

A AUTO AVALIAÇÃO DAS REACÇÕES FISIOLÓGICAS EM SITUAÇÕES EMOCIONAIS: RESULTADOS PRELIMINARES UTILIZANDO UM NOVO INSTRUMENTO

Dr. João Moreira¹

A crescente atenção que nos últimos anos tem vindo a ser dada à importância dos factores psicológicos nos processos de preservação da saúde, tem levado a um também crescente interesse pelas concepções do senso comum acerca do funcionamento do corpo humano e das suas perturbações.

Uma área específica na qual têm surgido numerosos trabalhos, é a dos factores subjacentes à percepção dos sinais de alteração no funcionamento corporal, quer estas alterações se revelem mais ou menos transitórias, quer se mantenham durante períodos de tempo mais dilatados, constituindo-se assim em possíveis sintomas de doença física. De facto, vários estudos efectuados em anos recentes têm vindo a confirmar que a percepção, e sobretudo o relato, da presença de alterações no funcionamento corporal está dependente em larga medida dos modelos, concepções e expectativas do senso comum acerca dos sintomas e do seu significado (Cacioppo et al, 1989). Tal não implica, naturalmente, que a informação fornecida pelos sistemas sensoriais não desempenhe aqui o principal papel. O que se passa é que, quando essa informação é ambígua, ou quando se trata de estabelecer o seu significado e importância, são as crenças e expectativas implícitas acerca do funcionamento corporal que completam as insuficiências da informação sensorial (Pennebaker & Epstein, 1983).

Deste modo, justifica-se a importância do conhecimento das expectativas socialmente generalizadas acerca das alterações corporais que ocorrem em situações de importância clínica, quer se trate, como atrás dissemos, de alterações temporárias, quer estas tenham carácter mais duradouro.

¹ Assistente Estagiário da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Os resultados preliminares que iremos de seguida apresentar representam um exemplo do tipo de investigação que é possível efectuar acerca das alterações corporais numa situação específica. Embora se trate neste caso de alterações transitórias, acompanhando um estado de activação emocional, o mesmo modelo pode ser aplicado noutros contextos, incluindo situações de patologia física, agudas ou crónicas (p. ex. asma, insuficiência cardíaca, enfarte do miocárdio, AVC, etc).

O presente estudo, entretanto, pretendia apenas obter uma auto-avaliação dos sintomas corporais da reacção emocional geralmente designada ansiedade ou medo, numa amostra de sujeitos normais, com o objectivo precisamente de caracterizar as expectativas socialmente partilhadas, assim como as dimensões e correlatos das diferenças individuais a esse nível. Na recolha dessas auto-avaliações, foi utilizado um instrumento psicométrico designado Inventário de Auto-Descrição de Reacções Autónomas. Trata-se de uma escala que permite recolher sistematicamente as avaliações que o sujeito faz acerca da intensidade de uma série de sintomas corporais característicos de estados de activação emocional (*arousal*), podendo em princípio ser utilizada com qualquer tipo de situação ou estado emocional. Cada um dos itens, num total de 27, contem a descrição de um sintoma específico, tendo à frente uma escala de avaliação (*rating scale*) de 9 pontos, na qual o sujeito avalia a intensidade com que se apercebe da presença desse sintoma. A escala vai desde 0, correspondente à total ausência do sintoma, até 8, a sua máxima intensidade possível. Neste caso, era pedido a cada sujeito que respondesse em função daquilo que sente quando está *extremamente ansioso, nervoso ou assustado*.

Os primeiros 7 itens referem-se a sensações de tensão muscular em diferentes partes do corpo. Outros grupos de itens referem alterações cardio-respiratórias, de transpiração, da temperatura da pele, sensações de aperto na garganta ou no estômago, tremores, sensação de desmaio, inquietação, etc.

Este inventário foi aplicado a uma amostra constituída por 107 estudantes universitários, sendo 74 do sexo feminino e 32 do sexo masculino. Uma simples análise do resultado médio de cada item fornece imediatamente um dado fundamental para a caracterização da experiência subjectiva das alterações fisiológicas na ansiedade: de facto os dois itens com resultados médios mais elevados, e que se destacam claramente de todos os restantes, são ambos relativos à percepção de alterações no funcionamento cardíaco («Sinto o meu coração bater com pancadas fortes» e «O meu coração bate rapidamente»). Perante estes resultados, procurámos em seguida saber até que ponto os resultados da escala eram estáveis, ou seja, se esta apresentava suficiente precisão ou garantia (*reliability*). Para isso, obtivemos dados de reteste para o maior número de sujeitos que nos foi possível, infelizmente apenas 44. Ainda assim, os valores da precisão após um intervalo de duas semanas mantiveram-se bastante altos: o resultado de escala completa, correspondendo à soma de todos os itens, atinge um nível de precisão de 0.83. Quanto aos itens tomados individualmente, os valores variam entre 0.85 e 0.35. Estas diferenças entre os níveis de precisão obtidos parecem-nos reflectir diferentes níveis de dificuldade nos processos de integração da informação necessária para responder à pergunta que o item coloca (Pennebaker & Epstein, 1983). Esta hipótese permanece no entanto largamente no campo das conjecturas, pelo que não iremos expô-la aqui mais detalhadamente. Uma vez minimamente assegurada a estabilidade dos resultados fornecidos pelo instrumento, procurámos identificar as dimensões nas quais os itens se agrupam, utilizando uma técnica de análise factorial (Análise em Componentes Principais seguida de uma Rotação Varimax).

Foram assim identificados oito factores, que explicam no seu conjunto cerca de 69% da variância total dos resultados, e que incluem 26 dos 27 itens do inventário, uma vez que só foram considerados os que apresentavam saturação superior a 0.55. (Um dos itens não atinge este nível em nenhum dos factores). O primeiro factor, que acumula 12.2% da variância total, agrupa itens que se podem associar a um fenómeno de hipoactividade fisiológica, talvez devida a uma activação mais acentuada ao nível do subsistema parassimpático. «Sinto tonturas ou vertigens» «Tenho a sensação de que vou desmaiar» «Sinto náuseas ou vontade de vomitar» «Sinto-me sem forças» «Tenho uma sensação de falta de ar ou de sufocação»). De notar que os dois itens que apresentam saturações mais elevadas neste factor podem ser interpretados como representando o resultado de uma redução acentuada na tensão arterial. Apesar das reservas que poderiam ser levantadas, atribuímos a este factor a designação genérica de «desfalecimento».

Quanto ao factor 2, é claramente um factor associado à percepção de hiperactividade cardio-respiratória («Sinto o meu coração bater com pancadas fortes» «O meu coração bate rapidamente» «A minha respiração é rápida» «Oiço o meu coração bater com pancadas fortes» «Sinto-me incapaz de estar quieto»). Note-se que os dois itens que apresentam saturações claramente mais elevadas são precisamente os que referem de modo mais directo à percepção dos batimentos cardíacos, enquanto que o terceiro diz respeito à respiração e o quarto estará possivelmente relacionado com alterações na tensão arterial.

Finalmente, quanto ao item «Sinto-me incapaz de estar Quietos», que reflecte uma certa forma de inquietação ou hiperactividade motora, não nos surpreendeu totalmente a sua presença neste factor, uma vez que a sua associação às alterações cardíacas nos parece ser frequente ao nível do senso comum. O mecanismo fisiológico desta associação, a existir, é que não nos parece evidente. Este factor explica 10.5% da variância total.

O factor 3 parece sobretudo reflectir a sensação de tremor em diferentes partes do corpo, que pode estar associada a desregulação ao nível do controle motor, provocada pela ansiedade («As minhas mãos tremem» «As minhas pernas tremem» «A minha boca fica seca»). O surgimento do item referente à sensação de boca seca, não era por isso talvez muito esperado, e de novo não nos ocorre uma explicação imediata de possíveis mecanismos fisiológicos subjacentes a esta associação. De qualquer modo, os resultados não nos permitem ignorar o facto de que ela efectivamente foi estabelecida pelos sujeitos da nossa amostra. Este factor engloba 9.3% da variância total.

O factor 4 reflecte muito claramente a percepção de tensão muscular intensa na zona torácica («Sinto tensão nos músculos dos ombros» «Sinto tensão nos músculos do pescoço» «Sinto tensão nos músculos do peito» «Sinto tensão nos músculos das costas»). De notar que, curiosamente, o item 25, referente à sensação de falta de ar, apresenta uma saturação de .32 neste factor, o que pode significar que essa falta de ar é devida em parte à dificuldade em respirar devido a excesso de tensão. De qualquer modo, a percentagem de variância no item (Falta de ar ou sufocação) é muito maior no factor 1 (desfalecimento) que neste factor, que explica 9.0% da variância total. O factor, com número de ordem 5, parece associar-se claramente à percepção de transpiração intensa em situações de ansiedade, possivelmente associada a uma vasoconstricção periférica que em conjunto provoquem o arrefecimento das extremidades («As minhas mãos ficam húmidas» «Transpiro» «As minhas mãos ficam frias»). Este factor explica 7.8% da variância total.

O factor 6 parece por seu turno reflectir uma sensação de tensão na região abdominal («Sinto tensão nos músculos do abdómen» «Sinto uma sensação

de aperto no estômago»), que se distingue quer da tensão sentida ao nível do tórax quer da sensação de náusea, que surgem em factores diferentes. Trata-se portanto de uma sensação específica em termos de tipo e em termos de localização. Este factor explica 6.9% da variância total.

O factor 7 parece ser específico da percepção da maior ou menor tendência para o que se chama vulgarmente «corar» («O meu rosto fica vermelho ou quente»). Seria aliás interessante verificar a sua relação com tipos específicos de situações geradoras de ansiedade. Este factor explica apenas 6.3% da variância total.

Quanto ao factor 8 é de notar, em primeiro lugar, a extrema especificidade em que apenas dois itens apresentam saturação superior a 0.20 («Sinto tensão nos músculos da testa» «Sinto tensão nos músculos da face»). Parece assim tratar-se de um factor específico de tensão muscular a nível da testa e da face, que seria interessante tentar relacionar com outras variáveis, especialmente de natureza clínica. Este factor explica já apenas 5.9% da variância total.

Como pudemos ver, a interpretação dos resultados obtidos através da análise factorial não apresentou dificuldades de maior. Para além disso verifica-se uma assinalável concordância entre a distribuição dos itens pelos diferentes factores, e a sua distribuição por diferentes sistemas fisiológicos, o que nem sempre acontece quando se utilizam instrumentos deste tipo Walters et al, 1984), e é sinal bastante positivo em termos da validade dos itens embora não seja de modo algum critério para afirmar essa validade).

Uma vez analisada a estrutura interna do Inventário, procurámos averiguar quais as correlações que apresentaria com alguns tipos de variáveis de personalidade. Assim, aplicámos conjuntamente com a escala em estudo o Inventário de Personalidade de Eysenck. Em primeiro lugar, no que diz respeito à escala N, que podemos considerar como uma escala de ansiedade de traço ou neuroticismo, verificam-se de modo geral correlações positivas com os diversos factores identificados. De notar entretanto dois aspectos importantes: (1) as correlações são globalmente mais elevadas no sexo feminino que no sexo masculino, e (2) o factor 8 (tensão muscular ao nível da testa e da face) é praticamente independente dos resultados nesta escala, o mesmo acontecendo, em menor grau, com o factor 4 (tensão muscular ao nível torácico).

Quanto à escala E (extroversão) verificam-se correlações mais baixas, e ao contrário do que acontecia com a escala anterior, mais elevadas no sexo masculino. Só no sexo masculino, aliás, se verificam correlações superiores a .20. Todas elas no sentido negativo: os factores 8 (Tensão muscular ao nível da testa e da face), 5 (Transpiração) e em menor grau o 7 (Corar) estão portanto relacionados com a introversão, mas apenas no sexo masculino. Finalmente, resultados também particularmente interessantes foram obtidos com a escala L (uma escala de «mentira», destinada a avaliar até que ponto os sujeitos procuraram transmitir nas suas respostas uma imagem positiva de si próprios). No sexo feminino, a correlação do conjunto do inventário com esta escala é bastante baixa e não atinge a significância (-0.13), enquanto que no sexo masculino a correlação é mais alta e estatisticamente significativa (-0.39). Fortemente relacionados com esta escala no sexo masculino estão os factores 2 (Cardíaco), 3 (Tremores), 5 (Transpiração) e 7 (Corar), enquanto que no sexo feminino só o factor 8 apresenta correlação significativa (cuja interpretação aliás não nos parece evidente). Poderemos portanto talvez concluir que no sexo masculino o relato de sintomas cardiorespiratórios, tremores e transpiração, sobretudo, estão ligados a uma imagem social menos favorável, dado que todas as correlações apontadas são no sentido negativo.

Aliás, a correlação apresenta-se mais acentuadamente negativa no sexo masculino para todos os factores excepto o 8, o que aponta para uma valorização social negativa da generalidade dos sintomas somáticos de ansiedade, sendo esta no entanto muito mais forte para o sexo masculino. O que não é também totalmente inesperado. Pensamos aliás que poderá residir aqui a principal razão para as diferenças entre sexos encontrados no conjunto da escala (em que a diferença atinge a significância, se bem que apenas ao nível de 10%), e nos diferentes factores. De facto, verifica-se que os únicos factores em que ocorrem diferenças significativas entre sexos são exactamente os 4 que atrás referimos como apresentando maior valorização social negativa no sexo masculino, e em todos eles os resultados vão precisamente no sentido de valores mais baixos no sexo masculino. Poderá, pensamos, residir também aqui uma possível explicação para a discrepância que se verifica entre os resultados por nós encontrados e os que se encontram na literatura, obtidos com instrumentos semelhantes na população norte-americana.

Com efeito, os trabalhos de que temos conhecimento não encontram geralmente quaisquer diferenças entre sexos no relato de sintomas autónomos da ansiedade (Mandler, Mandler & Uviller, 1958; Lester, 1988), o que pode ter a ver precisamente com uma maior tolerância em relação à expressão emocional por parte do sexo masculino na cultura onde esses estudos foram feitos.

Concluída esta breve apresentação dos resultados ainda muito incipientes que tivemos oportunidade de obter, inevitavelmente se coloca então a questão não só da utilidade prática desta escala em termos mais ou menos imediatos, como a da sua possível importância em termos de elaboração teórica, e ainda, finalmente, a do futuro da investigação que temos em mente. Quanto ao primeiro aspecto, deveremos afirmar sem receios que neste estágio da investigação, a utilidade prática deste instrumento se apresenta bastante limitada, pelo menos enquanto não for possível conduzir os necessários estudos de validação. No segundo e terceiros aspectos, portanto, se concentram as nossas esperanças mais imediatas. Isto porque nos parece que esta área de estudos, para além do interesse que poderá ter no campo da psicologia da saúde, apresenta potencialidades tanto heurísticas como práticas noutras áreas, das quais destacamos por exemplo a psicofisiologia, as teorias das emoções e a psicoterapia.

Em termos imediatos, os nossos projectos centram-se, para além da continuação da análise mais aprofundada destes dados que aqui apresentámos, na comparação dos resultados obtidos na escala por diferentes grupos de diagnóstico psicopatológico, na eventual replicação dos resultados num contexto cultural diferente, na correlação dos resultados com parâmetros fisiológicos, de modo a tentar identificar as bases sensoriais das avaliações feitas pelos sujeitos, etc.

Em conclusão, apenas se nos oferece dizer da nossa esperança em que este trabalho, longe de ser o final de qualquer coisa, se revele como o ponto de partida para um percurso de investigação que nos ajude a melhor compreender os mecanismos da adaptação psicofisiológica da espécie humana.

Bibliografia

- Cacioppo, J.T.; Andersen, B.L.; Turquist, D.; C. & Tassinari, L. G. (1989) Psychophysiological comparison Theory: On the experience, description and assessment of signs and symptoms. *Patient Education and Counselling*, 13, 257-270.

