pacientes diagnosticados com ansiedade e depressão, apresentaram um baixo desempenho no reconhecimento das emoções através das expressões faciais.

Pesquisas realizadas por Surcinelli, Codispoti, Montebanocci, Rossi, e Baldaro (2006) indicam que a ansiedade também contribui para alteração da percepção das expressões faciais. Indivíduos que pontuaram com escores altos de ansiedade-traço, identificados pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), demonstram uma percepção maior de medo quando comparados com indivíduos com escores baixos de ansiedade-traço. Com relação às outras emoções básicas e face neutra, não houve diferença entre os dois grupos.

Estudos de Hale, Jansen, Bouhuys e van den Hoofdakker (1998) apontam que pessoas com sintomas de depressão tendem a interpretar sinais afetivos de expressões faciais como uma emoção negativa quando comparadas com pessoas saudáveis, corroborando com resultados encontrados por Mikhailova et al. (1996) e Asthana et al. (1997).

Lembke e Ketter, (2002) compararam indivíduos diagnosticados com transtorno bipolar I, transtorno bipolar II e indivíduos saudáveis. Os indivíduos com transtorno bipolar I apresentaram um desempenho inferior no reconhecimento das expressões faciais em comparação com os demais grupos. Já os indivíduos com transtorno bipolar II apresentaram maior reconhecimento de medo.

Em contrapartida, Lippänem, Milders, Bell, Terriers e Hietanen (2004) não encontraram diferenças significativas no reconhecimento de expressões faciais entre pacientes com depressão e grupo controle, embora a depressão clínica estivesse associada a uma melhor memória das expressões faciais de tristeza, quando comparada com expressões felizes ou faces neutras.

Ridout, Astell, Reid, Glen e O'Carrol (2003) relatam que pacientes com depressão e o grupo controle foram igualmente exatos no reconhecimento de rostos felizes e tristes, porém diferiram no reconhecimento de faces neutras, no qual pacientes com depressão foram imprecisos, ou seja, atribuíam uma emoção a faces neutras.

Montagne, Roy, Edward e David (2006) realizaram uma pesquisa com pacientes diagnosticados com transtorno de ansiedade generalizada com o objetivo de investigar o reconhecimento das expressões faciais. O resultado encontrado aponta para maior dificuldade no reconhecimento de emoções negativas de raiva e nojo, quando comparados ao grupo controle composto de indivíduos saudáveis pareados em relação ao sexo, idade e escolaridade.

Em 2007, os mesmos autores (Montagne, Roy, Edward, e David) utilizaram em sua pesquisa um clipe objetivando verificar o reconhecimento de expressões faciais das seis emoções básicas em participantes de diferentes idades. O clipe demonstrava uma expressão facial com diferentes intensidades da emoção variando de 20% a 100%, iniciando na face neutra. O resultado obtido demonstra que a emoção mais facilmente reconhecida foi à felicidade enquanto que o medo teve o pior desempenho. Além disso, indivíduos de idade avançada demonstraram maior dificuldade na interpretação de raiva, tristeza, medo e felicidade, mas não de nojo e surpresa, quando comparado com adultos jovens.

De maneira geral, esses resultados indicam que os sintomas de ansiedade e depressão estão relacionados com alterações na percepção de expressões faciais, podendo comprometer assim a avaliação de importantes sinais de comunicação social.

Parte 2

Ansiedade e Depressão de profissionais de Enfermagem e o reconhecimento de emoções faciais

4 ENFERMAGEM: HISTÓRIA E PROFISSÃO

A profissão de Enfermagem surgiu da evolução das práticas de saúde, realizada instintivamente como forma de garantir a sobrevivência. Em sua origem, estava relacionada com a caridade e a devoção e tinha como referência ideológica a obediência, dedicação e abnegação, qualidades percebidas como naturais ao sexo feminino.

Haddad (2000) comenta que até o final da Idade Média o trabalho de Enfermagem era realizado por religiosas, virgens e viúvas da nobreza, que tinham como objetivo praticar a caridade às pessoas pobres e aos doentes mentais que se abrigavam nos “hospitais”, que na época funcionavam como asilos para retirada das pessoas desabrigadas.

A autora relata que posteriormente, com as mudanças ocorridas na organização da sociedade e ao aumento da demanda, somaram-se a esses trabalhadores, as prostitutas que buscavam sua própria salvação, prestando cuidados aos enfermos, já que os demais temiam ser contaminados por doenças.

Segundo Geovanini, Moreira, Dornelles e Machado (1995), as mudanças sociopolíticas vigentes no final da Idade Média, propiciaram o avanço das práticas de saúde favorecendo o desenvolvimento da Medicina moderna e a reorganização dos hospitais como instituições promotoras de saúde. Os médicos foram os principais responsáveis por esta reorganização, o que refletiu no surgimento da Enfermagem como profissão. Porém, o despreparo das pessoas com os cuidados aos doentes e a predominância das doenças infecto-contagiosas não melhoraram as condições de saúde da população. Os ricos continuavam a receber cuidados em suas residências e os pobres tornaram-se objeto de instrução e pesquisas.

De acordo com Miranda, Garcia e Sobral (1996), no século XIX surgiu uma nova forma de praticar a Enfermagem, como uma profissão institucionalizada, influenciada por valores positivistas das ciências.

Florence Nightingale fundou em Londres, em 1860, a primeira escola de formação profissional de Enfermagem. Propôs uma prática sistematizada e oficializada por um órgão formador da profissão, rompendo com a prática caritativa. Eram formadas duas categorias sociais de profissionais: as *lady-nurses*, advindas da classe burguesa preparadas para o ensino e a supervisão, titulares de um trabalho intelectual mais valorizado, e as *nurses*, originárias de classes sociais menos privilegiadas, que realizavam o trabalho em contato direto com os doentes, isto é, o trabalho manual socialmente desprestigiado.

Conforme comenta Ferreira (2004), esta divisão de trabalho era reflexo das condições sociopolíticas vigentes, marcada pela revolução industrial, e o início do capitalismo que se implantava. Porém, ainda hoje, essa divisão de trabalho mostra-se presente entre os profissionais de Enfermagem.

Nas primeiras escolas de Enfermagem, o médico era a pessoa qualificada para ensinar, cabendo a este profissional decidir quais as funções das enfermeiras.

Carboni e Nogueira (2006) retratam Florence Nightingale como a primeira enfermeira pesquisadora, que publicou livros e estudos baseados em observações detalhadas dos seus pacientes. A partir dela nasce a Enfermagem moderna. A profissão de Enfermagem já nasceu dicotomizada entre a técnica e o social, parte dos profissionais dominava o saber e a outra parte o fazer, sendo o fazer delegado aos auxiliares.

Foi a partir da organização das escolas de formação de Florence Nightingale, que novas perspectivas se abriram nas relações de trabalho do profissional de

Enfermagem, tanto na valorização do trabalho, nos seus preceitos éticos e morais, quanto nas relações financeiras. O que pode ser evidenciado, até mesmo, no juramento instituído nas escolas de formação de Florence Nightingale (Figura 4).

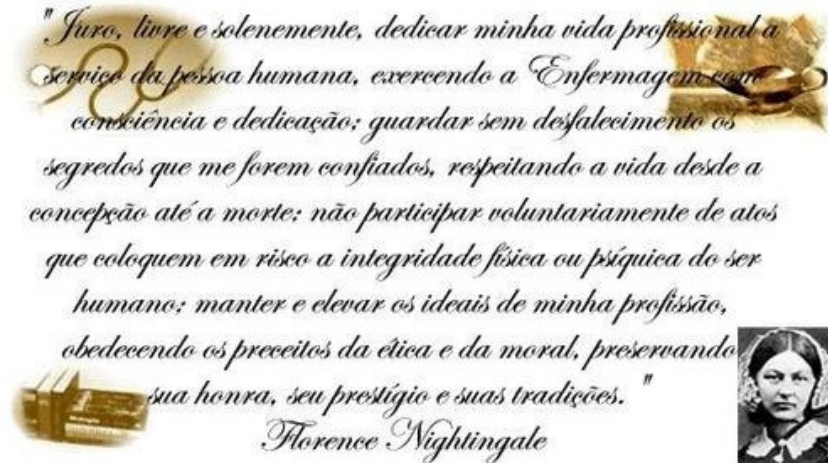


Figura 4: Juramento das escolas de formação de Florence Nightingale.
Fonte: site da Associação Brasileira de Enfermagem Pernambuco (ABEN/PE).

De acordo com Associação Brasileira de Enfermagem – Pernambuco (ABEN – PE), a organização da Enfermagem na sociedade brasileira se deu no período colonial com a organização da Casa de Misericórdia fundada na Vila de Santos, em 1543, seguida pelo Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus, e mais tarde, em Porto Alegre e Curitiba.

No Brasil, de acordo com Bueno (2002), o desenvolvimento da Enfermagem se deu devido à necessidade ao combate e controle das epidemias. De fato, segundo a ABEN - PE, a primeira escola de Enfermagem brasileira foi criada pelo Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, hoje denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencendo à Universidade do Rio de Janeiro – UNI-RIO.

A Cruz Vermelha Brasileira, organizada no final de 1908, destacou-se por sua atuação durante a I Guerra Mundial (1914-1918). Posteriormente, ela teve papel

preponderante no desenvolvimento das organizações sanitárias no setor da Saúde Pública do Brasil, atuando na contenção da epidemia da gripe espanhola (1918), na organização de postos de socorro e hospitalização. Naquele momento, a Cruz Vermelha Brasileira iniciou o trabalho de educação sanitária tanto na profilaxia das doenças quanto nas medidas de higiene como prevenção.

Segundo Meyer, Waldow e Lopes (1998) e Silva (1995) é no final dos anos de 1970 que se inicia a Enfermagem Contemporânea, marcada pela construção das Teorias de Enfermagem, que tem como eixo principal o cuidado, englobando aspectos científicos associada à perspectiva humanista.

O embasamento das Teorias de Enfermagem possibilita a estes profissionais uma prática mais autônoma adquirida através da expansão do conhecimento científico, permeada pelo desenvolvimento de habilidades específicas a profissão e questionadas pelo pensamento crítico. Abrem-se então novas relações sociais, interagindo a profissão de Enfermagem com saberes de outras áreas científicas.

De acordo com Bueno (2002), surge um novo perfil do profissional de Enfermagem que busca romper com a imagem do profissional devoto e obediente através da qualificação de suas ações, valorizando aspectos humanos, éticos e relacionais sem perder a identificação do ato de “cuidar”.

4.1 Relações sociais de sexo e trabalho

Lopes e Leal (2005), citado na dissertação de mestrado de Lucena (2009), enfatizam que o trabalho dos profissionais de Enfermagem nos remete a duas questões importantes: 1) o fato de ser uma profissão predominantemente e historicamente feminina e 2) a prática de cuidados para com o outro.

O trabalho do profissional de Enfermagem é caracterizado como gueto ocupacional feminino, fundamentado em atribuições inerentes ao sexo com qualidades percebidas como “naturais” da natureza feminina que se estendem do domínio privado para o domínio profissional (Fonseca, 1996).

Aos homens cabe a produção dos bens de subsistência e as mulheres as responsabilidades e os cuidados com a prole. Na prática, o trabalho dos profissionais de Enfermagem se associa a um tipo ideal de cuidadora, à figura da mulher-mãe, a um saber informal transmitido de mulher para mulher. A noção de “cuidado”, vista como atributo feminino natural, é o que justifica sua presença maciça nos serviços de saúde.

De acordo com Lopes e Leal (2005), falar do trabalho dos profissionais de Enfermagem é falar de trabalho de mulheres a partir da perspectiva de uma sociedade de dominação masculina, na qual a relação entre tratar, trabalho da Medicina, e cuidar, trabalho da Enfermagem, se traduz nas relações sociais de sexo, classe e poder. O tratar incute uma qualificação profissional com valor científico e masculino e o cuidar relaciona-se com qualidades femininas dotadas de menor qualificação.

Segundo Kergoat (1996) e Hirata (2002), essa divisão social do trabalho apresenta sua organização fundamentada em dois princípios: a separação por sexo em tipos diferentes de trabalhos para homens e mulheres e na hierarquia das atividades, trabalho de homem “vale” mais do que trabalho de mulher. Esta distinção do trabalho baseada na divisão sexual aumenta a vulnerabilidade do sexo feminino nas relações de trabalho.

Elias e Navarro (2006) citam que as décadas de 1960 a 1980 foram caracterizadas por grandes transformações no mercado de trabalho, com a participação mais efetiva da força de trabalho feminina, o que gerou uma maior complexidade das relações entre sexo e classe. Embora tenha havido a expansão da área da saúde no

mercado de trabalho, com a expressiva absorção da mão de obra feminina, esta não foi acompanhada por melhorias nas condições de trabalho.

Instituiu-se desta maneira um cenário que possibilita a geração de conflito entre as trabalhadoras, de um lado a exigência de um mercado de trabalho capitalista competitivo e a busca por melhor remuneração e, de outro lado, os sentimentos idealizados da profissão, relacionados ao aspecto humano.

4.2 O “cuidar” como identidade social

Horta (1979) distingue na Enfermagem três seres que fazem parte do “cuidar”: o ser enfermeiro, que é o ser humano com seus valores, que se compromete com a Enfermagem; o ser cliente, representado pelo indivíduo, a família ou a comunidade envolvida no processo saúde/doença, e o ser Enfermagem que é a integração resultante das percepções do ser enfermeiro e o ser cliente. Ainda de acordo com esta autora o papel social da Enfermagem relaciona-se com sua capacidade de atenção às necessidades do indivíduo, de maneira humanizada, além de fazer a interlocução entre o ser em cuidado e os demais profissionais envolvidos.

No processo de cuidar está implícita a relação, mesmo que momentânea, daquele que cuida com aquele que é cuidado. No mercado de trabalho atual buscam-se dispositivos para qualificar o agir do profissional de Enfermagem com autonomia, comprometido com a população e com ele próprio.

Merhy (1997) relata que o trabalho em saúde se concretiza em um conjunto de sabedorias e práticas que tem por finalidade realizar uma intervenção sobre um determinado problema de saúde. Sua prática se diferencia através de como faz, porque faz e a quem faz. O saber do profissional de Enfermagem técnico ou auxiliar está

embasado na sua formação profissional e em geral não sofre interferência do indivíduo a ser cuidado e sim da sua própria autoconsciência, do que representa o seu “cuidar”.

Waldow (1998) comenta que o processo de “cuidar” é interativo, entendido como um conjunto de ações e comportamentos que visam favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de saúde e doença.

Dejours (2004) propõe uma análise dos processos intersubjetivos que compõe as situações de trabalho através da investigação psicodinâmica. A psicodinâmica do trabalho busca compreender como os trabalhadores mantêm um equilíbrio psíquico mesmo quando submetidos a condições de trabalho desestruturantes. Suas intervenções estão voltadas para a organização do trabalho e visam à coletividade e não ao indivíduo isoladamente. Têm por referência os conceitos ergonômicos de trabalho prescrito e trabalho real e, de acordo com esta autora, é entre esses espaços que se dará a construção da identidade social do profissional.

Lucena (2009), em sua dissertação de mestrado, faz referência à subjetividade, a percepção da identidade social das enfermeiras quando indagadas sobre os motivos de sua escolha profissional. Estas ressaltam a importância do caráter cuidador, de estar próximo aos enfermos e inseridas no mercado de trabalho na área da saúde.

Neste contexto, é essencial que o profissional de Enfermagem conheça e se reconheça como profissional, e valorize sua atividade, o ato de cuidar. O “cuidar” envolve diferentes aspectos: o de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, e é importante que o profissional de Enfermagem perceba que esse núcleo de competência é seu por direito. O “cuidar” é sua prática de atividade e seu modo de ser frente à equipe multidisciplinar de saúde, embasada no conhecimento das especificidades do trabalho de Enfermagem.

4.3 A saúde do profissional de Enfermagem

Stacciarini e Tróccoli (2001) comentam que a Enfermagem foi classificada pela *Health Educacion Authority* como a quarta profissão mais estressante do setor público. De acordo com Santana (1996), no Brasil, os trabalhadores de Enfermagem representam mais de 50% dos trabalhadores do setor de saúde. Bueno (2002) reforça que 85% deste contingente são do sexo feminino.

Nos dias atuais, este profissional técnico e/ou auxiliar é parte integrante de uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde que desempenham suas atividades em contato constante com pessoas saudáveis e não saudáveis.

Em geral, o trabalho deste profissional tem como objetivo o restabelecimento do equilíbrio da saúde, desenvolvido de forma coletiva, ou seja, é compartilhado com profissionais de diferentes especialidades: médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social e outros profissionais, atuando nos cuidados para um mesmo ser ou para uma coletividade, gerando um espaço de relações sociais. Este espaço, quando bem integrado, pode gerar mudanças positivas na saúde/educação tornando-se mais eficiente para o paciente. Permite o reconhecimento do papel social e a valorização de cada profissional envolvido com o “cuidar”. Porém este mesmo espaço quando não integrado pode ser gerador de disputas internas e situações de tensão.

No Brasil, segundo Stacciarini e Tróccoli (2001), a grande maioria dos enfermeiros está concentrada nos hospitais, respondendo à tendência assistencialista do setor de saúde. O modelo assistencial está centrado no trabalho do médico e apoiado em serviços e procedimentos de Enfermagem. O enfermeiro, técnico ou auxiliar, atuam tanto em serviços coletivos quanto individuais, preventivamente ou assistencialmente.

Os enfermeiros, considerando nesta categoria aqueles com formação universitária, são capacitados para ocupar cargos administrativos geralmente em serviços de saúde ou de ensino ou como gerentes dos serviços de Enfermagem, e da mesma forma exercer atividades de ensino em nível técnico, universitário ou elementar. Os auxiliares de Enfermagem com formação de nível médio são capacitados para exercer tarefas auxiliares na assistência de Enfermagem como, por exemplo; preparar e realizar medicações prescritas por médicos, preparar o paciente para realização de exames, realizarem registros de assistência, efetuar controle de material e outras funções específicas pertinentes ao seu setor de trabalho.

Almeida e Rocha (1977) citam em seus estudos que o trabalho dito “manual”, ou seja, a forma técnica do fazer, mais freqüentemente torna-se papel do auxiliar de Enfermagem, cabendo ao técnico um papel mais gerenciador. A importância do trabalho, seu reconhecimento como identidade social, a organização do ambiente de trabalho e os conflitos internos podem se refletir no processo de adoecimento do trabalhador, assim como na assistência que o profissional dispensa aos indivíduos sob os seus cuidados.

A rotina de trabalho destes profissionais em hospitais e prontos-socorros de emergência muitas vezes envolve situações imprevisíveis e de sofrimento. Miranda et al. (1996) apontam os hospitais, onde o profissional de Enfermagem permanece por grande parte de sua vida, como um local insalubre, com risco de exposição a uma variedade de enfermidades.

Miquelin, Carvalho, Gir, e Pelá (2004) referem que o ritmo intenso de atividade do profissional de Enfermagem desrespeita o seu ritmo biológico. Além disso, a ausência de um programa de trabalho, as longas distâncias percorridas durante as jornadas laborais, a dimensão e disposição inadequada dos mobiliários, somados à

grande quantidade de informações relativas ao trabalho e a atitude de vigília podem ocasionar não só o desgaste físico como também a fadiga mental e o estresse. Tais fatos predisõem os profissionais de Enfermagem ao aparecimento de enfermidades de natureza física e mental.

Vários estudos enfatizam a importância da qualidade do ambiente de trabalho como meio de preservação da saúde dos profissionais. Torna-se importante no campo organizacional, neste caso, no ambiente hospitalar, detectar setores geradores de estresse em decorrência do tipo de clientela, do volume de trabalho e de outras causas que poderão comprometer a saúde do profissional e sua percepção para aqueles que estão sob seus cuidados. Mesmo no ambiente hospitalar como instituição de trabalho, promotora de saúde, o profissional de Enfermagem está sujeito ao surgimento de ambigüidades, que poderá afetar sua saúde física e mental, gerado pelo “cuidar” com espírito de caridade e a organização do trabalho como instituição em uma sociedade capitalista.

De acordo com resultados de pesquisa realizada por Elias e Navarro (2006) é comum o surgimento de problemas de saúde de ordem física e psíquica em profissionais de Enfermagem causada não só estresse do dia-a-dia assim como pela organização das condições nos postos de trabalho o que repercute na qualidade de vida destes profissionais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS] o conceito de qualidade de vida é definido como:

“a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e do sistema de valores, nos quais ele vive, em relação a seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1994 in FLECK *et al.*, 2000, p. 179).

O conceito de saúde pode ser definido de diferentes maneiras. Bueno (2002) considerou a saúde relacionada à qualidade de vida, ou seja, o indivíduo considerado de forma integral do ponto de vista socioeconômico, cultural, ambiental e relacional. Canguilhem (1990), citado por Brito (1999), conceitua saúde e doença como pólos de um processo dinâmico, atribuindo ao próprio indivíduo à responsabilidade da distinção do ponto onde começa a doença. Dejours (1991) enfatiza que nesta relação de saúde-doença o trabalho não é um elemento neutro, situações de trabalho favorecem a saúde ou a doença.

Lemos (2002) aponta como a organização do trabalho e os eventos situacionais vivenciados individual ou coletivamente em unidades, que denominou de críticas, interferem na vida dos profissionais de Enfermagem, produzindo efeitos sobre a maneira de enfrentar o sofrimento. Considerou como unidades críticas aquelas unidades de saúde com maior probabilidade de ocorrência de eventos como óbitos, informações sobre óbitos aos familiares, internações, altas e pacientes em situação de emergência.

Em sua tese de doutorado, traz à tona questionamentos como, por exemplo:

“Como justificar que, mesmo sofrendo, os trabalhadores de Enfermagem que atuam em unidades críticas continuam trabalhando? Como eles toleram o sofrimento? Como eles administram as adversidades ocorridas durante a jornada de trabalho?” (p.407)

Outros autores destacam o impacto do trabalho sobre as condições de saúde física e mentais do enfermeiro.

Dejours (1992) em seus estudos relata que:

“... a organização do trabalho exerce, sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual,

portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora. Esse sofrimento, de natureza mental, começa quando o homem, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais conforme as suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos – isso é, quando a relação homem – trabalho é bloqueada. A forma de que se reveste o sofrimento varia com o tipo de organização do trabalho. O trabalho repetitivo cria a insatisfação, cujas conseqüências não se limitam a um desgosto particular. Ela é de certa forma uma porta de entrada para a doença, e uma encruzilhada que se abre a descompensações mentais ou doenças somáticas, em virtude de regras que foram em grande parte elucidadas. As tarefas perigosas, executadas na maioria das vezes em grupo, dão origem a um medo específico. A vida psíquica é, também, um patamar de integração do funcionamento de diferentes órgãos. Sua desestruturação repercute sobre a saúde física e sobre a saúde mental” (pp.133-134).

Neste contexto, a presença de sintomas de sofrimento psíquico, como os relacionados à ansiedade e à depressão nos profissionais de Enfermagem pode comprometer de diferentes maneiras o atendimento clínico dos pacientes. Além de um provável prejuízo na execução das atividades profissionais, a presença de transtornos de ansiedade e do humor pode afetar o modo como os profissionais de Enfermagem interpretam e avaliam os estados emocionais de seus pacientes.

5 ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

As condições de saúde de uma população são o resultante de uma complexa rede de inter-relações biológicas, sociais e psicológicas. Nesta sessão, serão apresentados os principais conceitos sobre ansiedade e depressão e a maneira como estes transtornos podem acometer os profissionais de Enfermagem que atuam em unidades críticas (oncologia) e maternidades. De acordo com estudos epidemiológicos, pessoas com sintomas de depressão e ansiedade apresentam um prejuízo no funcionamento físico e social que, por conseguinte, afetam seu desempenho profissional (Lima, 1999).

5.1 O conceito de ansiedade

A ansiedade surge no nosso cotidiano como um sentimento de apreensão ou um estado de alerta. A ansiedade faz parte da natureza humana diante de situações de perigo, do desconhecido, da perspectiva do sofrimento. Pode manifestar-se como uma resposta subjetiva e desagradável de medo e apreensão quando nos percebemos impotentes perante situações de risco reais ou imaginárias.

Darwin (1872) e outros estudiosos da evolução das espécies relatam que foi esta vantagem biológica que garantiu a sobrevivência dos nossos ancestrais em situações de perigo. Será que a ansiedade experimentada por nossos ancestrais quando um urso invadia sua caverna é diferente da que experimentamos nos dias atuais quando nos confrontamos com um assaltante?

Embora, na maioria das vezes, a ansiedade seja percebida pelo aspecto negativo, ela também pode ser experimentada diante de situações geradoras de expectativas

positivas como passar em um exame, o primeiro dia no trabalho ou a espera de uma pessoa que nos é querida. Ela nos deixa alerta.

A ansiedade é considerada normal quando a reação é proporcional à situação geradora de tensão, podendo ocorrer em qualquer faixa etária e em diversas situações. A ansiedade passa a ser considerada patológica clinicamente significativa, quando a resposta a determinado estímulo se torna inadequada, em intensidade ou duração.

É comum utilizarmos os termos “ansiedade” e “estresse” como sinônimos, embora os dois tenham significados diferentes. O dicionário Aurélio (2000) define ansiedade como uma sensação de receio e de apreensão sem causa evidente e estresse como um conjunto de reações do organismo diante de agressões de origens diversas, capazes de perturbar-lhe o equilíbrio interno. Ou seja, a ansiedade surge como uma resposta subjetiva a um fator de estresse e este é uma pressão externa exercida sobre o indivíduo. A intensidade e a duração da ansiedade estão na dependência do significado dado ao fator estressante, é uma resposta pessoal ao estímulo estressor.

De acordo com Fioravanti (2006), o termo ansiedade pode ser utilizado para descrever no mínimo dois constructos, um estado emocional de desprazer transitório ou traços estáveis da personalidade.

May (1980) conceitua ansiedade como uma relação de conflito entre a pessoa e o ambiente ameaçador, acompanhados por processos neurofisiológicos decorrentes daquela relação. Refere à ansiedade como uma experiência subjetiva do organismo diante de uma condição que o indivíduo percebe sua existência ou seus valores ameaçados.

Margis, Picon, Cosner e Silveira (2003) comentam que em nossas atividades cotidianas do trabalho, da casa e até nos momentos de lazer nos defrontamos com situações geradoras de ansiedade, que fazem parte das nossas escolhas do dia-a-dia. A

ansiedade, só se caracterizará como um transtorno quando a colocamos a serviço da nossa existência e não mais da nossa sobrevivência.

Para o rato, o gato é um estímulo estressor preciso. Para o ser humano, um mesmo estímulo pode assumir diferentes representações. Para a maioria dos indivíduos, o uso de um elevador ou telefone é um fato corriqueiro do cotidiano, para outros, essa necessidade pode representar um estímulo estressor que desencadeará uma resposta inadequada e, conseqüentemente, um transtorno de ansiedade.

Beidel, Turner e Morris (1998) relatam que a experimentação ocasional de ansiedade é uma reação emocional normal que a maioria dos indivíduos apresenta em algum momento da vida. A reação de ansiedade pode preceder um novo compromisso social, o falar em público, marcar um encontro, iniciar uma conversa, sendo um comportamento normal que permite às pessoas se ajustarem as diferentes situações sociais (Falcone & Figueira, 2001).

Para controlar os sintomas, nos preparamos para a situação a ser enfrentada, tanto na aparência, quanto no comportamento. Porém, para algumas pessoas, a ansiedade é tão intensa que a ela podem se agregar fenômenos somáticos, gerando sofrimento e perdas de oportunidades (D' El Rey, 2001), adquirindo desta maneira, um significado clínico (Rangé, 2001). Segundo D' El Rey (2001), nos casos mais severos o sofrimento gerado por este transtorno de ansiedade é tão intenso que levam as pessoas abdicar de sua vida amorosa, a abandonar a escola e empregos, podendo conduzir ao isolamento.

Smeltzer, Bare, Hinckle e Cheever (2006) conceituam a ansiedade como:

“...quando as pessoas apresentam sofrimento ou necessidades emocionais não-satisfeitas, elas vivenciam um sentimento global de infelicidade. À medida que a tensão aumenta, a segurança e a sobrevivência são ameaçadas. As

diferentes maneiras pelas quais as pessoas respondem a essas situações problemáticas refletem o nível de adaptação e maturidade de cada uma. As pessoas emocionalmente saudáveis se empenham para satisfazer as demandas das situações angustiantes, enquanto ainda se deparam com os problemas típicos que surgem em suas vidas. As maneiras pelas quais as pessoas respondem aos estímulos desconfortáveis refletem sua exposição a diversas experiências biológicas, emocionais e socioculturais. O comportamento disfuncional em uma pessoa não só afeta gravemente a saúde emocional dessa pessoa, como também pode colocar outros em risco de lesão ou morte. À medida que esses comportamentos destrutivos são repetidos, evidencia-se um padrão cíclico: raciocínio prejudicado, sentimentos negativos e mais ações disfuncionais que impedem que a pessoa satisfaça as demandas de vida diária” (pp. 105-106).

Segundo Castillo, Recondo, Asbahr e Manfro (2000), a diferenciação mais prática entre a ansiedade considerada normal e o transtorno de ansiedade ou ansiedade clínica é avaliar se a reação de ansiedade é de curta duração, limitada e relacionada ao estímulo desencadeador. Ainda segundo estes autores, os transtornos de ansiedade tem uma prevalência de 9% entre as crianças e 15% entre os adultos. Com relação ao sexo, de uma maneira geral, os transtornos se distribuem de maneira equivalente, excetuando-se as fobias específicas, o transtorno de estresse pós-traumático e o transtorno de pânico, que afetam predominantemente o sexo feminino.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10), os transtornos de ansiedade são diagnosticados em função da presença de sintomas que se manifestam numa certa intensidade, frequência e duração (Pontes, 1993). Neste grupo, as teorias comportamentais sugerem que a ansiedade se manifesta como uma resposta

condicionada a situações ou objeto bem definidos, externos ao indivíduo e corriqueiramente não perigosos.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), de 2002, traz como sintomas de ansiedade a irritabilidade, fadigabilidade, dificuldades de concentração, alterações no padrão do sono e tensão muscular. Refere que estes sintomas quando clinicamente significativos podem ocasionar prejuízos nas atividades sociais e laborais deste indivíduo.

5.2 O trabalho do profissional de Enfermagem e a ansiedade

O mundo contemporâneo caracteriza-se pelos avanços tecnológicos cada vez mais rápidos e surpreendentes nas mais diversas áreas do conhecimento humano. Nas últimas cinco ou seis décadas houve um importante desenvolvimento na área da saúde que possibilitou o aperfeiçoamento de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, que levaram a uma diminuição nas taxas de mortalidade e uma melhoria na qualidade do atendimento nos diversos segmentos da saúde.

Em contrapartida, todo esse desenvolvimento tecnológico vem sendo acompanhado pelo acentuado aumento na carga de trabalho e por uma exigência cada vez maior de qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde (Queiroz 1986), contribuindo para a incidência crescente de casos de alterações de ordem emocional, como a ansiedade. E estas quando não adequadas podem se transformar em um estado patológico ou um transtorno.

Segundo Remen (1993):

“ profissional de saúde é uma pessoa que sofreu profundas modificações como resultado de treinamento especializado, do conhecimento e da experiência; são

peças diariamente expostas à dor, à doença e à morte, para quem essas experiências não são mais conceitos abstratos, mas sim, realidades comuns. De muitas maneiras, é como estar sentado na poltrona da primeira fila no teatro da vida, uma oportunidade inigualável para adquirir um profundo conhecimento e maior compreensão da natureza humana” (p.180).

O profissional de Enfermagem, segundo Shimizu (1996), convive com uma realidade de trabalho fisicamente cansativa - pelas longas jornadas de trabalho - e emocionalmente desgastante pelo convívio com as situações de sofrimento e dor daqueles sob seus cuidados. Este contato diário com situações de sofrimento e de inesperadas mortes são fatores que podem conduzir a um desgaste mental no profissional. A responsabilidade, o caráter cuidador de estar próximo aos enfermos muitas vezes em unidades críticas, aliados ao envolvimento emocional com este e seus familiares, exigem do profissional de Enfermagem um controle emocional adequado e equilibrado.

De acordo com Elias e Navarro (2006), o ambiente hospitalar é um lugar insalubre, penoso e perigoso, que privilegia o adoecimento de seus trabalhadores. Caracteriza-se por longas jornadas de trabalho, contato com situações limites, elevado nível de tensão, que favorece o surgimento de problemas de saúde de caráter físico e mental, como as lesões por esforços repetitivos, a ansiedade, a angústia, o estresse, dentre outros.

Murofuse (2004) cita que a força de trabalho do profissional de Enfermagem tem sido afetada por fatores que afetam o corpo e a mente causadas por doenças da modernidade, citando como exemplo a lesão por esforços repetidos ou doenças osteomioarticulares LER/DORT, depressão, angústia, estresse alcoolismo e outras.

Comenta que, no Brasil, 55,7% dos profissionais de Enfermagem possuíam apenas vínculo empregatício temporário, sem direitos e garantias trabalhistas e assistenciais.

O estudo descritivo de Bastos, Mohallem, e Farah (2008), relacionando ansiedade e depressão em alunos do curso de graduação em Enfermagem, durante o estágio de oncologia no Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) em São Paulo demonstra que a qualidade de vida das alunas era afetada significativamente por não se sentirem preparadas a enfrentar situações “críticas”. Os autores sugerem que esta disciplina seja precedida por um trabalho multidisciplinar de vivências para enfrentamentos de situações de estresse que poderão ocorrer durante a atuação deste profissional frente a especialidade de oncologia.

Sabe-se que o profissional de Enfermagem pode vivenciar em seu ambiente de trabalho sentimentos de impotência profissional, ansiedade e medo, capazes de interferir no bem estar psicológico e na qualidade dos serviços prestados. Torna-se, portanto, necessária a possibilidade deste profissional receber o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, que lhe dê apoio e o ajude a identificar situações de sofrimento que podem comprometer sua saúde física e mental (Oler, Jesus, Barbosa & Domingos, 2005).

5.3 Depressão: Perspectivas históricas e conceituais

O termo depressão na linguagem cotidiana tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma ou uma síndrome (conjunto de sinais e sintomas clinicamente relevantes).

Kaplan e Sadock (2007) comentam sobre relatos de sintomas depressivos ao longo da história. Na antiguidade, o Velho Testamento traz a história do rei Saul, que

descreve uma síndrome depressiva, a *Ilíada* de Homero faz referência ao suicídio de Ajax. Já no ano 400 a.C., Hipócrates utilizou termos como mania e melancolia para descrever alterações de ordem mental e Celsus, médico romano, em sua obra *De re medicina* aproximadamente no ano 30 d. C. descreveu que a depressão era causada pela bile negra.

De acordo com Spanemberg e Juruena (2004), o termo depressão aparece nos dicionários médicos em 1860. Em 1889, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin formula os critérios atualmente utilizados para o diagnóstico do transtorno depressivo.

De acordo com a classificação do DSM-IV-TR (2002), a depressão é classificada como um transtorno do humor, de caráter unipolar e pode ocorrer em resposta a situações estressantes ou circunstâncias sociais e econômicas adversas. Quando caracterizada como síndrome inclui alterações de humor como tristeza, irritabilidade, apatia, falta da capacidade de sentir prazer, além de alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, como perda do apetite e insônia.

Segundo Del Porto (1999), indivíduos com depressão relatam a perda da capacidade de sentir prazer nas atividades em geral e em passatempos anteriormente prazerosos. Além disso, demonstram menos interesse pelo ambiente ao redor, descuidando-se de suas atividades profissionais e sociais. Os sintomas envolvem queixas de fadiga e falta de energia mesmo em tarefas que não demandam esforços físicos.

Diferentes estudos indicam haver uma alta prevalência da depressão na população em geral. Furegato, Santos e Silva (2008) comentam que em uma pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto, através do Sistema Único de Saúde (SUS), constatou-se que os transtornos de humor foram à segunda causa de internação hospitalar no período de 1998 e 2002. Fleck, Lima, Louzada, Schestasky, Henriques et

al. (2002), em um estudo realizado com usuários de serviços de saúde primário de Porto Alegre, concluíram que os sintomas de depressão influenciam negativamente a qualidade de vida e ocasionam uma maior utilização dos serviços de saúde.

De acordo com Valla e Bergeron (1993) foi encontrada no serviço de saúde uma incidência de depressão de 25,5% na faixa etária de seis a onze anos de idade. Furegato, Silva, Campos e Cassiano (2006) relatam que, nos Estados Unidos, 17 milhões de pessoas sofrem de depressão anualmente. De acordo com os autores, o número de pessoas acometidas por transtorno de humor cresce a cada ano e estima-se poderá a ser maior causa de incapacitação nos países em desenvolvimento em 2020.

5.4 O trabalhador de Enfermagem e a prevalência dos sintomas de depressão

A atuação profissional do trabalhador de Enfermagem o coloca diante de situações de vulnerabilidade humana. Em geral, nos serviços de saúde, este é o primeiro profissional a fazer contato com o indivíduo que procura ajuda. A assistência de Enfermagem não se limita ao usuário, mas estende-se a família e a comunidade.

Silva, Furegato e Costa (2003) enfatizam a importância do profissional de Enfermagem reconhecer e intervir nos casos em que o indivíduo sob seus cuidados estiver sofrendo de um transtorno de humor. Reforçam a idéia de que o profissional deve participar da promoção da saúde mental, identificando sintomas de transtornos mentais, para que possa atuar e intervir quando necessário, não só naqueles sob seus cuidados, mas quando ele próprio manifestar os sintomas. Em sua pesquisa, as autoras constataram que, durante a formação acadêmica, não houve o preparo emocional dos futuros profissionais de Enfermagem para que soubessem agir frente a situações geradoras de ansiedade.

Em uma pesquisa realizada com enfermeiros da rede básica de São José do Rio Preto-SP, Silva et al. (2003) verificaram um baixo interesse desses profissionais com relação a cursos na área da saúde mental. Segundo os autores, os profissionais de Enfermagem informaram que havia uma parcela significativa de pacientes que apresentavam sintomas depressivos (20 a 50%). Porém, apenas uma pequena parcela destes profissionais (17,8%) encaminhou 10% de seus pacientes a buscarem ajuda adequada, outros profissionais de Enfermagem (15%) encaminharam menos de 5% de seus pacientes ao tratamento adequado.

Araújo, Aquino, Menezes, Santos e Aguiar (2003) relatam uma prevalência de 33,33% de distúrbios psíquicos menores (DPM) em profissionais de Enfermagem, com índices ao redor de 20,0% para enfermeiras e 36,4% entre auxiliares de Enfermagem. Além de todo o sofrimento psíquico inerente ao acometimento pela ansiedade e depressão, a presença desses distúrbios pode prejudicar o desempenho das atividades no trabalho, assim como a percepção que os profissionais têm de seus pacientes.

Franco, Barros e Nogueira-Martins (2005), em um estudo de qualidade de vida e a prevalência de sintomas de disforia e depressão entre residentes de Enfermagem, verificaram que 27,9 % apresentam sentimentos de desilusão, ansiedade, depressão, medo e sentimentos de incertezas que dificultavam sua atuação profissional. Em uma amostra de acadêmicos do curso de Enfermagem, Furegato, Silva, Campos e Cassiano (2006) evidenciaram que esses profissionais tem mais chance de desenvolverem sintomas de depressão.

Com base nos estudos relatados, podemos constatar uma alta incidência, tanto de transtornos de ansiedade, quanto de transtornos depressivos em profissionais de Enfermagem, que poderiam comprometer o desenvolvimento de suas atividades e, conseqüentemente, o manejo clínico dos pacientes.

6 JUSTIFICATIVA E HIPÓTESES

Diante desta problemática, o presente estudo tem por objetivo avaliar se os profissionais de Enfermagem apresentam sintomas de ansiedade e depressão relacionados ao seu ambiente de trabalho. Questiona-se se fatores como ansiedade e depressão no profissional de Enfermagem poderiam interferir na decodificação de sinais sociais, especialmente no que se refere à percepção de expressões faciais de diferentes emoções.

Considera-se como primeira hipótese que profissionais de Enfermagem que atuam em unidades críticas apresentarão maior prevalência de sintomas de ansiedade e depressão quando comparados com profissionais de Enfermagem que atuam em maternidades e o grupo controle. Tem-se como segunda hipótese que a ansiedade e a depressão poderiam alterar o reconhecimento de expressões faciais nos profissionais de Enfermagem e, por conseguinte, os cuidados profissionais dispensados aos pacientes.

6.1 Objetivos

6.1.1 Objetivo Geral

Este estudo teve por objetivo verificar se fatores como ansiedade e depressão em profissionais de Enfermagem poderiam afetar o reconhecimento de expressões faciais de alegria, medo, raiva e tristeza.

6.1.2 Objetivos Específicos

- Avaliar sintomas de ansiedade de profissionais de enfermagem e grupo controle .
- Avaliar sintomas de depressão de profissionais de enfermagem e do grupo controle.
- Avaliar sintomas de distúrbios psíquicos menores de profissionais de enfermagem e do grupo controle.
- Verificar a percepção de expressões faciais de alegria, medo, raiva e tristeza nos profissionais de enfermagem e no grupo controle.
- Comparar os escores dos sintomas de ansiedade, depressão, distúrbios psíquicos menores e o reconhecimento das expressões faciais do grupo de profissionais de Enfermagem que atuam em unidades críticas (oncologia), maternidade e do grupo controle.

7 MÉTODO

7.1 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa – PB (ANEXO A) e obteve a autorização do Hospital Napoleão Laureano e da Maternidade Frei Damião para a sua realização.

Aos participantes foi entregue uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), fornecendo-lhes informações sobre as justificativas, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo ao qual estavam sendo convidados a participar.

A participação foi voluntária, foram informados de que a não disponibilidade em participar não acarretaria nenhum tipo de prejuízo, tiveram também a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem o risco de qualquer dano ou constrangimento. Aos participantes foi assegurado o sigilo da identidade e dos dados coletados.

7.2 Participantes

Os critérios para adesão como participante da pesquisa do grupo dos profissionais de Enfermagem foram: voluntariedade, fazer parte do quadro funcional de Enfermagem do Hospital Napoleão Laureano do setor de oncologia ou da Maternidade Frei Damião, ambas as instituições localizadas no município de João Pessoa - Paraíba.

O grupo controle foi composto de profissionais de diferentes áreas, pareados ao grupo dos profissionais de Enfermagem com relação ao sexo, idade e escolaridade. Os participantes do grupo controle exerciam as seguintes atividades profissionais: cabeleireiras, comerciárias e comerciantes, empregadas domésticas, educadoras,

fisioterapeutas, frentistas, servidores públicos e secretárias. Deste modo, foram compostos os grupos de participantes, com as seguintes características:

Grupo 1: 40 profissionais de Enfermagem pertencentes ao quadro funcional do Hospital Napoleão Laureano.

Grupo 2: 40 profissionais de Enfermagem pertencentes ao quadro funcional da Maternidade Frei Damião.

Grupo 3 (grupo controle): 40 profissionais de diferentes áreas.

7.3 Material e equipamento

Foram usados os seguintes instrumentos:

7.3.1 Questionário biodemográfico (Anexo C):

O questionário biodemográfico foi usado para a caracterização da amostra com relação ao sexo, idade, estado civil, número de filhos e idade dos mesmos, prática de atividade física, escolaridade, ocupação, local de trabalho, horas trabalhadas por semana, tempo na profissão e sua realização como profissional.

7.3.2 Inventário Beck de Ansiedade (BAI – Beck Anxiety Inventory) (Anexo D):

O inventário de Beck, conforme descrito no manual da versão em português, é indicado para participantes entre 17 e 80 anos de idade (Cunha, 2001). Segundo o manual, pesquisas anteriores verificaram que a ordem de aplicação dos instrumentos não interfere com os resultados, desde que aplicados em uma única sessão.

O Inventário Beck de Ansiedade (BAI) é um instrumento intervalar constituído de 21 itens, que são “afirmações descritivas de sintomas de ansiedade” a serem

avaliadas pelo próprio participante com referência a si mesmo em uma escala de quatro pontos, que refletem a gravidade dos sintomas: (1) “Absolutamente não”; (2) “Levemente: Não me incomodou muito”; (3) “Moderadamente: Foi muito desagradável, mas pude suportar”; (4) “Gravemente: Dificilmente pude suportar”. O escore total pode variar de 0 a 63.

Segundo Beck e Steer (1993),

“o BAI foi construído para medir sintomas de ansiedade, que são compartilhados de forma mínima com os de depressão” (p.1).

Cunha (2001) informa que os dados referentes à fidedignidade e validade, baseados em amostras originais se mostraram satisfatórias.

De acordo com o manual (Cunha, 2001), originalmente o instrumento foi construído para pacientes psiquiátricos, porém pesquisas desenvolvidas na Inglaterra mostraram que sua utilização pode ser adequada para população geral, desde que utilizado com critério.

O escore total permite a classificação de níveis de intensidade de ansiedade (tabela 1). Neste estudo, optou-se pelo ponto de corte empregada na versão de 1993.

Tabela 1. Níveis dos escores do BAI, para pacientes psiquiátricos, quando empregada a versão em português de 1993 (Cunha, 2001).

Nível	Escore
Mínimo	0-7
Leve	8-15
Moderado	16-25
Grave	26-63

Beck e Steer (1993) e Cunha (2001) sugerem que para a escolha dos pontos de corte devem ser levados em conta o objetivo do pesquisador assim como o tipo de

população utilizada na pesquisa. Segundo esses autores, faltam subsídios para interpretação aos diferentes níveis de ansiedade. De acordo com informações do manual o uso associado de mais de uma escala pode enriquecer a análise clínica.

7.3.3 Inventário de Beck de Depressão (BDI – Beck Depression Inventory) (Anexo E):

O BDI também é um instrumento de auto-relato, contendo 21 itens descritivos de atitudes e sintomas de depressão, que descrevem a maneira como o indivíduo tem se sentido na última semana. Cada item apresenta quatro alternativas com grau crescente de gravidade de depressão. A pontuação para cada categoria varia de 0 a 3, sendo 0 a ausência dos sintomas depressivos e 3 a presença de sintomas mais intensos. O escore total permite a classificação de níveis de intensidade de depressão (Tabela 2).

Tabela 2. Níveis dos escores do BDI, para pacientes psiquiátricos, quando empregada a versão em português (Cunha, 2001).

Nível	Escore
Mínimo	0-9
Leve	10-16
Moderado	17-29
Grave	30-63

Para populações normais, não são sugeridos ponto de corte, Oliver e Simmons (1984) e Cunha (2001) baseados em trabalho de pesquisa sugerem que um escore de 18 a 19 poderia ser um indicador de uma possível depressão. Neste estudo, foram usados os parâmetros da Tabela 2.

Este inventário tem sido utilizado tanto em pesquisas com usuários psiquiátricos como também na população geral. De acordo com o manual, o instrumento demonstrou satisfatória consistência interna em pesquisas que envolveram amostras com uma população clínica e não clínica. Com uma média do coeficiente *alpha* de 0,81 em uma análise com nove amostras psiquiátricas e com 0,81 de 15 amostras não psiquiátrica (Beck & Steer, 1993).

7.3.4 Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE):

Foram utilizadas as duas escalas de Estado (Anexo F) e Traço (Anexo G) deste inventário para avaliação da ansiedade. De acordo com o Manual IDATE (2003), a ordem de aplicação recomendada, quando as duas escalas são apresentadas em uma mesma sessão, inicia-se com a IDATE-E e posteriormente a IDATE-T. A IDATE-E sofre influência do clima emocional gerado pelo IDATE-T quando este é aplicado primeiro, já o contrário não ocorre.

O Estado de Ansiedade é entendido como um estado emocional transitório. A escala Estado requer que o participante descreva como se sente “agora, neste momento” em relação a 20 itens apresentados em uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos: (1) absolutamente não; (2) um pouco; (3) bastante; (4) muitíssimo. O escore total varia de 20 a 80.

De maneira semelhante, a escala Traço também é composta de 20 itens, mas o participante deve responder como “geralmente se sente” de acordo com uma escala de quatro pontos do tipo *Likert*: (1) quase nunca; (2) às vezes; (3) freqüentemente; (4) quase sempre. O Traço de Ansiedade remete a diferenças individuais estáveis, inerentes ao próprio indivíduo, com relação à ansiedade. O escore total varia de 20 a 80, escores

altos indicam sintomas de ansiedade presente na personalidade do respondente. De acordo com o manual, o instrumento demonstrou satisfatória consistência interna.

O IDATE tem sido utilizado em diversos estudos e tem se mostrado eficiente na avaliação de adolescentes normais e adultos. Segundo o Manual IDATE (2003), uma pesquisa realizada em uma amostra brasileira em “situação neutra” e sob “situação de tensão” informou que os valores médios encontrados para o IDATE-E foram, respectivamente, 35,35 e 45,71. Para o IDATE-T, os escores médios encontrados sob condição de tensão foi de 37,53 e na condição neutra de 37,35.

De acordo com Fioravanti (2006), o IDATE-E tem sido utilizado para avaliação dos estados de ansiedade transitórios vivenciados em situações reais, tais como entrevistas de empregos, cirurgias e tratamentos. Já o IDATE-T tem sido utilizado para avaliar a ansiedade clínica e pode embasar a necessidade de encaminhamento para tratamento clínico especializado.

De acordo com o Manual IDATE (2003) pesquisas realizadas com amostras brasileiras verificaram uma tendência do sexo feminino a pontuar com escores mais altos do que o sexo masculino, esta mesma tendência também foi observada em amostras norte-americanas.

7.3.5 Questionário SRQ-20 (Self Report Questionnaire) (Anexo H):

O SRQ-20 foi usado para avaliar a presença de distúrbios psíquicos menores. Questionário de auto-relato, desenvolvido por Harding, Arango, Baltazar, Climent Ibrahim et al. (1980) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986), é composto de 20 itens (quatro relacionados a sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais), referindo-se a sintomas apresentados nos últimos 30 dias.

Com base no estudo de Pitta (2003), escores até 7 pontos indicam uma ausência de distúrbios psíquicos menores e escores entre 8 a 20 pontos são sugestivos da presença de distúrbio psíquico menores.

7.3.6 Teste de reconhecimento de expressões faciais de alegria, tristeza, medo, raiva da série Nimstim (Tottenham, Tanaka, e Leon, 2009) (Anexo I):

O teste de reconhecimento das expressões faciais foi realizado através da apresentação de fotografias de expressões faciais de alegria, tristeza, medo e raiva da série *Nimstim Emotional Face Stimuli Database* (Tottenham et al., 2009). O *software Morpheus Photo Animation Suite* (versão 3.10) foi utilizado para compor faces com as diferentes intensidades de emoção (25%, 50%, 75%, 100%) que tiveram como origem a face neutra. Durante o experimento, o *software Superlab 4.0* foi utilizado para o controle da apresentação das expressões faciais e coleta de dados.

7.4 Procedimentos

A aplicação dos instrumentos foi realizada pela própria pesquisadora na instituição de trabalho dos participantes em sessão individual. No estudo, os participantes responderam inicialmente ao questionário biodemográfico e, posteriormente, as escalas de auto-relato (BAI, BDI, IDATE – T, IDATE – E, SRQ-20).

Para realizarem o teste de reconhecimento das expressões faciais, os participantes se sentaram em frente ao computador e receberam a seguinte instrução para a execução da tarefa experimental:

“O objetivo deste experimento é estudar a percepção de expressões faciais. Durante o experimento você deverá indicar qual é a expressão emocional mais adequada para a face apresentada na tela do computador. Você poderá observar as faces pelo

tempo estipulado pelo sistema e deverá pressionar no teclado o número que corresponde a sua resposta.”

Cada participante foi testado individualmente e em cada sessão foram apresentadas expressões faciais de alegria, tristeza, medo e raiva de diferentes intensidades emocionais (25%, 50%, 75%, e 100%). Foram usados fotografias de quatro modelos, dois masculinos e dois femininos. A apresentação de cada face na tela teve duração de 750 ms, seguida pela tela de resposta, que permanecia até que o participante pressionasse a tecla correspondente a emoção no teclado numérico. Três segundos após a resposta uma nova face era apresentada (figura 5).

Cada sessão foi composta por dois blocos de 64 estímulos, apresentados de forma aleatória, com um minuto de intervalo entre eles. Ao todo, foram apresentadas 128 faces no experimento.

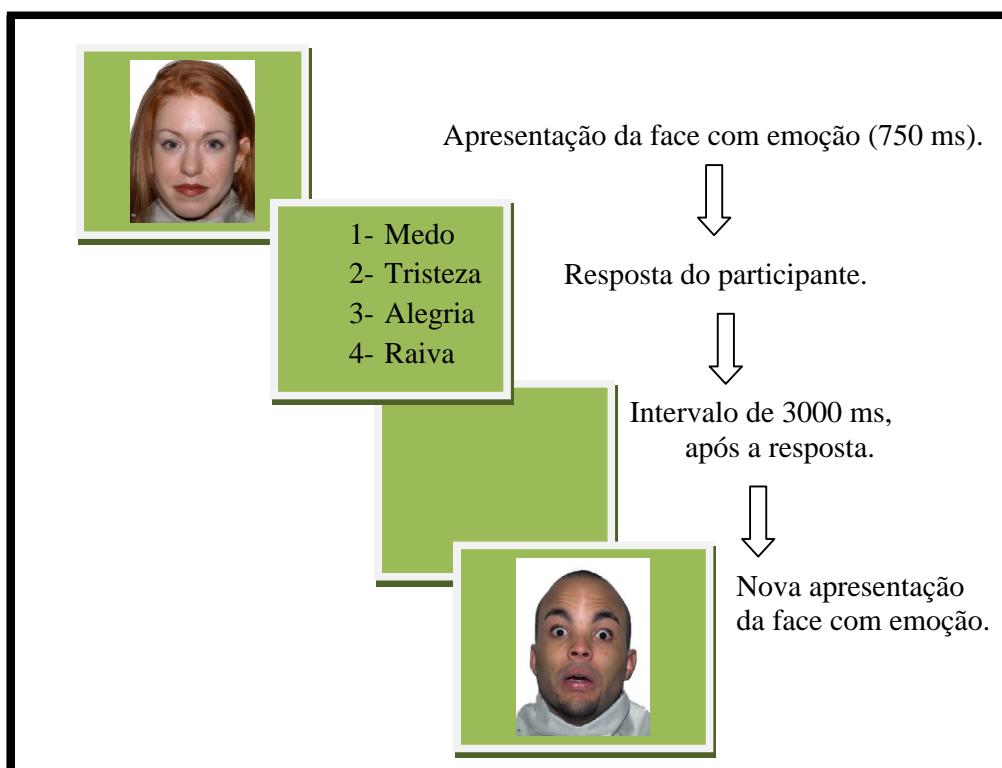


Figura 5 Modelo esquemático da apresentação das faces com emoção. A tela de opções de resposta permanece até o participante identificar a emoção que corresponde à face apresentada.

8 RESULTADOS

8.1 Análise de dados

A *Microsoft Office Excel 2007* foi utilizada na tabulação dos dados e análises estatísticas. Foram descritas as características biodemográficas da amostra, analisados os escores dos instrumentos utilizados na pesquisa e calculadas as médias de acertos (em porcentagens) do reconhecimento das expressões faciais dos três grupos de participantes.

8.2 Características biodemográficas da amostra

A Tabela 3 e 4 apresentam as características biodemográficas da amostra.

Tabela 3. Composição da amostra, conforme sexo, idade, estado civil e filhos.

		Hospital Napoleão Laureano	Maternidade Frei Damião	Grupo Controle
		% (n)	% (n)	% (n)
Sexo	Feminino	80% (32)	97,5% (39)	90% (36)
	Masculino	20% (08)	2,5% (01)	10% (04)
Idade média		34,35 (DP=7,72)	39,43 (DP=10,81)	35,2 (DP=9,55)
Estado Civil	Solteiro	47,5% (19)	37,5% (15)	37,5% (15)
	Casado	47,5% (19)	52,5% (21)	47,5% (19)
	Separado	2,5% (01)	5% (02)	7,5% (03)
	Viúvo	2,5% (01)	5% (02)	7,5% (03)
Filhos	Sem filhos	42,5% (17)	35% (14)	50% (20)
	Com filhos	57,5% (23)	65% (26)	50% (20)

Tabela 4. Composição da amostra, conforme a prática de atividade física, escolaridade, profissão, média de horas trabalhada, tempo na profissão e realização profissional.

	Hospital Napoleão Laureano % (n)	Maternidade Frei Damião % (n)	Grupo Controle % (n)	
Pratica atividade física	Sim	30% (12)	27,5% (11)	32,5% (13)
	Não	70% (28)	72,5% (29)	67,5% (27)
Escolaridade	Nível médio	67,5% (27)	57,5% (23)	62,5% (25)
	Nível superior	32,5% (13)	42,5% (17)	37,5% (15)
Profissão	Auxiliar de Enfermagem	75% (30)	65% (26)	-
	Técnico de Enfermagem	25% (10)	35% (14)	-
	Cabeleireira	-	-	12,5% (05)
	Comerciante	-	-	12,5% (05)
	Doméstica	-	-	12,5% (05)
	Fisioterapeuta	-	-	12,5% (05)
	Frentista	-	-	12,5% (05)
	Professora	-	-	12,5% (05)
	Secretária	-	-	12,5% (05)
Servidor Público	-	-	512,5% (05)	
Média de horas trabalhadas por semana		51,65(20,18)	36,75(9,67)	42,8(11,69)
Média de tempo na profissão		10,1(6,89)	10,34(9,02)	10,22(8,62)
Realização profissional	Sim	97,5% (39)	95% (38)	75% (30)
	Não	2,5% (01)	5% (02)	25% (10)

Tabela 5. Faixa etária dos profissionais de Enfermagem.

Hospital Napoleão Laureano			
Faixa etária	Nº de indivíduos	Nível médio	Nível universitário
	% (n)	% (n)	% (n)
21-31	22,5% (18)	17,5% (14)	6,25% (05)
32-41	17,5% (14)	10% (08)	6,25% (05)
42-51	10% (08)	6,25% (05)	3,75% (03)
52-60	00	00	00
Maternidade Frei Damião			
21-31	15% (12)	8,75% (07)	6,25% (05)
32-41	12,5% (10)	6,25% (05)	6,25% (05)
42-51	17,5% (14)	10% (08)	7,5% (06)
52-60	5% (04)	3,75% (03)	1,25% (01)
Total	100% (80)	62,5% (50)	37,5% (30)

Tabela 6. Faixa etária do grupo controle.

Grupo controle			
Faixa etária	Nº de indivíduos % (n)	Nível médio % (n)	Nível universitário % (n)
21-31	37,5% (15)	27,5% (11)	10% (4)
32-41	30% (12)	17,5% (7)	12,5% (5)
42-51	27,5% (11)	15% (6)	12,5% (5)
52-60	5% (02)	0	2,5% (1)
Total	100% (40)	62,5% (25)	37,5% (15)

8.3 Estatística descritiva dos instrumentos de ansiedade, depressão e distúrbios psíquicos menores de profissionais de Enfermagem e grupo controle.

Os escores médios e desvio padrão obtidos pelos três grupos de participantes nos instrumentos utilizados nesta pesquisa são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7: Média e desvio padrão dos três grupos dos instrumentos BAI, BDI, IDATE-E, IDATE-T e SRQ-20.

Instrumentos	Hospital Napoleão Laureano		Maternidade Frei Damião		Grupo Controle	
	m	dp	m	dp	m	dp
BAI	10,35	7,97	8,40	8,07	7,45	6,75
BDI	10,10	7,45	7,32	4,52	6,30	4,64
IDATE-E	41,12	7,93	40,32	9,23	38,48	8,81
IDATE-T	41,82	8,94	39,95	8,74	38,42	7,22
SRQ-20	6,02	4,62	4,28	3,31	4,68	3,02

Os escores dos instrumentos (BAI, BDI, SRQ-20) foram analisados individualmente e apresentaram os resultados evidenciados na Tabela 8. Os resultados indicam que o grupo de profissionais de Enfermagem do Hospital Napoleão Laureano pontuou com escores maiores quando comparados aos demais grupos. Os escores resultantes da aplicação do BAI identificaram que neste grupo 45% (n=18) não apresentaram sintomas de ansiedade e os demais 55% (n= 22) apresentaram sintomas de ansiedade que variaram de leve a grave. No grupo dos profissionais da Maternidade Frei Damião 57,5% (n=23) não apresentaram sintomas de ansiedade e 42,5% (n=17) apresentaram. Com relação ao grupo controle 67,5% (n= 27) não apresentaram sintomas de ansiedade e 32,5% (n=13) apresentaram.

A análise dos sintomas da depressão verificados através do BDI encontrou os seguintes resultados: o grupo de profissionais do Hospital Napoleão Laureano apresentou 52,5% (n=21) com sintomas de depressão mínima, 32% (n=13) com

sintomas de depressão leve, 12,5% (n=5) com sintomas de depressão moderada e 2,5% (n=1) com sintomas de depressão severa. Na maternidade Frei Damião 70% (n=28) apresentou sintomas de depressão mínima, 27,5% (n=11) com sintomas de depressão leve, 2,5% (n=1) com sintomas de depressão moderada, neste grupo não foi detectado sintomas de depressão grave. No grupo controle 80% (n= 32) apresentaram sintomas de depressão mínima, 17,5% (n= 7) com sintomas de depressão leve e 2,5% (n=1) com sintomas de depressão moderada, não foi detectado sintomas de depressão grave.

Os distúrbios psíquicos menores avaliados através do SRQ-20 apresentou dentre os grupos de profissionais de Enfermagem uma prevalência de 23,75% (n=19) enquanto que no grupo controle apenas 10% (n=4) apresentaram sintomas.

Tabela 8. Escores do BAI, BDI, SRQ-20.

Instrumentos	Hospital Napoleão Laureano		Maternidade Frei Damião		Grupo Controle		
	Pontuação média	% (n)	Pontuação média	% (n)	Pontuação média	% (n)	
BAI	Ansiedade mínima (0-7)	4,25	45% (18)	2,58	57,5% (23)	3,88	67,5% (27)
	Ansiedade leve (8-15)	12,20	37,5% (15)	11,50	25% (10)	11,11	22,5% (9)
	Ansiedade moderada (16-25)	17,25	10% (4)	20,60	12,5% (5)	20,00	7,5% (3)
	Ansiedade grave (26-63)	33,50	7,5% (3)	28,00	5% (2)	33,00	2,5% (1)
BDI	Depressão mínima (0-9)	5,04	52,5% (21)	4,82	70% (28)	4,65	80% (32)
	Depressão leve (10-16)	12,61	32,5% (13)	12,81	27,5% (11)	11,14	17,5% (7)
	Depressão moderada (17-29)	19,00	12,5% (5)	17,00	2,5% (1)	25,00	2,5% (1)
	Depressão severa (30-63)	39,00	2,5% (1)	0	0% (0)	0	0% (0)
SRQ-20	Sem DPM	3,26	65% (26)	3,45	87,5% (35)	4,03	90% (36)
	DPM	11,14	35% (14)	10,00	12,5% (5)	10,05	10% (4)

A análise dos escores médios do IDATE-E e IDATE-T (Tabela 9) nos três grupos estudados indicou que o grupo de profissionais de Enfermagem do Hospital Napoleão Laureano apresentou as maiores médias dos escores, seguido pelo grupo da Maternidade Frei Damião e por último com menores escores está o grupo controle. O que sugere que há uma tendência para sintomas de ansiedade na atividade profissional de Enfermagem quando comparados às demais profissões, embora esta observação não tenha sido confirmada estatisticamente.

Tabela 9 Escores do IDATE-E, IDATE-T.

Instrumentos	Hospital Napoleão Laureano	Maternidade Frei Damião	Grupo Controle
	Pontuação média (dp)	Pontuação média (dp)	Pontuação média (dp)
IDATE-E	40,76 (7,94)	40,32 (9,23)	38,47 (8,81)
IDATE-T	41,85 (8,94)	39,95 (8,74)	38,47 (8,81)

8.3.1 Análise estatística inferencial dos instrumentos de ansiedade, depressão e distúrbios psíquicos menores de profissionais de Enfermagem e grupo controle.

A análise estatística dos dados foi realizada através do pacote estatístico *SPSSWIN (Statistical Package for the Social Sciences)* em sua versão 16.0.

Foi realizada uma análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas em que os escores dos participantes nos instrumentos (BAI, BDI, IDATE T, IDATE E, SRQ-20) foram utilizados como variáveis dependentes e o grupo de participantes (profissionais de Enfermagem do Hospital Napoleão Laureano, profissionais de Enfermagem da Maternidade Frei Damião e grupo controle) foi utilizado como variável independente. O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na pontuação obtidas no BDI [$F(2,117) = 4,75$; $p = 0,01$]. O teste *post hoc* de Bonferroni indicou que os profissionais do Hospital Napoleão Laureano tiveram maiores índices de depressão em comparação ao grupo controle ($p = 0,01$). O *post hoc* não mostrou diferenças entre a Maternidade Frei Damião e o Hospital Napoleão Laureano ($p = 0,08$).

Para os demais escores, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de participantes nas escalas: BAI [$F(2,117) = 1,50$; $p = 0,22$], IDATE-

E [F (2,117) = 0,98; p = 0,37], IDATE-T [F (2,117) = 1,66; p = 0,19] e SRQ-20 [F (2,117) = 2,43; p = 0,09].

8.4 Análise das médias de acerto do reconhecimento das expressões faciais com emoção.

Os resultados da tarefa de reconhecimento das expressões faciais foram submetidos a uma análise de variância (ANOVA) para medidas repetidas: três grupos de participantes (profissionais de Enfermagem do Hospital Napoleão Laureano, profissionais de Enfermagem da Maternidade Frei Damião e grupo controle) x 4 expressões faciais (alegria, tristeza, medo e raiva) x 4 intensidades (25%, 50%, 75%, 100%). Estabelecido um nível de significância de $p < 0,05$.

Foi encontrado uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de participantes [F(2,117) = 3,13; p=0,047]. Um teste *post hoc* para comparações múltiplas Bonferroni indicou haver diferenças significativas entre os grupos de enfermeiros do Hospital Napoleão Laureano e o grupo controle ($p < 0,05$). Não foram encontradas diferenças entre os grupos da Maternidade Frei Damião e Hospital Napoleão Laureano ($p = 1,000$) e Maternidade Frei Damião e grupo controle ($p = 0,237$).

Foi encontrado um efeito de interação entre os fatores “grupo de participantes” e “expressões faciais” [F (4, 259) = 2,44; p = 0,042]. Isto sugere que o grupo ao qual o participante pertence influenciou o reconhecimento das expressões faciais.

O teste *post hoc* de Tukey revelou que os profissionais de Enfermagem da Maternidade Frei Damião tiveram um melhor desempenho no reconhecimento de expressões faciais de alegria, quando comparados com o grupo de enfermeiros do Hospital Napoleão Laureano ($p < 0,05$). O grupo controle apresentou um maior número

de acertos no reconhecimento de expressões faciais de raiva em comparação com os outros grupos ($p < 0,05$). Para as emoções de medo e tristeza não houve diferenças significativas entre os grupos de participantes (Figura 6).

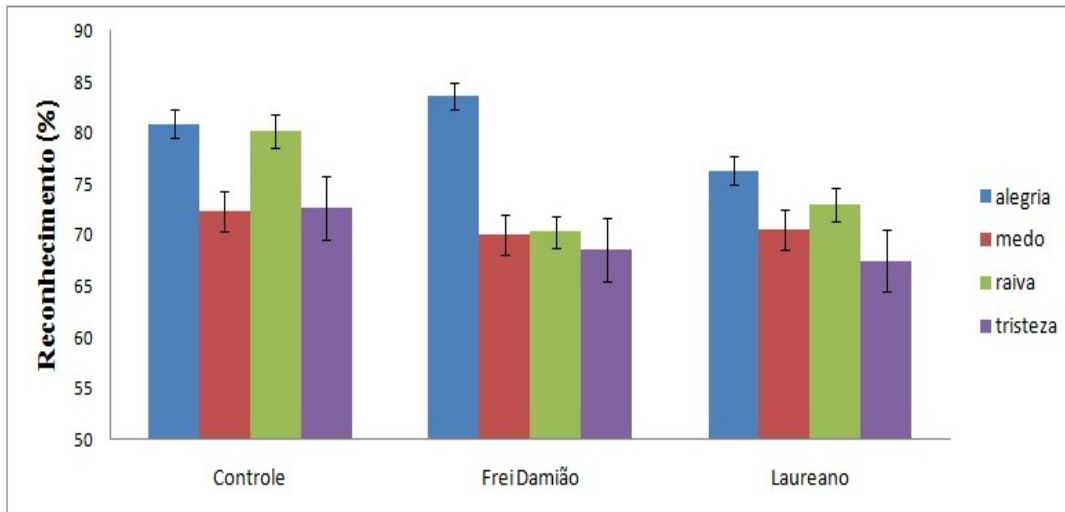


Figura 6. Média de acertos das emoções de alegria, tristeza, medo e raiva dos três grupos.

O resultado da análise de variância para medidas repetidas, com correção *Greenhouse-Geisser* indicou diferença estatisticamente significativa entre os grupos com relação ao reconhecimento das diferentes expressões faciais [$F(2, 259) = 19,81$; $p = 0,01$]. Foi realizado um *post hoc* de Bonferroni para comparação entre as emoções. Os resultados revelaram que a emoção de alegria foi reconhecida com maior precisão que as demais emoções ($p < 0,05$). A emoção de medo foi melhor reconhecida do que a emoção de raiva e tristeza. Não houve diferença entre o reconhecimento de expressões de tristeza e raiva.

A média de acerto do reconhecimento das expressões faciais de cada um dos grupos para cada emoção pode ser visualizada na Tabela 10.

Para as diferentes intensidades o resultado da análise de variância mostraram diferenças significativas entre os grupos [$F(2,297) = 977,56$; $p = 0,01$]. *Post hoc* de *Bonferroni* para comparação entre as intensidades revelou que o número de acertos foi menor na intensidade de 25% em comparação com as demais intensidades. Houve um

maior número de erros na intensidade de 50% em comparação com as intensidades 75% e 100%. E não houve diferença entre 75% e 100% sobre o julgamento dos participantes.

Tabela 10: Reconhecimento de expressões faciais de emoções nas intensidades de 25%, 50%, 75% e 100%.

Grupos: Hospital Napoleão Laureano (G1), Maternidade Frei Damião (G2) e Grupo Controle (G3)													
Média de acertos em porcentagem													
Intensidades das emoções	25%			50%			75%			100%			Média geral (%)
	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3	
Alegria	30	47	42	88	91	87	93	98	98	94	99	97	80
Medo	52	41	59	74	78	88	83	81	88	83	81	86	75
Raiva	26	25	33	71	73	76	91	87	90	94	95	90	71
Tristeza	58	63	59	70	65	72	71	73	80	71	73	80	70
Média geral	41	44	48	76	77	81	85	85	89	86	87	88	

Grupos: G1- Hospital Napoleão Laureano, G2- Maternidade Frei Damião e G3- Grupo Controle.

Para melhor visualização dos resultados de cada emoção com as diferentes intensidades foram apresentados abaixo em forma de gráfico (Figuras 7, 8, 9 e 10).

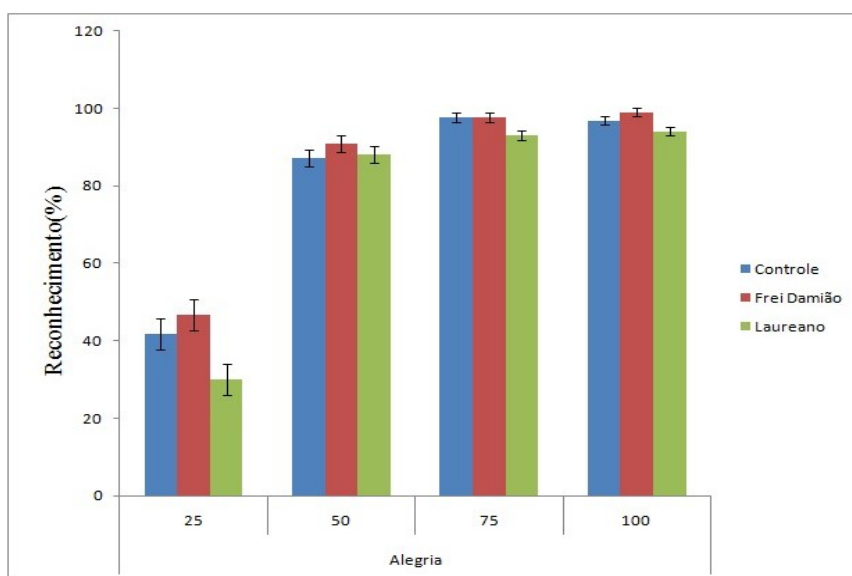


Figura 7. Emoção de alegria nas intensidades de 25%, 50%, 75% e 100%.

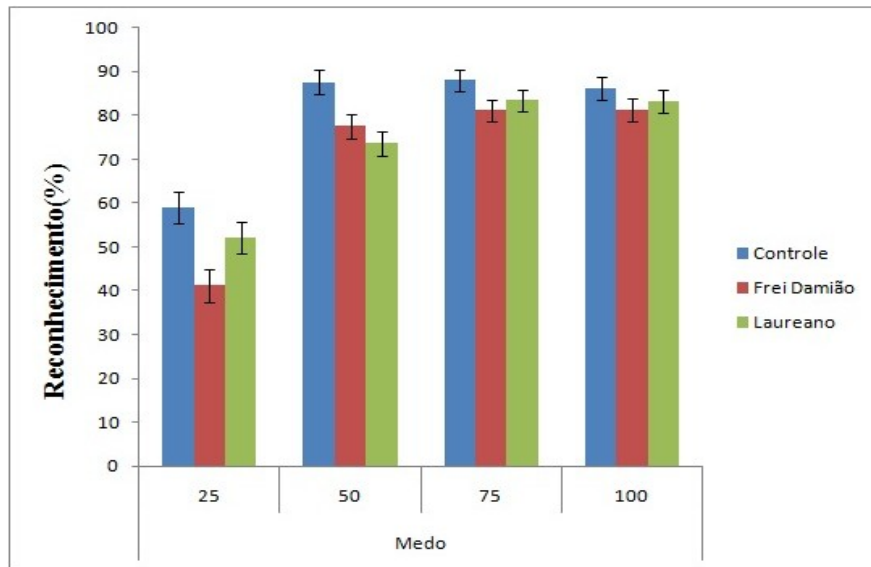


Figura 8. Emoção de medo nas intensidades de 25%,50%,75% e 100%.

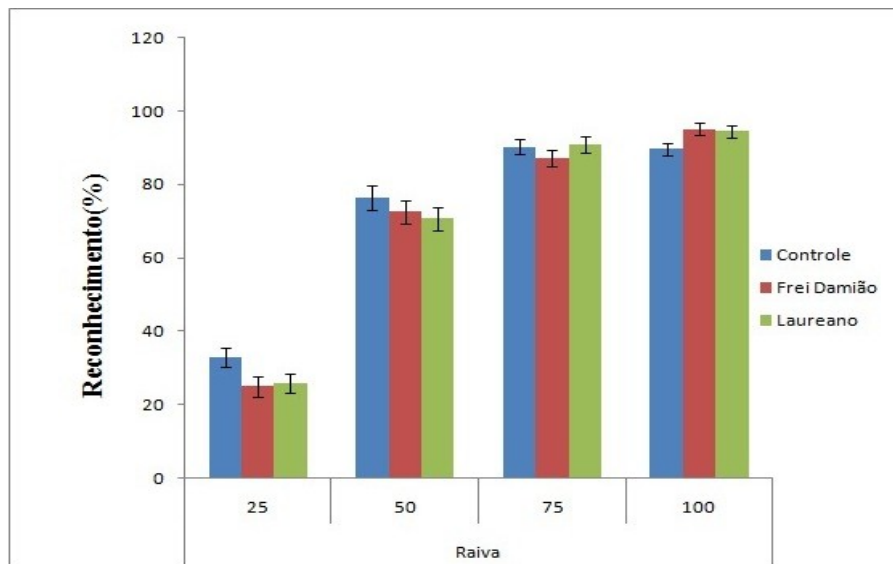


Figura 9. Emoção de raiva nas intensidades de 25%,50%,75% e 100%.

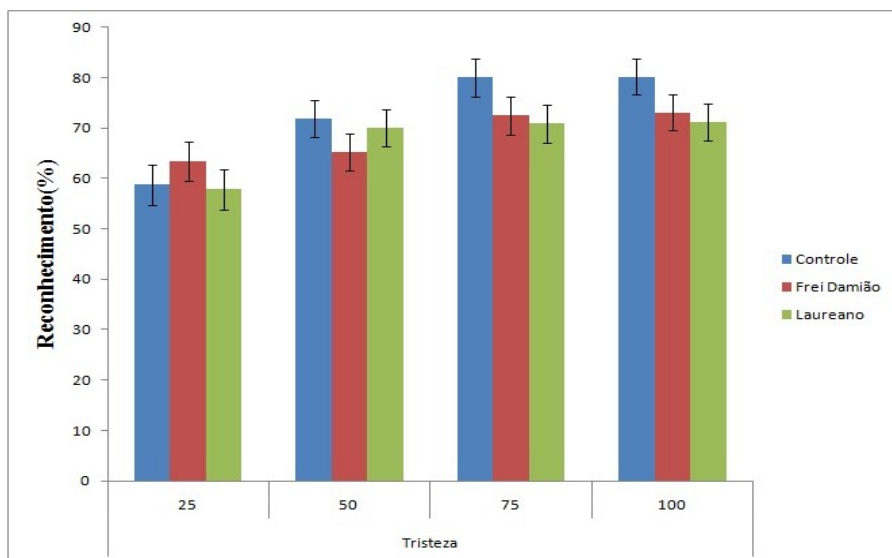


Figura 10. Emoção de tristeza nas intensidades de 25%,50%,75% e 100%.

8.5 Análise de correlação

Foram realizados testes de correlação de *Pearson* entre os índices de reconhecimento das emoções e os instrumentos usados na pesquisa.

Os resultados indicaram uma correlação positiva entre o BAI e o reconhecimento da emoção de medo nas intensidades de 50% ($r = 0,23$; $p = 0,01$), 75% ($r = 0,18$; $p = 0,04$) e 100% ($r = 0,19$; $p = 0,04$), sugerindo que quanto maiores os sintomas de ansiedade, melhor o reconhecimento de expressões faciais de medo. O BDI se correlacionou negativamente com a emoção de alegria na intensidade de 25% ($r = -0,18$; $p = 0,04$), indicando que quanto maiores os escores de depressão, menor o reconhecimento da emoção de alegria. O IDATE-E apresentou correlação negativa com a emoção de alegria nas intensidades de 25% ($r = -0,24$; $p = 0,01$) e 50% ($r = -0,26$; $p = 0,01$), o que sugere que quanto maior a ansiedade estado, menor o reconhecimento da emoção de alegria. Os resultados do SRQ-20 mostraram uma correlação negativa com a emoção de alegria 50% ($r = -0,19$; $p = 0,03$) sugerindo que quanto mais sintomas de distúrbios psíquicos menores, menor o reconhecimento da emoção de alegria. Mostrou

também uma correlação positiva com a emoção de tristeza na intensidade de 25% ($r = 0,21$; $p = 0,02$) indicando que quanto maior o número de sintomas de distúrbios psíquicos menores, maior o reconhecimento da emoção de tristeza.

9 DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado com uma amostra de 120 profissionais divididos em três grupos com o objetivo de verificar se os profissionais de Enfermagem, quando comparados ao grupo controle, apresentavam diferentes níveis de sintomas de ansiedade e depressão relacionados ao seu ambiente de trabalho. Concomitantemente, objetivou-se investigar as relações existentes entre os níveis de ansiedade e depressão e o reconhecimento de expressões faciais básicas de alegria, tristeza, medo e raiva.

Com relação aos dados biodemográficos neste estudo, a amostra foi predominante composta por participantes do sexo feminino, o que corrobora com pesquisadores como Fonseca (2006), Lopes e Leal (2005) que caracterizam a profissão de Enfermagem como eminentemente feminina, fundamentada em atribuições relacionadas ao sexo.

No que diz respeito à ansiedade e aos distúrbios psíquicos menores não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Porém com relação à depressão houve diferença estatisticamente significativa. Evidenciando uma tendência a manifestação da depressão entre os profissionais de Enfermagem do Hospital Napoleão Laureano.

Dejour (1992) e Miquelin, Carvalho, Gir e Pelá (2004) referem que tanto a ansiedade como a depressão pode ser desencadeadas por fatores internos ao ambiente de trabalho como, por exemplo, administração da instituição, organização dos setores de trabalho, conflitos entre profissionais, falta de material adequado. Como também por fatores externos ao trabalho como problemas familiares ou financeiros. Neste estudo, foi evidenciado que os profissionais do Hospital Napoleão Laureano trabalham um maior número de horas por semana ($x = 51,65$; $dp = 20,18$) quando comparados a Maternidade

Frei Damião ($x = 36,75$; $dp = 9,67$) e ao grupo controle ($x = 42,08$; $dp = 11,69$), fato que pode interagir com outras características do trabalho e pessoais e favorecer o desgaste físico e emocional destes profissionais por desrespeito ao seu ritmo biológico, como as horas necessárias ao descanso.

Associado a isto, está o fato que parece ser determinante para uma maior tendência a depressão nestes profissionais, o trabalho quase diário em unidades de oncologia. De acordo com Bastos (2008), a complexidade do tratamento oncológico, envolve não só o paciente, como sua família e toda a equipe de saúde e é fator de geração de estresse dado à maior probabilidade de ocorrência de eventos como óbitos, a necessidade de transmitir informações sobre óbitos aos familiares, internações e pacientes em situação de emergência.

Esses resultados apontam para a importância de estratégias preventivas e terapêuticas de enfrentamento a situações de conflito do profissional de Enfermagem em unidades denominadas críticas, ou seja, com maior risco de morte. Como ideal, o preparo emocional destes profissionais deveria incluir estratégias multidisciplinares com o administrador do serviço, psicólogos, fisioterapeutas ou educadores físicos objetivando minimizar os estados de ansiedade e depressão.

Poderiam ser implementadas estratégias de intervenção preventiva, como a promoção de atividade física como estratégia de enfrentamento. Estudos indicam que o praticante regular de exercício físico em geral consegue manter um equilíbrio psicossocial em razão do efeito tranquilizante e analgésico propiciado pela liberação da beta endorfina e dopamina no organismo (Marin-Neto, Maciel, Golfetti e Martins, 1995).

De acordo com Costa, Soares e Teixeira (2007), a condição física está relacionada à saúde mental e ao bem estar e o exercício físico se constitui como uma

importante abordagem não farmacológica que pode contribuir para o desenvolvimento da auto-estima e da confiança do indivíduo. Vale salientar também que o exercício físico retarda o declínio das funções orgânicas no processo de envelhecimento normal, propiciando um envelhecer com uma melhor qualidade de vida.

No presente caso, a instituição poderia estimular a prática das atividades físicas dos funcionários no próprio local de trabalho ou através de convênios com academias especializadas, contribuindo para reduzir os sintomas de ansiedade e depressão nestes profissionais.

Como estratégias de intervenção terapêutica poderiam ser implementados serviços de atendimento e escuta psicológica para os profissionais de Enfermagem, assim como a realização de grupos de vivência relacionados às questões do trabalho e dificuldades encontradas no dia-a-dia.

Com relação ao reconhecimento das expressões faciais, o grupo de participantes do Hospital Napoleão Laureano apresentou um menor desempenho no reconhecimento de expressões de alegria e mais sintomas de depressão, quando comparado aos demais grupos. Os resultados parecem confirmar a hipótese da pesquisa, sugerindo que profissionais de Enfermagem que atuam em unidades críticas apresentam uma tendência à manifestação de sintomas de depressão, que podem levar a uma dificuldade no reconhecimento das expressões faciais. Este resultados estão de acordo com os achados de Bouhuys, Geerts e Mersch (1997) e Suslow et al. (2004) que relatam que sintomas de ansiedade e depressão podem comprometer o reconhecimento das emoções em expressões faciais. De forma semelhante, o presente estudo confirma o padrão de resultados relatado por Asthana et al. (1997) que verificou que pacientes com depressão clínica apresentam um déficit na percepção emocional quando comparados com pacientes da clínica geral e indivíduos do grupo controle.

De um modo geral, as análises de correlação indicaram que maiores escores de ansiedade e depressão estiveram associados a um maior reconhecimento de emoções negativas (medo e tristeza). Por outro lado, menos sintomas de ansiedade e de distúrbios psíquicos menores foram associados a um maior reconhecimento de expressões positivas (alegria).

Deve-se destacar no estudo o efeito de interação entre os grupos de participantes e as expressões faciais. Os resultados revelaram que o grupo da Maternidade Frei Damião reconheceu com maior precisão a emoção de alegria quando comparado com os demais grupos. Considera-se a possibilidade de que o melhor desempenho do grupo de profissionais de Enfermagem da Maternidade Frei Damião no reconhecimento da emoção de alegria tenha sido influenciado pela especialidade da instituição, que tem como característica de trabalho predominante lidar com o nascimento e a expectativa de novas vidas. Em contrapartida, o trabalho na especialidade de oncologia do Hospital Napoleão Laureano pode estar relacionado com o surgimento de sintomas da depressão.

Segundo Bastos, Mohallem e Farah (2008), a responsabilidade e a alta complexidade do tratamento de pacientes oncológicos, associados ao envolvimento com os pacientes e seus familiares, e a incerteza com relação aos resultados dos tratamentos são fatores geradores de estresse nestes profissionais. No entanto, nesta pesquisa, não se pode avaliar se as alterações no reconhecimento de expressões faciais afetariam os cuidados com os pacientes.

Uma das limitações do estudo foi à utilização somente de expressões faciais estáticas (fotografias). Segundo Ambadar, Schooler e Cohn (2005), o movimento facial fornece mais informações que a face estática, especialmente nas expressões de baixa intensidade. No presente estudo, foi observado uma maior dificuldade especialmente na interpretação de emoções com intensidades de 25%. Deste modo, seria importante

avaliar também o reconhecimento de emoções através de expressões faciais dinâmicas, já que estas são mais frequentes nas interações sociais no dia-a-dia.

No presente trabalho, podemos concluir que a especialidade de trabalho da instituição está relacionada com a presença de sintomas de depressão, que podem afetar o reconhecimento das expressões faciais nos profissionais de Enfermagem. Diante dos resultados obtidos, este estudo poderá servir de base para futuras pesquisas no campo da percepção social e na investigação dos aspectos não verbais da comunicação interpessoal.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M. C. P., & Rocha, S. M. M. (1977). Considerações sobre a Enfermagem enquanto trabalho. In *O trabalho de Enfermagem*. São Paulo, Cortez, 15-26.
- Ambadar, Z., Schooler, J., & Cohn, J. F. (2005) Deciphering the enigmatic face: The importance of facial dynamics to interpreting subtle facial expressions. *Psychological Science*, 16, 403-410.
- American Psychiatric Association. (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM – IV – TR. Artmed.
- Anjos, M., Ferreira, M. B., Geiger, A., Ferreira T. E., Medeiros E. P., Marques J. C., Silva, R. C. M., Lacerda, & R. C., Pinheiro W. G. (2000). Mini Aurélio Século XXI. Rio de Janeiro. Ed. Nova Fronteira.
- Araújo, T. M., Aquino, E., Menezes, G., Santos, C. O., & Aguiar, L. (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de Enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 1-9.
- Asthana, H. S., Mandal, M. K., Khurana, H., & Haque-Nizamie, S. (1997). Visuospatial and effect recognition deficit in depression. *Journal of Affective*, 57-62.
- Atkinson, L. D., & Murray, M. E. (1989). Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bastos, J. C. F., Mohallem, A. G. C. & Farah, O. G. D. (2008). Ansiedade e depressão em alunos de Enfermagem durante o estágio de Oncologia. *Revista Einstein*. 6 (1) 7-12.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993). Beck Depression Inventory. Manual San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993). Beck Anxiety Inventory. Manual San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1998). *Social Phobia & Anxiety Inventory for children: Manual MHS*. 40 pp.
- Bouhuys, A. L., Geerts, E., Mersch, P. P. (1997). Relationship between perception of facial emotios and anxiety in clinical depression: Does anxiety-related perception predict persistence of depression? *Journal of Affective Disorders* 43, 213-223.
- Bruce, V., Young, A. (1998). *In the eye of the beholder: the science of face perception*. New York: Oxford University Press.
- Bueno, F. M. G. (2002). *A construção da autonomia profissional: o trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar*. Dissertação de Mestrado da Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências médicas. Campinas. São Paulo.
- Camino, L. (1996). *O conhecimento do outro e a construção da realidade social: uma análise da percepção e da cognição social*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- Canguilhem, G. (1990). *O conhecimento sobre a relação trabalho-saúde*. In Brito, J. C. (1999). *Saúde, trabalho e modos sexuados de viver*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro.
- Carboni, R. M., Nogueira, V. O. (2006). Reflexões sobre as atribuições do enfermeiro segundo a lei do exercício profissional. *Revista Paulista de Enfermagem* 25, (2), 117-122.
- Castillo, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). *Transtornos de ansiedade*. *Revista Brasileira Psiquiátrica* 22, (2), 20-3.
- Costa, A. R., Soares R. L. H., & Teixeira, C. A. J. (2007). Benefícios da atividade física e o exercício físico na depressão. vol 19- n-1, pp.269-276.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das ESCALAS BECK*. Casa do psicólogo: São Paulo.

- Damas, K. C. A., Munari, D. B., & Siqueira, K. M. (2004). Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 06 (02). Recuperado em 26 de setembro de 2010 de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- Darwin, C. R. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London: John Murray 1st edition. Transcribed for John van Wyhe (2002). Copy scanned provided by Richards Darwin Keynes.
- Dejours, C. (1991). O conhecimento sobre a relação trabalho-saúde. In Brito, J. C. (1999). *Saúde, trabalho e modos sexuais de viver*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro.
- Dejours, C. A. (1992). *Loucura do Trabalho – estudo de psicopatologia do trabalho – tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira*. Editora Cortez, 5a. edição ampliada. São Paulo.
- Dejours, C. & Molinier, P. (2004). O trabalho como enigma. In Lacman, S. & Sznalwar, L.I. (Orgs). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 127-139.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21,6-11.
- D'El Rey, G. J. F. (2001). Fobia social: mais do que uma simples timidez. *Arquivos de ciências da Saúde da Unipar*, 5, 273-276.
- Dobro, E. R. L., Sousa, J. M., & Fonseca, S. M. de. (1998). A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e a sua influência na comunicação interpessoal. *Revista. Escola de Enfermagem USP*. São Paulo, 32, (3) 255-261.

- Duchenne de Boulogne, C. B. (1862). *The Mechanism of Human Facial Expression*. Paris: Jules Renard. (Edited and translated by R. Andrew Cuthbertson, Cambridge: Cambridge Univ Press, 1990).
- Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. N.Y.: Erlbaum.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1978). *Facial action coding system: investigator's guide*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press.
- Ekman, P. (1999). Facial Expressions. In: Dalglish, T., Power, M. *Handbook of cognition and emotion*, 301-320. NewYork : John Wiley & Sons.
- Ekman, P., Friesen, W. V., & Hager, J. C. (2002). *Facial action coding system the manual*. Salt Lake City: A Humam Face recuperado em 03 de fevereiro de 2009 de <http://face.and.emotion.com/dataface/facs/manual/TitlePage.html> .
- Elias, M. A., & Navarro, V. L. (2006). A relação entre trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de Enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 14 (4), 517-525.
- Falcone, E. O., & Figueira, I. (2001). Fobia Social. In Range B. (Org). *Psicoterapia Comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas: Editorial Psychiatric, 1995.
- Faustino, J., Cláudio, A. P., & Carmo, M. B. (2006). *Faces – Biblioteca de expressões faciais*. Departamento de Informática, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa Campo Grande, 1749-016.
- Ferreira, S. R. V. (2004). *Saúde mental e trabalho: estudo com profissionais de Enfermagem em um centro de tratamento intensivo*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba/CCHLA. João Pessoa - PB.

- Fioravanti, A. C. M. (2006). Propriedades Psicométricas do Inventário de Ansiedade Traço- Estado (IDATE). Dissertação de Mestrado da Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC). Rio de Janeiro – RJ.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos L., et al. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). *Revista saúde pública*, São Paulo, 34(2), pp 178-183.
- Fleck, M. P. A., Lima, A. F. B. S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R., et al. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista Saúde Pública* 36, (4) 431-38.
- Fonseca, T. M. G. (1996). De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e sexo. In Lopes, M. J. M., Meyer, D. E., & Waldow, V. R. *Sexo e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 55-62.
- Franco, G. P., Barros, A. L. B. L., & Nogueira-Martins, L. A. (2005). Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 139-144.
- Freitas-Magalhaes, A. (2007). A psicologia das emoções: o fascínio do rosto humano. Porto: FEELab. Universidade Federal Portugal (UFP).
- Furegato, A. R. F., Silva, E. C., Campos, M. C., & Cassiano, R. P. T. (2006). Depressão e auto-estima entre acadêmicos de Enfermagem. *Revista de Psiquiatria*, 33, (5) 239- 244.
- Furegato, A. R. F., Santos, J. L. F. & Silva, E. C. (2008). Depressão entre estudantes de Enfermagem relacionada à auto-estima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, (2) 198-204.

- Garner, M., Mogg, K., & Bradley, B. P. (2006). Orienting and maintenance of gaze to facial expressions in social anxiety. *Journal of abnormal Psychology*, 115, 760-70.
- Geovanini, T., Moreira, A., Dornelles, S. & Machado W. C. A. (1995) História da Enfermagem. Rio de Janeiro. Revinter.
- Haddad, M. C. L. (2000). Qualidade de vida dos profissionais de Enfermagem. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/NESCO. Londrina- PR. Recuperado em 27 de junho de 2008 http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.html_ftn1
- Hale, W. W., Jansen, J. H. C., Bouhuys, A. L., van den Hoofdakker, R. H. (1998). The judgment of facial expressions by depressed patients, their partners and controls. *Journal of Affective Disorders*, 47, 63-70.
- Harding, T. W., Arango, M. V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H. A. Ladrado-Inacio, L. et al. (1980). Mental disorders in primary health care a study of the frequencies and diagnosis in four developing countries. *Psychology Medicine* 10 231-241.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley. In Camino, L. (1996). O conhecimento do outro e a construção da realidade social: uma análise da percepção e da cognição social. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- Hirata, H. (2002). Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. São Paulo: Bomtempo.

- Hoffman, C., Lau, I., Johnson, D. R. (1986). The Linguistic Relativity of Person Cognition: An English-Chinese Comparison. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51,(6),1097-1105 In Camino, L. (1996). O conhecimento do outro e a construção da realidade social: uma análise da percepção e da cognição social. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- Horta, W. A. (1979). *Processo de Enfermagem*. Editora da Universidade de São Paulo: São Paulo.
- Kaplan, B. J. S., Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. São Paulo: Artmed.
- Kelley, H. H. (1967). Attribution theory in social psychology. In D. Levin (Org.), *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol.15). Lincoln: University of Nebraska Press. In: Camino, L. (1996). O conhecimento do outro e a construção da realidade social: uma análise da percepção e da cognição social. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- Kerrgoat, D. (1996). Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In Lopes, M., Meyer, D. & Waldow, V. (Orgs.). *Sexo e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 21-27.
- Lembke, A., & Ketter, T. A. (2002). Impaired recognition of facial emotion in mania. *American Journal Psychiatry*. 159, (2) 302-4.
- Lemos, J. C., Cruz R. M., & Botomé, S. P. (2002). Sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de Enfermagem. *Estudos de psicologia* (Natal).
- Leppänen, J. M., Milders, M., Bell, J. S., Terriers, E., & Hietanen, J. K. (2004). Expression biases the recognition of emotionally neutral faces. *Psychiatric Research*, 128, 123-133.

- Lopes, M. J. M., & Leal, S. M. C. (2005). A feminização persistente na qualificação profissional da Enfermagem brasileira. *Cadernos* 24, janeiro-junho, p. 105-125. Recuperado em 27 de abril de 2009 de [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br).
- Lucena, A. P. P. (2009). A atividade de trabalho e a saúde das enfermeiras na estratégia saúde da família – ESF. Dissertação de Mestrado Universidade Federal da Paraíba/CCHLA. João Pessoa – PB.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F. & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista Psiquiátrica*. Rio Grande do Sul 25, (1) 65-74.
- Mari, J. J., & Willians, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *The British Journal of Psychiatry* 148, 23-26.
- Marin-Neto, J. A., Maciel, B. C., Golfetti, R., & Martins, L. E. B. (1995) Atividades físicas: "remédio" cientificamente comprovado? A terceira idade. 10 (6) 34-43.
- Mendes, M. E. R. (2008). Efeito do Sorriso na atribuição de competências aos profissionais de saúde. Dissertação de mestrado Universidade Fernando Pessoa. Portugal (Porto).
- Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Merhy, E. E., Onoko, R. Agir em saúde: um desafio para o público. Hucitec: São Paulo.
- Meyer, D. E., Waldow, V. R. & Lopes, M. J. M. (1998). Marcas da diversidade: saberes e fazeres da Enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mikhailova, E. S., Vladimirova, T. V. , Iznak, A. F., Tsusulkovskava, E. J., & Sushko, N. V. (1996). Abnormal recognition of facial expression of emotion in depressed patients with major depression disorder and achizotypal personality disorder. *Biological Psychiatry*, 40, 697-705.

- Miquelim, J. D. L., Carvalho, C. B. O., Gir, E., & Pelá, N. T. R. (2004). Estresse nos profissionais de Enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV – AIDS . DST – *Jornal Brasileiro Doenças Sexuais Transmissíveis* 16, (3) pp 24-31.
- Miranda, C. M. L., Garcia, T. R. & Sobral, V. R. S. (1996). Um estudo sobre a construção da identidade profissional da enfermeira. *Revista de Enfermagem*, (4), 117-124.
- Miranda, C L. (1996). O risco e o bordado: um estudo sobre formação de identidade profissional. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.
- Montagne, B., Roy Kessels, P. C., Edward, H. F., & David, I. P. (2007). The Emotion Recognition Task : a paradigm to measure the perception of facial emotional expressions at different intensities. *Journal Perceptual and Motor Skills* 104, (2)589-98.
- Murofuse, N. T. (2004). O adoecimento dos trabalhadores de Enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. Ribeirão Preto.
- Murofuse, N. T., Abranches, S. S., Napoleão, A. M. A. (2005). Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , Ribeirão Preto, 13, (2).
- Oler, F. G., Jesus, A. F., Barboza, D. B., Domingos, N. A. M. (2005). Qualidade de vida da equipe de Enfermagem do centro cirúrgico. *Revista Arquivo Ciência Saúde* 12, (2) 102-10.
- Oliver, J. M., & Simmons, M. E. (1984). Depression as measured by DSM-III and the Beck.

- Organização Mundial da Saúde. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pitta A. *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec; 1990.
- Pontes, C. B. (1993) Depressão: o que você precisa saber. Fortaleza: Multigraf.
- Queiroz, M. S. (1986). O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 20, 309-317.
- Rangé, B. P. (org.) (2001) Terapia Racional – Emotiva - Comportamental. In: Bernard P. Rangé: Psicoterapias Cognitivas e Comportamentais: um Diálogo com a Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed.
- Remen, R. N.(1993). O paciente como ser humano. São Paulo: Summus.
- Ridout, N., Astell, A. J., Reid, I. C. Glen, T., & O'Carrol, R. E. (2003). Memory Bias for emotion facial expression in major depression. *Cognition and emotion*, 17 (1) 101-122.
- Santana, J. P. (1996). Recursos Humanos: desafios para os gestores do SUS. *Saúde para Debate*, 14, 33-36.
- Shimizu, E. (1996). Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado por enfermeiras que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital-Escola de Enfermagem. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da USP. São Paulo-SP.
- Silva, M. C. F., Furegato, A. R. F.& Costa Jr, M. L. (2003). Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. Ribeirão Preto (SP): *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 11, (1) 7-13.

- Silva, A. L. (1995). O saber nightingaleano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In Waldow, V. R., Lopes, M. J. M., & Meyer, D. E. Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a Enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas. pp 41- 60.
- Silva, L. M. G., Brasil, V. V. Guimarães, H. C. Q. C. P., Savonitti, B. H. R. A., & Silva, M. J. P. (1998). Percepções e comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. Universidade de São Paulo: São Paulo.
- Silva, M. J. P. (1996). Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Editora Gente.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinckle, J. L. & Cheever, K. H. (2006). Brunner &
- Spanemberg, L., & Juruena, M. F. (2004). Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista Psiquiátrica Rio Grande do Sul* 26, (3) 300-11.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (2003). Manual IDATE INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO. Rio de Janeiro: CEPA – Centro Editor de Psicologia Aplicada.
- Stacciarini, J. M. R., & Tróccoli, B. T. (2001). O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9,17- 25.
- Stefanelli, M. C. (1993). Comunicação com paciente teoria e ensino. São Paulo: Robe Editorial.
- Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A., vol 1, pp.105-106.
- Surcinelli, P., Codispoti, M., Montebrocchi, O., Rossi, N., & Baldaro, B. (2006). Facial emotion recognition in trait anxiety. *Journal Anxiety Disorder*, 20 110-117.

- Suslow, T., Dannlowski, U., Lalee-Mentzel, J., Donges, U.S., Arolt, V., & Kersting, A. (2004). Spatial processing of facial emotion in patients with unipolar depression: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, (83) 59-63.
- THE WHOQOL GROUP (1994). Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality Life Res.*, 2, 153-159.
- Torres, A. R.; & Smaira, S. I. (2001). Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira Psiquiatria* 23, (supl II) 6-9.
- Tottenham, N., Tanaka, J., & Leon, A. C.(2009). The NimStim set of facial expressions: judgments from untrained research participants. *Psychiatry Research*, 168, 242-249.
- Valla, J. P., Bergeron, L. (1993). L'épidémiologie de la santé mentale des enfants et des adolescents. Paris: PUF: Collection Nodules.
- Waldow, V. R. (1998). Examinando o conhecimento na Enfermagem. In: MEYER et al. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da Enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba -
João Pessoa – PB.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada dia 26/01/10, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E SUA RELAÇÃO COM O RECONHECIMENTO DAS EXPRESSÕES FACIAIS.** Protocolo CEP/HULW nº. 441/09 da pesquisadora RIZA MARIA MORSCH VON MONTFORT.

Após a final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW uma cópia em CD.

João Pessoa, 29 de Janeiro de 2010.


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP
Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar - Campus I - Cidade Universitária Barro
Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 - Fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **Ansiedade e depressão em profissionais de Enfermagem e sua relação com o reconhecimento das expressões faciais** e está sendo desenvolvida por Riza Maria Morsch von Montfort, aluna do Curso de Pós-graduação –Mestrado da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof Nelson Torro Alves.

Os objetivos do estudo é avaliar a relação entre os níveis de ansiedade e depressão sobre o reconhecimento de expressões faciais em profissionais de Enfermagem que atuem em unidades críticas (Oncologia) e em maternidades e no grupo controle, profissionais que atuem em diferentes áreas.

A finalidade deste trabalho é contribuir para o entendimento de padrões de alteração perceptiva para a avaliação emocional o que poderá contribuir para a elaboração de programas de intervenção que auxiliem os profissionais de Enfermagem e contribuam para o melhora do atendimento clínico.

Solicitamos a sua colaboração para participar na pesquisa, para isso você deverá responder alguns instrumentos: (1) um questionário biodemográfico (2) instrumentos para avaliação do estado emocional (3) o teste de reconhecimento das expressões faciais realizado através da apresentação de fotografias de expressões faciais de alegria, tristeza, medo, raiva e face neutra da série Nimstim (Tottenham et al., 2005).

Esta atividade não deve lhe causar nenhum desconforto e não oferece riscos previsíveis a sua integridade física e mental. No entanto, caso você se sinta incomodado de alguma maneira, poderá conversar com o pesquisador que lhe fornecerá todas as

informações e auxílios necessários. Se mesmo assim você se sentir desconfortável e não quiser continuar, poderá recusar a continuar o teste.

Os dados gerados nessa pesquisa poderão ser divulgados em congressos ou revistas científicas, mas a sua identidade será mantida no mais absoluto sigilo. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Riza Maria Morsch Von Montfort

Endereço (Setor de Trabalho): Clínica de Fisioterapia Equilíbrio
Rua João Vieira Carneiro, 931 Bairro dos Estados
Telefone: 3243-7585 / 8881-2404

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO C

Questionário Biodemográfico

Nome: _____ Data: ___/___/2010

Sexo: Feminino () Maculino ()

Data de nascimento: ___/___/_____

Estado civil: Solteira/o () Casada/o () Divorciada/o () Separada/o () Viúva/o ()

Nº de filhos: _____ Idade dos filhos: _____

Escolaridade:

2º grau () 3º grau () pós-graduação ()

Profissão: _____ Local de trabalho: _____

Tempo na profissão: _____

Se sente realizado profissionalmente? Sim () Não ()

ANEXO D

Escala de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory - Bai)

Nome: _____ Data: __/__/2010

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “X” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

NA ÚLTIMA SEMANA VOCÊ TEVE OU SENTIU...	Absolutamente não	Levemente. Não me incomodou muito	Moderadamente. Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente. Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado/a.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

ANEXO E - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: _____ Data: __/__/2010

Este questionário consiste de 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

<p>1. 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3. 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5. 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6. 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.</p> <p>9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10. 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.</p> <p>11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Atualmente, sinto-me irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p> <p>13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
--	--

<p>14. 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <ul style="list-style-type: none">1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.3 Acredito que pareço feio. <p>15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <ul style="list-style-type: none">1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho. <p>16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <ul style="list-style-type: none">1 Não durmo tão bem quanto costumava.2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo que o habitual e acho difícil voltar a dormir.3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir. <p>17. 0 Não fico mais cansado que o habitual.</p> <ul style="list-style-type: none">1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa. <p>18. 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <ul style="list-style-type: none">1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.2 Meu apetite é muito pior agora.3 Absolutamente não tenho mais apetite.	<p>19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.</p> <ul style="list-style-type: none">1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.2 Perdi mais do que 5 quilos.3 Perdi mais de 7 quilos. <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim () Não ()</p> <p>20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde que o habitual.</p> <ul style="list-style-type: none">1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa. <p>21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <ul style="list-style-type: none">1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.2 Estou muito menos interessado por sexo agora.3 Perdi completamente o interesse por sexo.
---	---

ANEXO F

IDATE -E

Nome: _____

DATA: __/__/__

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO: Absolutamente não1 Um pouco2
Bastante3 Muitíssimo4

1. Sinto-me calmo(a) _____ 1 2 3 4
2. Sinto-me seguro(a) _____ 1 2 3 4
3. Estou tenso(a) _____ 1 2 3 4
4. Estou arrependido(a) _____ 1 2 3 4
5. Sinto-me à vontade _____ 1 2 3 4
6. Sinto-me perturbado(a) _____ 1 2 3 4
7. Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios _____ 1 2 3 4
8. Sinto-me descansado(a) _____ 1 2 3 4
9. Sinto-me ansioso(a) _____ 1 2 3 4
10. Sinto-me “em casa” _____ 1 2 3 4
11. Sinto-me confiante _____ 1 2 3 4
12. Sinto-me nervoso(a) _____ 1 2 3 4
13. Estou agitado(a) _____ 1 2 3 4
14. Sinto-me uma pilha de nervos _____ 1 2 3 4
15. Estou descontraído(a) _____ 1 2 3 4
16. Sinto-me satisfeito(a) _____ 1 2 3 4
17. Estou preocupado(a) _____ 1 2 3 4
18. Sinto-me super excitado(a) e confuso(a) _____ 1 2 3 4
19. Sinto-me alegre _____ 1 2 3 4
20. Sinto-me bem _____ 1 2 3 4

ANEXO G

IDATE -T

Nome: _____ DATA: __/__/__

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO: Quase nunca.....1 Às vezes2
Frequentemente.....3 Quase sempre4

1. Sinto-me bem 1 2 3 4
2. Canso-me facilmente 1 2 3 4
3. Tenho vontade de chorar 1 2 3 4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser 1 2 3 4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente..... 1 2 3 4
6. Sinto-me descansado(a) 1 2 3 4
7. Sinto-me calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo 1 2 3 4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as
consigo resolver 1 2 3 4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância 1 2 3 4
10. Sou feliz 1 2 3 4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas 1 2 3 4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo(a) 1 2 3 4
13. Sinto-me seguro(a) 1 2 3 4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas 1 2 3 4
15. Sinto-me deprimido(a) 1 2 3 4
16. Estou satisfeito(a) 1 2 3 4
17. Às vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando
..... 1 2 3 4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.....1 2 3 4
19. Sou uma pessoa estável 1 2 3 4
20. Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento
..... 1 2 3 4

ANEXO H

SRQ-20(Self Report Questionnaire)

Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

1- Você tem dores de cabeça freqüente?

SIM NÃO

2- Tem falta de apetite?

SIM NÃO

3- Dorme mal?

SIM NÃO

4- Assusta-se com facilidade?

SIM NÃO

5- Tem tremores nas mãos?

SIM NÃO

6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?

SIM NÃO

7- Tem má digestão?

SIM NÃO

8- Tem dificuldades de pensar com clareza?

SIM NÃO

9- Tem se sentido triste ultimamente?

SIM NÃO

10- Tem chorado mais do que costume?

SIM NÃO

11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?

SIM NÃO

12- Tem dificuldades para tomar decisões?

SIM NÃO

13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?

SIM NÃO

14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?

SIM NÃO

15- Tem perdido o interesse pelas coisas?

SIM NÃO

16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?

SIM NÃO

17- Tem tido idéia de acabar com a vida?

SIM NÃO

18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?

SIM NÃO

19- Você se cansa com facilidade?

SIM NÃO

20- Têm sensações desagradáveis no estomago?

SIM NÃO

ANEXO I

Exemplo de fotografias que serão utilizadas na tarefa de reconhecimento de expressões faciais.



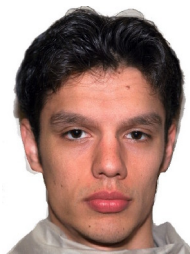
Face neutra

Alegria

Tristeza

Medo

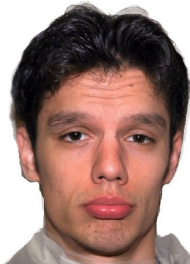
Raiva



25 %



50 %



75 %



100 %

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.